

## Abordagens terapêuticas em pacientes com vaginismo: uma revisão de literatura

### Therapeutic approaches in patients with vaginismus: a literature review

DOI:10.34117/bjdv7n7-073

Recebimento dos originais: 07/06/2021

Aceitação para publicação: 05/07/2021

#### **Sersie Lessa Antunes Costa Almeida**

Médica pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
Endereço: Rua do Rosário, 1081, Angola - Betim, Minas Gerais, CEP: 32604115  
E-mail: sersielessa18@gmail.com

#### **Igor Silva Matias**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)  
Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)  
Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 130, Nossa Sra. da Abadia - Uberaba, Minas Gerais,  
CEP: 38025440  
E-mail: igorsmatias@gmail.com

#### **Bárbara Coelho Pereira**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)  
Instituição: Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH)  
Endereço: Rua Ouro Preto, 1240, Santo Agostinho - Belo Horizonte, Minas Gerais,  
CEP: 30170048  
E-mail: barbaracoep@gmail.com

#### **Camila Martins da Silva**

Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)  
Instituição: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH)  
Endereço: Rua Camilo Cristeli, 46 - Sete Lagoas, Minas Gerais,  
CEP: 35700070  
Email: camilaslsvam@gmail.com

#### **Helena Guimarães Pires**

Graduanda em Medicina pela Faculdade de Minas de Muriaé (Faminas-Muriaé)  
Instituição: Faculdade de Minas de Muriaé (Faminas-Muriaé)  
Endereço: Rua Professor Teixeira da Costa, 120 - Sete Lagoas, Minas Gerais,  
CEP: 35700028  
Email: helenapiresadv@gmail.com

#### **Isadora Silveira Roza**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Faminas  
Instituição: Centro Universitário Faminas  
Endereço: Avenida Cristiano Ferreira Varella, 655, Bairro Universitário - Muriaé,  
Minas Gerais, CEP: 36888233

E-mail: isadoraroza2000@hotmail.com

**Jéssica Lunardo Nóbrega**

Graduanda em Medicina pela Universidade Potiguar (UnP)

Instituição: Universidade Potiguar (UnP)

Endereço: Avenida Sen. Salgado Filho, 1610 - Natal, Rio Grande do Norte, CEP:  
59056000

Email: jessica\_nobrega@live.com

**Lucas da Silva Molina**

Graduando em Medicina pela Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

Instituição: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (UNICEPLAC)

Endereço: IGA Área Especial para Indústria Lote 2/3, Sce St. Leste Industrial - Gama, Brasília - DF, CEP:72445020

Email: lucasmolina1@gmail.com

**Maria Eduarda Mendonça Lisbôa**

Médica pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Instituição: Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25 - Pedra Branca, Palhoça, Santa Catarina, CEP: 88137900

E-mail: dudalisboa\_@hotmail.com

**Mariane de Oliveira Diogo Scussel**

Graduanda em Medicina pela Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)

Instituição: Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS)

Endereço: Avenida Coronel Alfredo Custódio de Paula, 320 – Pouso Alegre, Minas Gerais, CEP: 37553068

E-mail: marianediogo@gmail.com

**Renzo Camara Arreguy**

Graduando em Medicina pela Faculdade de Minas de Belo Horizonte (Faminas-BH)

Instituição: Faculdade de Minas de Belo Horizonte (Faminas-BH)

Endereço: Avenida Álvares Cabral, 551 - Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP: 30170-002

Email: renzoarreguy@hotmail.com

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O vaginismo é uma disfunção do aparelho genital feminino na qual ocorre uma contração involuntária da musculatura pélvica, tendo uma etiologia multifatorial. Existem inúmeros fatores predisponentes ao sucesso do tratamento, no entanto há poucas publicações sobre o assunto. Portanto, o objetivo deste trabalho é avaliar a eficácia das diferentes intervenções terapêuticas no tratamento desse transtorno. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio da base de dados PubMed na qual foram selecionados 31 artigos entre os anos de 2011 a 2021.

**RESULTADOS:** Durante a revisão foram identificados diferentes métodos terapêuticos que auxiliam no tratamento do vaginismo, como a abordagem multidisciplinar associada à educação sexual, hipnoterapia, tratamento farmacológico (incluindo antidepressivos, ansiolíticos, anestésicos locais ou toxina botulínica), tratamento psicológico e combinações entre diferentes intervenções. **DISCUSSÃO:** Repercussões como depressão, dificuldade para engravidar, fobia a dor e resistência a atividades sexuais são comuns em pacientes com vaginismo e evidenciam a importância de um tratamento adequado. Os artigos abordam a importância de uma terapia personalizada para maior chance de eficácia no tratamento.

**CONCLUSÃO:** Com intuito de diminuir os impactos psicológicos e interpessoais das pacientes com vaginismo e proporcionar maior qualidade de vida sexual é essencial uma abordagem terapêutica multimodal e multidisciplinar.

**Palavras-Chave:** vaginismo, saúde sexual, terapêutica.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Vaginismus is a dysfunction of the female genital system in which there is an involuntary contraction of the pelvic muscles, having a multifactorial etiology. There are numerous factors predisposing to treatment success, however there are few publications on the subject. Therefore, the objective of this work is to evaluate the effectiveness of therapeutic alternatives in the treatment of this disorder. **METHODOLOGY:** This is an integrative review carried out through the PubMed database in which 31 articles were selected between the years 2011 to 2021. **RESULTS:** During a review, different therapeutic methods were identified that help in the treatment of vaginismus, such as a multidisciplinary approach associated with sex education, hypnotherapy, pharmacological treatment (including antidepressants, anxiolytics, local anesthetics or botulinum toxin), psychological treatment and combination of interventions. **DISCUSSION:** Repercussions such as depression, difficulty getting pregnant, pain phobia and resistance to sexual activities are common in patients with vaginismus and evidence of the importance of adequate treatment. The articles address the importance of personalized therapy for a greater chance of treatment effectiveness. **CONCLUSION:** In order to reduce the psychological and interpersonal impacts of patients with vaginismus and provide a better quality of sexual life, a multimodal and multidisciplinary therapeutic approach is essential.

**Keywords:** vaginismus, sexual health, therapy

## 1 INTRODUÇÃO

O vaginismo é atualmente definido pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) como um transtorno de dor/penetração genitopélvica e é descrito como uma incapacidade de uma mulher alcançar penetração vaginal, apesar de um desejo de fazê-lo.<sup>1</sup> Sendo assim, uma disfunção do aparelho genital feminino em que ocorre uma contração involuntária da musculatura pélvica e, dessa forma, pode causar dispareunia e ansiedade durante o intercursos sexual e impedir a entrada no canal vaginal. A presença desta condição pode implicar em prejuízos pessoais e psicológicos na mulher

e, por isso, é importante saber diagnosticar e oferecer um tratamento adequado.<sup>2</sup> Sua etiologia é multifatorial, podendo ser consequência de traumas e cirurgias, fatores fisiopatológicos, aspectos sociais e culturais, gatilhos psicológicos, como ansiedade, estresse, abuso emocional e sexual, além de experiências traumáticas na infância, fazendo parte de um modelo biopsicossocial.<sup>3</sup>

O transtorno em questão pode ser classificado em primário e secundário. Este consiste em contrações involuntárias da musculatura vaginal na mulher que anteriormente não apresentava intercorrências durante a penetração. Já o primário será atribuído para aquelas pacientes que nunca lograram êxito em realizar a penetração.<sup>4</sup> Além disso, é possível a ocorrência do vaginismo situacional, que se refere a uma incapacidade de tolerar certas formas de penetração durante a relação sexual, no entanto a inserção de absorventes ou penetração de dedos é possível.<sup>1</sup>

As mulheres que apresentam essa disfunção, além de possuírem um temor em relação a penetração vaginal, até mesmo durante a realização de exames ginecológicos, podem sofrer um agravamento no quadro de dor devido a ansiedade ou medo. Segundo a Associação Americana de Psiquiatria em 2013, a dispareunia e o vaginismo foram classificados como desordens de dor sexual, já segundo a classificação DSM 5 o vaginismo foi colocado como um distúrbio de penetração em que qualquer forma de penetração vaginal costuma ser dolorosa ou impossível.<sup>1,5</sup> Ademais, a verdadeira incidência da patologia é desconhecida, pois os pacientes tendem a ser reservados sobre seu problema e muitas vezes não discutem isso com mais ninguém, incluindo seus médicos. Por esta razão, a incidência de vaginismo pode ser subnotificada,<sup>6</sup> mas segundo a literatura utilizada para esse estudo, estimam-se que (5%-17%)<sup>6</sup>, (1-7%)<sup>7</sup> das mulheres mundialmente possuem esta condição e (5%-20%)<sup>8</sup> na América Latina, sendo comum a relação do vaginismo com depressão, dificuldade para engravidar, problemas matrimoniais, dificuldade em manter relações sexuais e a fobia da dor.<sup>7</sup>

O diagnóstico de vaginismo é feito através de uma anamnese detalhada dos antecedentes pessoais fisiológicos e patológicos, hábitos de vida, condições socioeconômicas e culturais da paciente e da aplicação de questionários de função sexual feminina, como o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI). Esse índice aborda os seguintes domínios: Desejo, Excitação, Lubrificação, Orgasmo, Satisfação e Dor, avaliando a função sexual nas últimas quatro semanas, com um escore de 0 a 5 para cada uma das 19 perguntas.<sup>7</sup> Ademais, a partir de um ponto de corte do escore total de 26 seria possível discriminar entre as populações com maior e menor risco de apresentar disfunção

sexual, entretanto esse ponto de corte é ideal para a população a qual o questionário foi criado.<sup>1,7</sup> O vaginismo deve ser parte do diagnóstico diferencial para pacientes que têm uma aversão à penetração vaginal, seja tampão, dedo, espéculo, dilatador, ou pênis, e para aquelas que nunca tiveram relações sexuais sem dor. É importante diferenciar o vaginismo da vulvodínia. Vulvodínia é a dor envolvendo qualquer parte da vulva que pode ou não estar associada ao vaginismo.<sup>6</sup>

Pela heterogeneidade dos fatores envolvidos na etiologia da doença, é preciso uma estratégia com intervenções multimodal e multidisciplinar. A primeira escolha de tratamento consiste em terapia não farmacológica, incluindo psicoterapia, estímulo de dilatação do canal vaginal e fisioterapia, podendo ser realizadas isoladamente ou associadas entre si.<sup>1</sup> Tais medidas têm apresentado resultados significativos, acarretando em uma melhora da qualidade da vida sexual.<sup>1,4,7</sup> Além das medidas não farmacológicas, recentemente a toxina botulínica vem sendo vista como alternativa terapêutica em casos leves e até em casos graves de vaginismo, no entanto, ainda existem poucas publicações sobre o assunto.<sup>9,10</sup> Foi analisado que, em 80% dos casos, mulheres com vaginismo se beneficiam de alguma terapêutica; e que até o momento não há uma superior às demais. Isso demonstra a importância do tratamento, uma vez que o vaginismo ocasiona diminuição da autoestima e da qualidade de vida.<sup>11</sup>

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é abordar e explorar o conhecimento produzido acerca das diferentes intervenções terapêuticas em pacientes com vaginismo.

## 2 METODOLOGIA

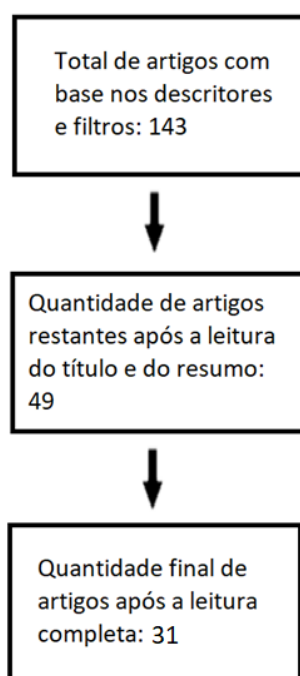
Trata-se de uma revisão integrativa pautada no principal objetivo do estudo. A realização da busca dos artigos se deu na base de dados Medical Literature and Retrieval System onLine (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), utilizando o descritor “vaginismus”, selecionado previamente no MeSH (Medical Subject Headings) e em concordância com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Entretanto, foram selecionados apenas os artigos encontrados na base de dados MEDLINE/PubMed.

Como critério de inclusão foi aplicado o recorte temporal entre os anos de 2011 a 2021, sendo excluídos os artigos que não estavam atrelados à finalidade da pesquisa por

meio da leitura do título e do resumo. A busca bibliográfica foi realizada durante o mês de março de 2021.

Diante do processo de seleção dos artigos foram aplicadas as etapas de identificação, triagem e elegibilidade, tendo em vista à leitura na íntegra dos artigos selecionados. Inicialmente, após a seleção feita a partir do critério temporal, foram encontrados 143 artigos; após a leitura do título e resumo, foram selecionados 49 artigos que se adequaram ao objetivo da revisão. Posteriormente, após a leitura completa, foram selecionados 31 artigos para o embasamento da análise. Por fim, foi realizada a avaliação crítica dos estudos elegidos para posterior aplicação dos resultados e síntese das evidências.

Figura 1- Fluxograma do processo de seleção.



### 3 RESULTADOS

Os resultados deste artigo foram baseados na contextualização epidemiológica, socioeconômica e fatores de risco, nos impactos biopsicossociais e nas informações médicas e terapêuticas sobre o tema. Foram utilizados cinco artigos para a construção da contextualização, sendo quatro sobre o impacto biopsicossocial do transtorno e um expondo a necessidade de tornar esse assunto mais familiar e abordado por profissionais da saúde. Além disso, foram utilizados dezoito artigos apresentando as variadas formas terapêuticas. A respeito dos impactos biopsicossociais, muitos estudos mostraram que o

vaginismo está relacionado com ansiedade, depressão e medo, podendo estar envolvido com o relacionamento do casal. Ademais, as principais formas terapêuticas estão relacionadas a psicoterapia, fisioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico, uso de dilatadores e a toxina botulínica. É importante, também, ressaltar a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para um bom resultado do tratamento.

No estudo de Borg et al. (2012) os resultados demonstraram que mulheres que apresentavam vaginismo relataram significativamente mais episódios de penetração dolorosa em comparação aos demais grupos. Em relação ao traço de Personalidade de prevenção de danos notou-se uma diferença significativa entre as mulheres no grupo de vaginismo em comparação ao grupo controle. A análise de regressão logística demonstrou a forte relação do grupo de mulher com vaginismo em relação ao traço de personalidade de prevenção de danos e mais cognições de penetração dolorosa.<sup>12</sup> Maseroli et al. (2018) também concluiu que os sujeitos com vaginismo mostraram um mais nível severo de dor sexual e angústia relacionada ao sexo em comparação com o resto da amostra. Poucas evidências estão disponíveis sobre a resposta sexual global de mulheres com vaginismo.<sup>13</sup>

O estudo de Cherner, Reissing (2013) foi realizado através da aplicação de um questionário no qual foram incluídas mulheres com vaginismo vitalício (dor na penetração desde a primeira tentativa), mulheres com dispareunia vitalícia (mulheres com dor em todas as relações sexuais desde a primeira tentativa) e mulheres sem dor durante a relação sexual. Para a avaliação foram feitas perguntas relacionadas ao quadro demográfico, função sexual (questionário FSFI), excitação sexual e ansiedade sexual (questionário SAI-E), comportamento sexual (questionário SAQ) e cognições relacionadas à penetração (questionário VPC). O estudo demonstrou que mulheres do grupo com vaginismo e dispareunia apresentam menos desejo, excitação, lubrificação, satisfação, orgasmo e excitação em comparação com o grupo de mulheres sem dor. Ademais, observou-se que o grupo vaginismo relatou envolvimento em uma gama mais limitada de comportamentos sexuais em comparação com o dispareunia e mulheres sem dores.<sup>14</sup>

As descobertas do estudo de Peixoto, Nobre (2015) que investigou a prevalência, gravidade e comorbidade de problemas sexuais femininos em uma amostra da comunidade em Portugal, indicaram que entre as 500 mulheres que responderam ao Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) e a um questionário sociodemográfico 37,9% referiram sintomas de problemas sexuais. Nesse contexto, a falta de desejo sexual foi a queixa mais frequente com 25,4% das mulheres relatando baixo desejo quase sempre ou

sempre, seguido por sintomas de disfunção orgásmica (16,8%), ausência de excitação sexual (15,1%), dificuldade de lubrificação (12,9%), dispareunia (9,8%) e vaginismo (6,6%). Dispareunia como queixa adicional foi encontrada em 72,4% das mulheres com vaginismo. Por último, 47,7% das mulheres com dispareunia também relataram vaginismo como um problema sexual adicional. Os resultados indicaram que 23 (4,6%) e 35 (7%) das mulheres relataram não ter tido atividade e/ou relação sexual nas últimas quatro semanas, respectivamente.<sup>15</sup>

A prevalência dos fatores de risco para os distúrbios sexuais femininos foi analisada por meio de um estudo de base populacional realizado por Alizadeh et al. (2019) no Irã. Um total de 590 mulheres aceitaram fazer parte do estudo, e os critérios de inclusão foram idade entre 30 e 70, casada e morando junto ao marido por pelo menos 1 ano. A pesquisa foi realizada por meio de dois questionários que envolviam assuntos demográficos, fatores de risco relacionados ao distúrbio de dor/penetração genito-pélvica (GPPPD), presença de angústia sexual e relato de dor ou medo durante o ato sexual. Em resposta ao questionário aplicado, 33% das mulheres reportaram que já sentiram medo de realizar o ato sexual ou já sentiram dor durante a relação. Além disso, 58,5% das mulheres portadoras de GPPPD não realizaram exame ginecológico no ano anterior e não conversaram com seu médico sobre esses problemas e 48,1% das mulheres descreveram a dor como uma sensação de queimação. Os resultados também sugerem que as chances de ter distúrbios sexuais são 70% mais baixas em mulheres com situação financeira favorável e as chances de um diagnóstico de GPPPD eram 4,3 vezes maiores entre aquelas com uma forte aversão a olhar ou tocar a genitália do que aquelas que não têm tal. As chances de reportar GPPPD são aproximadamente 7 vezes maiores em mulheres que sofrem de depressão severa em comparação com mulheres sem depressão. Portanto, entre os fatores significativos que afetam GPPPD, a satisfação conjugal e a depressão se mostraram ser os fatores mais impactantes.<sup>16</sup>

Um estudo observacional analítico foi realizado para entender o comportamento da dor sexual, utilizando a pontuação FSFI. Foram incluídas idades dos 18 aos 45 anos as quais estavam em um relacionamento há mais de seis meses e apresentavam dispareunia ou vaginismo vitalício e comparado com mulheres sem queixas. Além disso, também foi aplicado o Vaginal Penetration Cognition Questionnaire para avaliar a cognição da penetração, uma adaptação do Multidimensional Pain Inventory-Significant Other Response Scale para avaliar a resposta dos seus parceiros à sua dor durante a relação sexual. Com isso, foi observado que 36% das mulheres (n=18) relataram ter relações



sexuais com seus parceiros pelo menos uma vez por semana, apesar de serem dolorosas e 20% (n=4) das mulheres com vaginismo tentaram ter relações sexuais pelo menos uma vez por semana. Além disso, 22% (n= 11) das mulheres com dispareunia relataram tolerar a dor antes de interromper a relação por senti-la e 36% (n=11) relataram continuar a relação até o orgasmo do parceiro. Outrossim, 68% (n=34) das mulheres com dispareunia continuaram as relações sexuais apesar da dor por sentir aquilo como uma obrigação.<sup>17</sup>

Através do estudo de Turan et al. (2020), que contou com a participação de 58 mulheres com vaginismo e seus parceiros do sexo masculino, além de 44 mulheres do grupo controle saudável e seus 44 parceiros do sexo masculino, houve uma investigação dos níveis de depressão e ansiedade, disfunções sexuais e afetivas, além do temperamento das mulheres com vaginismo e seus parceiros masculinos através de comparações com os grupos de controle. Dessa forma, concluiu-se que o alto nível de ansiedade e depressão em mulheres com vaginismo vitalício e altos níveis de ansiedade em seus parceiros possui uma importante função no desenvolvimento, exacerbação e manutenção do vaginismo vitalício. Logo, apoia-se a ideia de que o vaginismo seja um “problema de casal”, porém, há uma necessidade de mais estudos no futuro para que se possa investigar essa relação.

18

O estudo de Fadul et al. (2019) teve como objetivo identificar quais fatores psicossociais estão associados ao vaginismo. Para isso, foram recrutadas 120 mulheres, sendo 40 com vaginismo vitalício e 80 casos-controles sem vaginismo. Os resultados demonstraram que não houveram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em relação a abuso sexual, abuso físico e abuso emocional. Todavia, ao comparar o tipo/qualidade de educação sexual recebida durante o crescimento/desenvolvimento dos dois grupos, identificou-se que 82,5% das mulheres com vaginismo e 62,5% das mulheres do grupo controle foram educadas através de um estilo autoritário e 87,5% do grupo diagnosticado com vaginismo e 33% dos casos-controles não obtiveram nenhum tipo de informação sobre educação sexual durante o desenvolvimento. Ademais, também foi pesquisado sobre os medos relacionados à relação sexual e foi identificado que 65% das mulheres com vaginismo e 40% do grupo controle mostraram medo de rasgo por penetração. Quase todas as mulheres com vaginismo (97,5%) e 56,6% das mulheres do grupo controle apresentaram medo da dor relacionada ao coito. Além disso, 82,5% das mulheres com vaginismo e 13,8% das mulheres no grupo controle, relataram ter medo de sofrer um ataque de pânico durante a relação sexual, sendo que as mulheres que tinham

medo de perder o controle durante a penetração apresentaram 29,57 vezes mais risco de desenvolver vaginismo.<sup>19</sup>

O estudo de Möller et al. (2015) comparou os dados demográficos, paridade e via de parto entre 2554 mulheres com diagnóstico de vaginismo ou vestibulodinia provocada (o tipo de dispareunia que acomete o introito vaginal, ou seja, a parte mais superficial da vagina) e mulheres sem diagnóstico antes da primeira gravidez. O estudo relatou que essas mulheres eram mais propensas a ter menor IMC, nível educacional mais alto, serem usuárias de nicotina, solteiras, desempregadas, menos provável darem à luz, optarem pela cesariana e apresentar laceração perineal no parto pela via vaginal.<sup>8</sup>

Durante o estudo de Macey et al. (2015), 13 mulheres diagnosticadas com vaginismo alegaram dor e dificuldade da penetração durante o sexo. Esses relatos foram classificados de acordo com o grau da dor e da dificuldade de penetração e se elas ocorriam em todas as tentativas de penetração ou em situações específicas. Além disso, foi relatado que suas queixas não eram levadas a sério pelos médicos durante as tentativas iniciais de busca de ajuda, o que as levaram a visitar outros profissionais em busca de auxílio.<sup>20</sup> Dessa forma, a valorização desse tema na educação médica é essencial, como afirma Pacik (2014). A falta de estudo sobre o vaginismo nas escolas médicas e em programas de residência resultando na incapacidade de diagnosticar e tratar o vaginismo também foi abordado.<sup>1</sup>

Por meio do estudo de Farnam et al. (2014), no qual participaram 22 mulheres com vaginismo e 22 mulheres sem dificuldades sexuais, abordou-se características clínicas e sociais do vaginismo e fez-se uma comparação com o grupo controle. Concluiu-se que as causas do vaginismo podem variar significativamente de acordo com as condições socioeconômicas. Segundo o estudo, o transtorno está mais presente em mulheres com alta escolaridade e maior status socioeconômico e foi sugerido que esse fator estaria relacionado a persistência e intervenção de maridos insensíveis com a condição de suas esposas. O tratamento deve ser individualizado de acordo com a necessidade de cada uma. Contudo, o estudo sugere que para o tratamento poder ser mais eficaz, também deve-se focar em tratar o medo e a ansiedade relacionada a penetração e a evitação comportamental à relação sexual.<sup>21</sup>

O artigo Kleinplatz (2018) faz uma análise histórica do tratamento para problemas sexuais femininos da era vitoriana ao século XXI. As principais constatações trazem os aspectos biopsicossociais relacionados à dor e suas consequências. O estudo coloca que o medo da dor associado ao vaginismo e o aperto dos músculos do assoalho

pélvico após o início da tentativa da penetração podem criar uma profecia autorrealizável e resultarem em dor. Foi referido que em casos no qual o tratamento médico não é suficiente, uma equipe multidisciplinar de saúde deve ser adicionada para fornecer cuidados de saúde abrangentes.<sup>22</sup>

A revisão sistemática realizada por Pereira (2013), encontrou uma taxa média de 64% de queixas para problemas de desejo sexual; 35% para dificuldades de atingir o orgasmo; 31% para problemas de excitação e 26% para dor durante as relações. Um estudo com mulheres que sofrem de vaginismo comparou três grupos: um grupo na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) de 3 meses; outro de biblioterapia; e um grupo de controle de lista de espera. O tratamento foi considerado bem sucedido se as mulheres conseguissem penetração total do pênis após terapia. De 83 mulheres no grupo em TCC, 27 (33%) relataram penetração total e menos medo do coito ao final do tratamento. Em uma entrevista com 53 mulheres portadoras de vaginismo, que se submeteram a fisioterapia com técnicas manuais, o resultado foi efetivo em melhorar os sintomas, seguido por educar a paciente, exercícios com dilatadores e exercícios em casa.<sup>23,24</sup>

O estudo feito por Melnik, Hawton, McGuire (2012) analisou 5 estudos sobre vaginismo que utilizaram diferentes intervenções de controle com o objetivo de avaliar os efeitos de diferentes intervenções para o vaginismo com um total de 282 pacientes. O autor relatou que todos os estudos tinham risco médio ou alto do viés. O resultado do estudo demonstrou que não houve diferença estatística ou clínica significativa entre os grupos.<sup>4</sup>

Um outro estudo que realizou comparações semelhantes a análise de Melnik, Hawton, McGuire (2012), citado anteriormente, entre as intervenções para o vaginismo e encontrou desfechos diferentes foi o estudo realizado por Angin et al. (2020), que buscou investigar o prognóstico e taxa de sucesso de tratamento para o vaginismo que incluem a TCC e exercícios de dessensibilização após terapia sexual. Para isso, foram recrutadas pacientes com vaginismo e que foram divididas em três distintos grupos: Grupo 1 (n = 23) - pacientes que completaram com sucesso os exercícios de penetração vaginal após a terapia sexual e tiveram relações sexuais vaginais; Grupo 2 (n = 13) - pacientes que iniciaram exercícios de penetração, mas não obtiveram sucesso; Grupo 3 (n = 14) - pacientes que interromperam o tratamento antes de iniciar os exercícios. Os resultados mostraram que quase metade das pacientes do Grupo 1 (46%) completaram o protocolo de exercícios de penetração vaginal após TCC e tiveram relações sexuais vaginais indolor e sem contrações.<sup>25</sup>

O uso de dilatadores já era descrito no século XVII e acredita-se que, na atualidade, é o tratamento mais utilizado.<sup>6</sup> O estudo de Aslan, Yavuzkır, Baykar (2020), incluiu 62 pacientes com vaginismo primário com idade entre 18 e 43 anos e comparou as técnicas de dilatação com o dedo e a dilatação utilizando o dilatador. Notou-se que o grupo que utilizou o dilatador teve uma melhor resposta quanto à dessensibilização e à dilatação quando comparado ao grupo que utilizou unicamente o dedo. Além disso, o abandono ao tratamento das pacientes que usaram o dedo foi maior, afetando, portanto, a continuidade do tratamento.<sup>7</sup> Contudo, Pacik (2014), embora concorde com os benefícios do uso de dilatador, discorre sobre as dificuldades encontradas neste tratamento. São exemplos disto os desafios de um uso correto devido à baixa instrução fornecida à paciente, a dor, o medo e a ansiedade.<sup>1</sup>

Um estudo observacional analítico transversal foi realizado durante a pandemia do COVID-19, sendo aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) em mulheres que haviam realizado o tratamento para vaginismo com o uso de dilatadores e comparado com os resultados obtidos antes da pandemia. A pontuação total do FSFI após o tratamento foi  $21,6 \pm 5,5$  (8,3–32,5). Quando comparado aos resultados durante a pandemia, houve uma melhora nos números, passando a ser  $24,2 \pm 8,3$  (2,3–35,7) a pontuação total. Além disso, também houve melhora na pontuação de desejo, dor, orgasmo e excitação.<sup>26</sup>

A pesquisa integrativa realizada por Rahman (2018) teve como objetivo elucidar quais as razões das disfunções sexuais femininas islâmicas e levantou o motivo da difícil exatidão de diagnóstico e tratamento devido às restrições culturais das mulheres muçulmanas em relação a assuntos sexuais. O estudo demonstrou que grande parte das mulheres muçulmanas que sofriam com o vaginismo obtiveram boa resposta com o programa multimodal de tratamento, que consistia em TCC associada a injeção intravaginal com botox e dilatação vaginal progressiva.<sup>27</sup> Tal conclusão sobre a terapia multimodal do vaginismo também pôde ser encontrada no estudo prospectivo realizado por Pacik, Geletta (2017), que demonstrou que uma combinação multimodal de injeções de bupivacaína, aliado a dilatação progressiva sob anestesia, uso de um dilatador permanente e pós-tratamento com aconselhamento e apoio parecem ser seguros e eficazes no tratamento do vaginismo, com uma melhora das pontuações do FSFI, da comunicação médico paciente e capacidade de progredir para relações sexuais livres de dor. Houve o acompanhamento do tratamento do vaginismo em 241 pacientes, sendo a maioria refratárias a outros tratamentos e que possuíam altos níveis de ansiedade. Durante o

estudo, cento e setenta e um pacientes (71%) relataram ter relações sexuais sem dor em uma média de 5,1 semanas.<sup>28</sup>

A revisão da literatura de Melnik, Hawton, McGuire (2012), sobre intervenções para o vaginismo, abordou que desde 1861 o uso de dilatadores vem sido apontado como a primeira abordagem terapêutica para o vaginismo, no entanto, outras medidas seriam utilizadas em conjunto com os dilatadores, dentre elas a psicoterapia e os exercícios de Kegel, que consistem em exercícios para estimular o relaxamento do assoalho pélvico.<sup>4</sup> Outra abordagem que pode ser utilizada em conjunto é a terapia sexual com técnica de dessensibilização sistemática com psicoterapia e exercícios de relaxamento.<sup>29</sup> Embora existam algumas formas de tratamento, o maior desafio é o tratamento do vaginismo em grau avançado. Diante disso, Brin e Vepnek em 1997 propuseram utilizar a técnica do botox para tratamento de tal disfunção. A partir do uso da técnica, das 23 participantes: 18 (75%) alcançaram uma relação sexual satisfatória, 4 (17%) tiveram relações sexuais com pouca dor e 1 participante não conseguiu ter relação sexual. Independente da abordagem terapêutica escolhida, essa deve envolver uma equipe multidisciplinar, pois envolve uma interação de aspectos físicos e emocionais da paciente.<sup>4</sup>

Em relação ao uso da toxina botulínica no vaginismo, a metanálise realizada por Ferreira, Souza (2012) indica que a toxina botulínica é uma boa opção terapêutica tanto para o vaginismo quanto para outros distúrbios associados à musculatura do assoalho pélvico, sendo mais eficaz em pacientes refratários ao tratamento já que foi a amostragem realizada na maioria dos estudos. Porém, seria preciso de mais estudos clínicos randomizados e com grupo controle por placebos para maior comprovação da eficácia.<sup>30</sup> Não obstante, o artigo de Well, Farah (2009) que teve como base a análise de outros cinco estudos em que se foi observado o uso de toxina botulínica para o tratamento do vaginismo, concluiu que o uso de toxina botulínica em comparação ao placebo não houve uma redução significativa da dor em nenhum dos estudos em questão. O estudo também afirma a superioridade de resposta terapêutica quando comparada a fisioterapia isolada à toxina botulínica isolada.<sup>9</sup> No mesmo sentido, Yaraghi et al. (2019), comparou a eficácia da fisioterapia dos músculos do assoalho pélvico feminino com o uso de toxina botulínica, tendo demonstrado prevalência de boa resposta terapêutica no grupo que se submeteu à fisioterapia.<sup>10</sup>

O estudo de Fageef (2011), um estudo retrospectivo de pacientes com vaginismo refratário grave, teve o objetivo de analisar o tratamento em cada uma destas pacientes. Pacientes sem história anterior de falha no tratamento receberam terapia convencional

para vaginismo grave: exercícios de Kegel, Kegel reverso, fisioterapia, aconselhamento sexual, lubrificantes e terapia com dilatadores com anestésicos tópicos, relaxantes musculares e medicamentos ansiolíticos. Ademais, as pacientes receberam TCC, incluindo autoexploração, exercícios de relaxamento da musculatura pélvica e creme anestésico seguido de bloqueio do nervo pudendo e introdução de dilatador vaginal pelo médico assistente. Pacientes que não apresentaram melhora com a terapia convencional após 4 meses foram submetidos à toxina botulínica. Não foram encontradas complicações imediatas ou tardias da injeção de toxina botulínica.<sup>31</sup>

#### 4 DISCUSSÃO

Inicialmente, é importante diferenciar o vaginismo, que é a incapacidade de a mulher conseguir ter uma penetração vaginal apesar de ter o desejo de fazê-lo, da dispareunia, que é o ato de ter dor durante a relação sexual. Uma das formas de diferenciar os conceitos é por meio do teste de sensibilidade à dor, que é bem tolerado por ambas as pacientes.<sup>1</sup> No entanto, existe uma grande diferença entre a dispareunia e o vaginismo quanto a vontade de terminar todo o exame ginecológico, uma vez que as mulheres com vaginismo comumente pedem para parar o exame antes do seu término.<sup>17</sup> Para auxiliar nesse diagnóstico diferencial, a Associação Americana de Psiquiatria reuniu o diagnóstico de vaginismo e dispareunia em um único diagnóstico de “Dor genitopélvica/Penetração (GPPPD)” a partir do DSM-5.<sup>20</sup>

O vaginismo é frequentemente descrito como um espasmo muscular do terço externo da vagina, tornando a relação sexual dolorosa e irrealizável; entretanto, esse conceito também é criticado, pois estudos recentes demonstram que a hipertonia que impede a penetração não é espasmódica. Dessa forma, há controvérsias na conceituação, diagnóstico e tratamento do vaginismo. Percebe-se que o tratamento ideal para o vaginismo deve incluir a integração de áreas que envolvem os componentes biológicos, emocionais e psicossociais da vida das mulheres. Para obter-se uma terapêutica eficaz para o tratamento do vaginismo é importante incluir as variações na apresentação de distúrbios sexuais, etiologias, sintomas concomitantes, comportamento, idade cronológica, história do desenvolvimento sexual, fatores de risco, estágio de vida, os fatores socioculturais e familiares, contexto ambiental, fatores de estresse, preferências sexuais pessoais e valores. Nesse contexto, alguns métodos terapêuticos podem auxiliar no tratamento do vaginismo, como biblioterapia, terapia associada à educação sexual,

hipnoterapia, tratamento farmacológico, e combinações de tratamentos farmacológicos e terapias psicológicas.<sup>29</sup>

A partir da conclusão da análise, o avaliador irá determinar qual é a intervenção inicial mais adequada, se é a prática de terapia psicológica individual ou em casal, que fazem parte das diversas intervenções terapêuticas. Usualmente, a terapia individual engloba a identificação e resolução dos problemas psicológicos implícitos que podem estar envolvidos com o vaginismo. Já na terapia em casal, o vaginismo é tratado como um problema do casal e, portanto, a história sexual dos envolvidos é de grande importância, além da oportunidade de mencionar outros problemas que podem estar afetando o relacionamento. O objetivo da terapia é construir uma relação médico-paciente baseada na empatia e no apoio, a fim de reduzir ou eliminar a ansiedade de desempenho e o medo da penetração.<sup>29</sup>

Um dos pilares de todos os tratamentos para o vaginismo é a reeducação sexual da paciente. O vaginismo trás com si uma carga emocional e cultural de diversos anos das mulheres sentindo dor e sofrimento ao ter relação sexual. Com a educação sexual associada a demais medidas farmacológicas ou anestésicas, a paciente consegue gradualmente se permitir ter novas experiências e ir quebrando barreiras e paradigmas que estavam presentes. Isto é ratificado em diversos estudos os quais demonstram que a confiança da paciente e fazê-la sentir-se à vontade é fundamental para resolução do vaginismo, sendo a primeira prioridade do ginecologista em tratamento.<sup>31</sup>

Ademais, outra estratégia que pode ser utilizada para o tratamento do vaginismo é o uso de equipe multidisciplinar de saúde, incluindo profissionais de saúde mental, fisioterapeutas e médicos, tendo assim uma abordagem biopsicossocial mais humanizada e fornecendo cuidados de saúde em todas as esferas da vida da paciente. O psicólogo vai agir nas questões mentais fazendo com que a mesma fique mais à vontade com a situação que apresenta e ajudando-a a quebrar tabus pré existentes; o fisioterapeuta pode auxiliar no uso de dilataadores, exercícios pélvicos e terapia convencional estabelecida para o problema em questão; e, por fim, o médico pode auxiliar no contexto medicamentoso ou na realização de toxina botulínica nos casos mais graves que necessitam desta intervenção.<sup>22</sup>

O estudo de Melnik, Hawton, McGuire (2012) demonstrou relevância na terapia cognitiva comportamental (TCC), responsável pela melhora de 33% das mulheres com vaginismo incluídas no estudo, utilizando técnicas como educação psicosssexual, foco sensorial, habilidades de comunicação, reforço positivo, reestruturação cognitiva e

treinamento de fantasias sexuais.<sup>29</sup> E quando se trata de disfunções sexuais, a TCC tem resultados positivos e pode ser combinada com estratégias de redução de hipertonicidade e controle muscular da região perineal pélvica.<sup>24</sup>

Uma outra medida inicial sugerida para o tratamento do vaginismo, de acordo com Ugurlucan et al. (2021), são os dilatadores vaginais, que são instrumentos utilizados para alongar suavemente a vagina.<sup>26</sup> No entanto, é relatada a falta de instrução no uso dos dilatadores e sua eficácia é limitada segundo artigos mais recentes. Outro problema do uso de dilatadores é encontrar privacidade e tempo para sua utilização. Devido a isso, as mulheres descreveram a importância de ter um bom relacionamento e ter um apoio do parceiro, além do contato com outras mulheres diagnosticadas com vaginismo como rede de apoio.<sup>20</sup>

A título de exemplo, a fisioterapia do assoalho pélvico é uma importante estratégia de tratamento multidisciplinar para dispareunia e vaginismo, pois melhora o relaxamento muscular, normaliza a atividade muscular em repouso, aumenta a elasticidade vaginal, consciência muscular e propriocepção. Esse método é recomendado como terapia de primeira linha, de baixo risco e minimamente invasiva para prevenir e tratar a disfunção do assoalho pélvico.<sup>25</sup>

Outra opção de tratamento mais recente é a injeção de botox, sendo seu uso descrito pela primeira vez em 1997 por Brin e Vepnek. Desde então a técnica tem sido modificada e adaptada. Estudos evidenciam que a aplicação de cerca de 20-50 UI de Botox em alguns músculos do assoalho pélvico tem sido associada a melhora do vaginismo. Outro benefício da técnica de tratamento através da toxina botulínica é não haver necessidade de uma reaplicação. A taxa de sucesso das mulheres que conseguem obter uma relação sexual após a aplicação chega a 90%.<sup>4</sup>

No que tange aos fatores de risco, o estudo de Alizadeh et al. (2019) sugere que as mulheres com uma situação financeira favorável relatam níveis baixos de GPPPD, pois uma melhor situação financeira aparenta reduzir problemas ao diminuir as tensões e o estresse. Entre os fatores pessoais, a aversão a tocar os órgãos genitais, bem como a depressão, estão associadas a níveis mais elevados de disfunções genitopélvicas. Esses achados apoiam o papel significativo dos fatores psicológicos na ocorrência de GPPPD. Por ora, não é possível dizer se a depressão causa o GPPPD ou se o GPPPD pode levar à depressão. Entretanto, a correlação do distúrbio da dor e depressão enfatiza a natureza multidisciplinar da terapêutica necessária para esse transtorno. Por fim, níveis elevados de satisfação pela vida influenciam diretamente na satisfação sexual.<sup>16</sup>



Já o estudo de Peixoto M et al. (2015) demonstrou que a prevalência de vaginismo e dispareunia parece ser relativamente independentemente da idade, entretanto, no geral, o envelhecimento foi associado a maiores dificuldades relacionadas ao funcionamento sexual. Dessa maneira, o resultado relacionado a um baixo padrão de frequência de atividade sexual pode estar associado ao receio do contato sexual causado por experiências desagradáveis vividas anteriormente.<sup>14</sup>

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O vaginismo possui um impacto considerável na vida interpessoal, sexual e na autoestima das mulheres. Por ser um transtorno multifatorial, é observado que há uma maior eficácia no tratamento quando feito através de um conjunto de abordagens, como o uso da psicoterapia, estímulo de dilatação do canal vaginal, toxina botulínica e/ou fisioterapia pélvica. Contudo, ainda é necessário maiores estudos acerca dos diferentes tipos de intervenções terapêuticas com uma análise comparativa das intervenções conjuntas ou individuais. Além disso, é necessária uma maior conscientização dos profissionais de saúde para uma melhor comunicação e suporte emocional a essas mulheres, facilitando o rastreamento e adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Pacik PT. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. *International Urogynecology Journal*. 2014 Jun 04;25:1613–1620. doi: 10.1007/s00192-014-2421-y
2. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. *Am Fam Physician*. 2014 Oct 1;90(7):465-70. PMID: 25369624.
3. Ramli M, Nora M, Roszaman R, Hatta S. Vaginismus and subfertility: case reports on the association observed in clinical practice. *Malays Fam Physician*. 2012 Apr 30;7(1):24-7. PMID: 25606241; PMCID: PMC4170445.
4. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD001760. DOI: 10.1002/14651858.CD001760.pub2.
5. LAHAIE, Marie-Andrée; AMSEL, Rhonda; KHALIFÉ, Samir; BOYER, Stephanie; FAABORG-ANDERSEN, Marie; BINIK, Yitzchak M.. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Archives Of Sexual Behavior*, [S.L.], v. 44, n. 6, p. 1537-1550, 15 nov. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0430-z>.
6. Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. *Aesthetic Plast Surg*. 2011 Dec;35(6):1160-4. doi: 10.1007/s00266-011-9737-5. Epub 2011 May 10. PMID: 21556985.
7. Aslan M, Yavuzkır Ş, Baykara S. Is "Dilator Use" More Effective Than "Finger Use" in Exposure Therapy in Vaginismus Treatment? *J Sex Marital Ther*. 2020;46(4):354-360. doi: 10.1080/0092623X.2020.1716907. Epub 2020 Feb 13. PMID: 32052704.
8. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Sydsjö G. Reproduction and mode of delivery in women with vaginismus or localised provoked vestibulodynia: a Swedish register-based study. *BJOG*. 2015 Feb;122(3):329-34. doi: 10.1111/1471-0528.12946. Epub 2014 Jul 3. PMID: 24990073.
9. Wells C, Farrah K. *Injectable Botulinum Toxin for Pelvic Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines [Internet]*. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019 Aug 22. PMID: 31697458.
10. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, Ashtiani EM, Bakhtiyari M, Mareshi SM, Sarfjoo FS, Eftekhari T. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2019 Nov;30(11):1821-1828. doi: 10.1007/s00192-018-3836-7.
11. Maseroli, E., Scavello, I., Rastrelli, G., Limoncin, E., Cipriani, S., Corona, G., ... & Vignozzi, L. (2018). Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine*, 15(12), 1752-1764.

12. BORG, Charmaine et al. Vaginismus: Heightened Harm Avoidance and Pain Catastrophizing Cognitions. *J Sex Med*, 2012 Feb;9(2):558-67. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02535.
13. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, Palma M, Fambrini M, Corona G, Mannucci E, Maggi M, Vignozzi L. Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory Analysis. *J Sex Med*. 2017 Nov;14(11):1392-1402. doi: 10.1016/j.jsxm.2017.09.015. PMID: 29110807.
14. CHERNER, R. A., REISSING, E.D., AComparative Study of Sexual Function, Behavior, and Cognitions of Women with Lifelong Vaginismus, *Arch Sex Behav*, 2013 Nov;42(8):1605-14. doi: 10.1007/s10508-013-0111-3
15. PEIXOTO, Maria Manuela; NOBRE, Pedro. Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: a population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of sex & marital therapy*, v. 41, n. 2, p. 169-180, 2015. doi: 10.1080/0092623X.2013.842195
16. ALIZADEH, Ameneh et al. Prevalence of and risk factors for genito-pelvic pain/penetration disorder: a Population-Based Study of Iranian Women. *The journal of sexual medicine*, v. 16, n. 7, p. 1068-1077, 2019. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.04.019
17. BRAUER, Marieke; LAKEMAN, Mariëlle; VAN LUNSEN, Rik; LAAN, Ellen. Predictors of Task-Persistent and Fear-Avoiding Behaviors in Women with Sexual Pain Disorders. *The Journal Of Sexual Medicine*, [S.L.], v. 11, n. 12, p. 3051-3063, dez. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12697>.
18. Turan Ş, Usta Sağlam NG, Bakay H, Gökler ME. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. *J Sex Med*. 2020 Dec;17(12):2434-2445. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.08.018. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32981852.
19. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, Alarcon-Rodriguez R. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(1):73-83. doi: 10.1080/0092623X.2018.1484401.
20. Macey K, Gregory Angela, Nunns David, das Nair Roshan. Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC Women's Health*. v. 15, n. 29, 2015. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0201-6>.
21. Farnam, F., Janghorbani, M., Merghati-Khoei, E. et al. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *Int J Impot Res* 26, 230–234 (2014). <https://doi.org/10.1038/ijir.2014.16>
22. Kleinplatz PJ. History of the Treatment of Female Sexual Dysfunction(s). *Annu Rev Clin Psychol*. 2018 May 7;14:29-54. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084802. Epub 2018 Jan 22. PMID: 29356577.
23. Pereira, V.M., Arias-Carrión, O., Machado, S. et al. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med* 6, 37 (2013). <https://doi.org/10.1186/1755-7682-6-37>.
24. WALLACE, Shannon L.; MILLER, Lucia D.; MISHRA, Kavita. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Current Opinion*

- in Obstetrics and Gynecology, v. 31, n. 6, p. 485-493, 2019. doi: 10.1097/GCO.0000000000000584.
25. Anđın AD, Gn İ, Sakin Ö, Çıkman MS, Eserdađ S, Anđın P. Effects of predisposing factors on the success and treatment period in vaginismus. *JBRA Assist Reprod.* 2020 May 1;24(2):180-188. doi: 10.5935 / 1518-0557.20200018.
26. Gungor Ugurlucan, F., Yasa, C., Ates Tikiz, M. et al. Efeito da pandemia COVID-19 e medidas de distanciamento social nas funđes sexuais de mulheres tratadas para vaginismo (dor genitopélvica / distúrbio de penetrađo). *Int Urogynecol J* (2021). <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04667-w>.
27. Rahman S. Female Sexual Dysfunction Among Muslim Women: Increasing Awareness to Improve Overall Evaluation and Treatment. *Sex Med Rev.* 2018 Oct;6(4):535-547. doi: 10.1016/j.sxmr.2018.02.006. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29678473.
28. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. *Sex Med.* 2017 Jun;5(2):e114-e123. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002. 2017 Mar 28. PMID: 28363809; PMCID: PMC5440634.
29. MELNIK, Tamara; HAWTON, Keith; MCGUIRE, Hugh. Interventions for Vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012. doi:10.1002/14651858.CD001760.pub2.
30. Ferreira JR, Souza RP. Botulinum toxin for vaginismus treatment. *Pharmacology.* 2012;89(5-6):256-9. doi: 10.1159/000337383. PMID: 22507920.
31. Fageeh WM. Different treatment modalities for refractory vaginismus in western Saudi Arabia. *J Sex Med.* 2011 Jun;8(6):1735-9. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02247.x. Epub 2011 Apr 7. Erratum in: *J Sex Med.* 2012 Mar;9(3):945. PMID: 21477018.