

**ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO VAGINISMO: ADICIONAR
FISIOTERAPIA AO MODELO CLÁSSICO. RELATO DE UM CASO – FOLLOW – UP**

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO VAGINISMUS: ADDING PHYSIOTHERAPY TO THE CLASSICAL MODEL - A CASE
REPORT - FOLLOW UP

ANDREIA ANTUNES

RESUMO

Objectivo: Descrever o caso de uma mulher de 30 anos com vaginismo, e a integração da fisioterapia na abordagem Clássica da Terapia Sexual. Explorar a experiência da mulher relativamente à terapia, entendendo-se como terapia a conjugação da terapia sexual e da Fisioterapia, e compreender a percepção da mulher sobre as mudanças originadas pela inclusão da fisioterapia no tratamento.

Métodos: Descrição da intervenção e técnicas utilizadas neste caso em particular. Análise da Entrevista de Mudança do Cliente em follow-up.

Resultados: Completa resolução do caso após integração da Fisioterapia em 9 sessões.

Discussão: Adicionar fisioterapia no tratamento do vaginismo parece ter um efeito positivo na resolução do caso visto garantir que os exercícios pedidos são executados da forma correcta e permitir trabalhar o medo da penetração in vivo,

Palavras chave: Vaginismo; Fisioterapia; Pavimento Pélvico; Terapia Sexual; Modelo Clássico;

ABSTRACT

Aim: To describe a case of a 30 year old woman with vaginismus, and the physiotherapy intervention added to the classical model of sexual therapy intervention. Explore the experience of women in relation to therapy, understood as a combination of sex therapy and physical therapy, and understand the woman's perception of changes caused by the inclusion of physiotherapy in the treatment.

Methods: To describe the interventions and techniques applied in this particular case. Analysis of Client Change Interview on follow-up.

Results: Complete resolution of the case after integration of Physiotherapy in 9 sessions.

Discussion: Adding physiotherapy to the classical model in vaginismus treatment seems to have a positive effect on the resolution of the case, as it ensures that the exercises are performed in the correct way, and permits to work the fear of penetration in vivo.

Key words: Vaginismus; Physical Therapy; Pelvic Floor; Sexual Therapy; Classical model

INTRODUÇÃO

O vaginismo é descrito no DSM IV – TR (2000) como a dificuldade persistente e/ou recorrente da mulher em permitir a penetração com o pênis, com um dedo e /ou algum objecto (p.ex espéculo), independente do desejo de o fazer, apresentando espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, causando perturbação pessoal. Existe frequentemente uma fobia antecipatória/medo, experiência de dor. Devem ser excluídas anomalias estruturais ou físicas. Foi também definido por Kaplan (1974) como uma contracção muscular involuntária do terço externo da vagina que interfere com a penetração. Segundo Rosebaum (2005) não é claro se isto se refere a um espasmo persistente ou a uma resposta contráctil a uma tentativa de penetração. E a validade da existência de um espasmo vaginal nunca foi estabelecida (Reissing, Armstrong, & Allen, 2013). Devido à grande comorbilidade e difícil diagnóstico entre Vaginismo e Dispareunia, no DSM 5 verifica-se uma fusão das categorias passado a categoria a chamar-se Perturbação de Dor Génito-Pélvica/Penetração. É definida como dificuldades persistentes e recorrentes com a penetração vaginal; dor pélvica ou vulvovaginal durante a relação sexual/tentativa de penetração; elevada ansiedade ou medo de dor pélvica ou vulvovaginal por antecipação, durante ou como resultado da penetração vaginal; acentuada tensão ou contracção nos músculos da parede pélvica durante a tentativa de penetração (Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5, 2013). É importante referir que a maior parte das mulheres com vaginismo apresenta uma resposta sexual completa e satisfatória, experienciando o orgasmo desde que a penetração não aconteça. Alguns destes casais só procuram ajuda profissional, quando querem ter filhos (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006).

Na maioria dos casos o tratamento envolve uma combinação de: terapia sexual e cognitivo comportamental; relaxamento; exercícios respiratórios; exposição à ansiedade, provocando a situação na realidade ou por imagens, enquanto a ansiedade é mantida em níveis baixos (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006).

O modelo mais comumente utilizado de intervenção em sexologia, apoiado em Masters e Johnson (1970) e Kaplan (1974), consiste em eliminar, em primeiro lugar, todos os factores que possam produzir dor e, posteriormente, tendo como objectivo a redução da ansiedade, o objectivo será o descondicionamento progressivo do espasmo involuntário dos músculos da entrada da vagina bem como a eliminação do evitamento fóbico da paciente à penetração vaginal.

O descondicionamento do espasmo involuntário pode ser feito com dilatadores. Os instrumentos dilatantes podem ser velas de Hegar, o dedo da paciente e/ou do parceiro, vibradores, tampões. A dilatação da vagina tonicamente contraída tem que acontecer gradual e repetidamente em condições relaxadas e não traumáticas.

Para o tratamento do elemento fóbico é indicado o uso de técnicas de insight para os conflitos intrapsíquicos e a dessensibilização sistemática, que supõe o uso gradual de imagens cada vez mais ameaçadoras, para se conseguir a extinção por fantasia. Segundo Kaplan (1974), são igualmente indicadas técnicas de relaxamento e, por vezes, é aconselhada a prescrição de medicamentos para aumentar o grau de relaxamento (Moita & Teixeira de Sousa, 2012)

O resultado depende muito da motivação da mulher e do seu parceiro, assim como da análise e do tratamento, a uma possível recusa inconsciente, pelo terapeuta sexual ou psiquiatra (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006).

O modelo clássico de intervenção no vaginismo assenta no pressuposto que a mulher efectue os exercícios de forma progressiva após instruções verbais do terapeuta sexual. Muitas vezes a adesão é fraca porque a mulher tentou sozinha e não conseguiu. Esse insucesso pode dever-se ao desconhecimento que a mulher tem do próprio corpo, apresentando dificuldade em transpor para a sua anatomia os ensinamentos teóricos que recebeu. Encontrar o intróito vaginal pode não ser fácil, logo introduzir um dilatador correctamente após uma mera instrução verbal revela-se um desafio (Rosenbaum T. Y., 2005). A intervenção do fisioterapeuta, que trabalha em conjunto com a mulher, num ambiente seguro facilita a eliminação desta questão (Rosenbaum T. Y., 2005).

É comumente aceite que os músculos do pavimento pélvico estão fortemente envolvidos na fisiologia e patofisiologia da resposta sexual feminina. Apesar disso, as disfunções do pavimento pélvico encontram-se entre os mais importantes, embora negligenciados, contributos para a disfunção sexual feminina (Graziottin, 2007).

Uma hipertonia generalizada e persistente leva ao aparecimento de sintomas complexos quer no homem quer na mulher, conhecido por Síndrome do Pavimento Pélvico Hiperactivo (SPPH). Este síndrome leva ao aparecimento de sintomas gastrointestinais, urogenitais e alteração da função sexual. Os pacientes apresentam frequentemente histórias longas de insucesso dos tratamentos médicos, cirúrgicos e psiquiátricos (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006). Uma contracção duradoura do Pavimento

Pélvico pode resultar de uma alteração comportamental (Messelink, 1999). Um comportamento como “aguentar” para urinar e evacuar, por longos períodos, pode facilitar e predispor para um padrão crónico de “aguentar” também conhecido como hipertónus. Este padrão pode potenciar alterações como a obstipação crónica, retenção urinária e urgência. Pode também ser o denominador comum entre algumas condições uroginecológicas e anorectais com as disfunções sexuais (Rosenbaum T. Y., 2007). A patologia do pavimento pélvico pode desta forma assumir um papel de factor predisponente e de factor de manutenção. Contrações do pavimento pélvico, quer causais, quer reactivas, quer como factor de manutenção, aparentam ser parte integrante do modelo de medo/fobia da dor em mulheres com perturbações de dor sexual. (Reissing, Armstrong, & Allen, 2013).

São objectivos gerais da Fisioterapia recuperar a função, melhorar a mobilidade, aliviar a dor, prevenir ou limitar as incapacidades. A fisioterapia utiliza técnicas como: contrair/relaxar; alongamentos passivos e resistidos com o objectivo de normalizar desequilíbrios musculares e melhorando a mobilidade pélvica e da vulva. Podem ser usados dilatadores não só para ultrapassar o medo/ansiedade da penetração mas também para alongar e flexibilizar o intróito vaginal. Utiliza-se biofeedback para normalizar o tónus, diminuir o hipertonus e melhorar a contractibilidade e a estabilidade em repouso (Rosenbaum T. Y., 2005).

O fisioterapeuta que trata a mulher com vaginismo, proporciona educação, ensina técnicas de relaxamento globais e específicas do pavimento pélvico, utiliza técnicas de terapia manual como estiramentos do introito vaginal e massagem do pavimento pélvico, e trabalha com dilatadores *in vivo*.

A intervenção da Fisioterapia começa frequentemente com a observação genital utilizando um espelho, toque genital, eventualmente avaliação por palpação vaginal, embora a maior parte das mulheres se encontre demasiado ansiosa para efectuar a palpação vaginal nesta fase (Rosenbaum T. , 2011). A educação da paciente em temas como a anatomia e fisiologia, função e disfunção do pavimento pélvico assim como possíveis causas da disfunção, no sentido de perceber e corrigir possíveis alterações comportamentais que possam estar na origem da disfunção. Para este fim verifica-se a utilização de imagens, diagramas, modelos anatómicos e fotografias, sendo um primeiro e importante passo na intervenção do Fisioterapeuta. Um ensino eficaz pode clarificar à mulher porque é que foi encaminhada para a Fisioterapia, e a relação das suas

queixas com a nossa intervenção e essa explicação potencia um efeito motivador (Alewijnse, 2000). A decisão de quando iniciar a palpação vaginal é muitas vezes difícil, porque as mulheres com vaginismo estão muitas vezes motivadas a iniciar e progredir no tratamento, mas apesar do seu desejo cognitivo de ser examinadas a ansiedade muitas vezes impede que permitam que a avaliação seja realizada. Noutros casos, as mulheres com vaginismo como querem muito que a avaliação seja feita, “forçam-se” a permitir independentemente do que sentem. Quase como se ficassem “ausentes” de forma a garantir que conseguem ser avaliadas. Não mantêm contacto ocular, viram a cara, ficam ausentes. O objectivo da intervenção da fisioterapia é que ela sinta realmente e não que se abstraia com o intuito de progredir. Segundo Rosenbaum *dissociam*, de forma a permitir a realização da avaliação, e deve ser identificado como uma “red flag” (Rosenbaum T. , 2011). Enquanto o vaginismo representar uma objecção não verbal (inconsciente ou não) a um parceiro indesejado (pénis, sémén, gravidez), é impossível trata-lo só com exercícios de consciencialização e relaxamento do pavimento pélvico (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006). É por isso muito importante a intervenção em equipa multidisciplinar tendo em conta que as perturbações de dor sexual, entendidas como resultado de uma combinação de factores fisiológicos, emocionais e relacionais, respondem melhor à fisioterapia para os aspectos físicos e à psicoterapia nomeadamente a terapia cognitivo comportamental e a terapia sexual para os aspectos relacionais, emocionais e sexuais da disfunção. (Rosenbaum T., 2005)

O objectivo deste relato de caso, é descrever os benefícios encontrados no tratamento do vaginismo, pela integração da fisioterapia com o modelo clássico, visto conseguir-se desta forma uma exposição controlada e garantir que a mulher executa os exercícios com acompanhamento, e que os executa da forma correcta. Consegue-se também garantir um correcto conhecimento do próprio corpo pela confrontação com o mesmo e não apenas com o ensino por diagramas, imagens e fotografias assim como um ensino prático sobre a função dos músculos do pavimento pélvico, ficando a mulher capaz de controlar activa e conscientemente este grupo muscular com reconhecida importância na função sexual. Em follow up a mulher foi entrevistada pela Fisioterapeuta seguindo o Protocolo de Entrevista de Mudança do Cliente (Elliott, 2007), no sentido de explorar a experiência da mulher relativamente à terapia. Entrevista, que funciona melhor enquanto exploração empática, semi-estruturada, e que no formato original de Elliot refere-se à experiência da cliente na psicoterapia. Neste caso, o objectivo era explorar a experiência da mulher relativamente à junção das duas

terapias, a terapia sexual e a fisioterapia, na resolução do vaginismo. O objectivo desta entrevista de final de terapia era perceber, pelas palavras da mulher como funcionou para ela a terapia, quais os aspectos que considerou importantes, que mudanças verificou desde o final da terapia e quais os aspectos da terapia que acredita terem contribuído para essas mudanças. Desta forma podem ser optimizadas intervenções futuras.

DESCRIÇÃO DO CASO

Ana, 30 anos, casada, licenciada e a trabalhar na sua área de formação. Diagnóstico de vaginismo primário e em acompanhamento por terapia sexual durante dez sessões, embora com períodos longos de abandono da consulta. A intervenção prévia baseada no modelo clássico incluiu a proposta de vários exercícios à medida que se ia abordando a anatomia e a fisiologia a partir das dúvidas que surgiram, pedido de registo gráfico da vulva, proposta de observação dos genitais ao espelho e identificação da constituição da vulva (a vulva é habitualmente confundida com a vagina), conhecer a parte muscular da vagina através dos exercícios de Kegel. Exercícios de relaxamento do corpo, sobretudo com concentração na respiração abdominal. Introdução de um dedo na vagina. Introdução de dois dedos. Introdução de um dedo do parceiro. Introdução de dois dedos do parceiro. Introdução de um vibrador que considerasse semelhante à dimensão do pénis. Efectuou-se ainda uma sessão de dessensibilização sistemática com avaliação da imagética. Todavia, neste casal em análise, um dos objectivos da intervenção – a penetração do pénis na vagina – não se atingia. Após 10 sessões de intervenção utilizando o modelo clássico acima descrito, integrando adicionalmente a componente psicossocial, também acabada de referenciar, tinham chegado ao fim do protocolo, conseguindo a Ana tolerar a introdução, na vagina, de dois dedos seus e dois dedos do parceiro. Todavia, a etapa seguinte, a penetração do pénis na vagina, tardava em ser conseguida. Foi proposto um trabalho em grupo, com outros 3 casais na mesma fase de intervenção, utilizando como modelo de intervenção o psicodrama. O casal em questão recusou, prendendo-se a razão da recusa com o desagrado do elemento masculino em partilhar com outros as dificuldades, ainda que comuns (Moita & Teixeira de Sousa, 2012).

Foi então proposto ao casal o encaminhamento para a Fisioterapia, mantendo o acompanhamento em terapia sexual onde eram trabalhados o percurso, os medos a ansiedade e as questões sociais. Foram realizadas duas sessões de exposição imagética antes da previsão do dia em que a paciente elegeu para uma nova tentativa de relação sexual coital.

De referir que existiu comunicação regular entre as duas profissionais, a Fisioterapeuta e a Terapeuta Sexual, no sentido de potenciar as intervenções em benefício da mulher e com o objectivo de potencializar ao máximo o efeito de ambas as intervenções.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA

Realizaram-se 9 sessões de Fisioterapia, distribuídas num espaço temporal de 5 meses. Durante as sessões a Ana foi sempre acompanhada pelo Nuno. Na última sessão, a penetração já tinha acontecido duas vezes sem dor.

- Primeira Sessão: Após uma conversa inicial, onde foi permitido que o casal relatasse todo o processo anterior de forma livre, foram efectuadas no final as questões necessárias de forma a excluir outras disfunções do pavimento pélvico. Começando pelo ensino, foram utilizados diagramas e imagens e efectuada uma explicação da anatomia, tentando auscultar possíveis dúvidas do casal. Não obstante todo o trabalho desenvolvido durante a intervenção clássica, foi possível observar que os exercícios que realizava em casa não eram adequadamente postos em prática, revelando a Ana ainda muitas dúvidas quando questionada ao vivo. Referiu que uma das questões que tinha era a não visualização do “buraco” que representava a vagina nas imagens que lhe tinham sido mostradas, quando efectuava a visualização da sua própria vulva com um espelho. Neste momento foi, mais uma vez explicado, agora com a garantia de observação conjunta, que a representação da vagina como uma cavidade aberta, não significa que na realidade ela se apresente dessa forma. É uma cavidade virtual, só expandindo quando é penetrada por alguma coisa, seja um dedo, um tampão ou outro objecto, ou um pénis. E é mostrada uma fotografia, que ao contrário do diagrama não apresenta a vagina como um “buraco”. De seguida e com a informação de que ao longo da sessão avançaríamos à medida que o conforto dela o permitisse e que ela teria sempre a possibilidade de parar em qualquer momento e retomar numa sessão posterior. Foi explicada a necessidade de efectuar palpação vaginal no sentido de avaliar a função dos músculos do pavimento pélvico e de garantir que a contração e relaxamento destes músculos, vulgarmente denominados exercícios de Kegel, estavam a ser efectuadas correctamente. Em posição de decúbito dorsal alto e com as pernas fletidas passamos à observação da vulva pela terapeuta e auto-visualização pela Ana com espelho. Antes de iniciar a visualização a posição da pélvis é corrigida pelas mãos da fisioterapeuta dando a indicação que é importante para a orientação da vagina ser a correcta durante a penetração e não “enrolar” a pélvis para “trás”. São aplicados contactos manuais nas espinhas ilíacas ântero-superiores para facilitar a retroversão da pélvis “posterior tilt” de forma a facilitar a observação e facilitar o movimento pretendido. Passamos à observação com a colocação de um espelho orientado de forma a que ela possa ver a própria vulva. Neste momento

a Ana refere que “não gosta de olhar para a própria vulva”, “não é agradável”. Verifica-se que desvia os olhos do espelho evitando a imagem da vulva. Peço para voltar a olhar, para fazermos a identificação das estruturas anatómicas na própria. Refere neste momento que quando da indicação para visualização da vulva por terapia sexual como trabalho de casa, apenas o efectuou uma vez. Após, e garantindo que poderíamos avançar foi efectuada a palpação externa da vulva, com o objectivo de identificar possíveis pontos dolorosos, avaliar sensibilidade e avaliar externamente a tonicidade do períneo. Não se verificam pontos dolorosos apenas algum desconforto ao toque e hipertonicidade da zona perineal. Foi pedida uma contração do pavimento pélvico, após explicação verbal de como o efectuar, utilizando o visual, “imagine que quer impedir urina ou gases de saírem”, e que tendo em conta a posição, possibilitou a visualização do movimento correcto no períneo, movimento para cima e para dentro, quer pela terapeuta, quer pela própria através do espelho. Foi chamada a atenção do movimento correcto e de que deveria fazer os exercícios várias vezes ao longo do dia focalizando a sua atenção no relaxamento, no movimento de descida para baixo e para fora, contudo sem empurrar, fazendo corresponder a sensação com a imagem no espelho quando fazia o movimento. Apesar desta questão já ter sido trabalhada previamente nas consultas de terapia sexual, estar ao lado permitiu dar feedback imediato sobre o exercício. No final da sessão foi perguntado qual o impacto do que tínhamos feito. Referiu que nunca teve dor apenas algum desconforto, essencialmente pela exposição e que esclareceu algumas dúvidas. Foi pedido que repetisse o trabalho de casa já antes realizado (dia sim dia não), de visualização da vulva com espelho, a palpação externa da vulva abordando, grandes e pequenos lábios, clitóris e introito vaginal. Foi também pedido que contraísse e relaxasse os músculos do pavimento pélvico várias vezes ao longo do dia, tentando perceber se estaria mais vezes contraída ou relaxada e que concentrasse a sua atenção no relaxamento.

- Segunda sessão: Começando por perguntar sobre os exercícios, refere que fez o trabalho de casa como pedido e que relativamente à visualização da vulva “começa a não ser tão estranho olhar para a vulva”. Refere também que apesar de conseguir fazer a contração e relaxamento do pavimento pélvico, acha que está quase sempre contraída, conseguindo o relaxamento apenas após algumas repetições. A sessão foi efectuada na mesma posição que a anterior, iniciando-se novamente pela visualização e palpação externa, passando de seguida para a introdução de 1 dedo – 2 falanges. Não se verificou contracção involuntária do pavimento pélvico. Verificou-se hipertonia. A Ana referiu desconforto, essencialmente após saber que o dedo tinha sido introduzido. A noção de que o dedo estava lá dentro fez aumentar a ansiedade e o desconforto. Sem dor. Como trabalho de casa, dia sim dia não, pede-se que mantenha o pedido na última sessão e que passe a tentar fazer a introdução de um dedo. Pede-se também que o Nuno, se

assim o entenderem, passe a tentar novamente a introdução de 1 ou 2 dedos, algo que já tinham feito anteriormente no acompanhamento com a terapia sexual.

- Terceira sessão: Refere que fez sempre os exercícios e acha que às vezes ao longo do dia já não está tão contraída, sente que consegue ter mais consciência dos músculos e que acha que contrai mais e relaxa mais. Conseguiu introduzir um dedo sem desconforto. Refere que sente a resistência das paredes da vagina quando inicia a introdução, mas que agora consegue relaxar. O Nuno conseguiu introduzir 2 dedos em contexto de jogo erótico. Em sessão consigo introduzir dois dedos sem que a Ana sinta grande desconforto. Ainda não é possível efectuar movimentos sem desconforto. Mantêm o trabalho de casa de dois em dois dias.
- Quarta sessão: Reforço a importância de continuar a efectuar a visualização da vulva com o espelho, porque refere que é o único exercício que não tem feito por preguiça. Manteve os restantes exercícios sem problema. Efectua a introdução de um e dois dedos e ligeiros movimentos de alongamento laterais e posterior. Alongamentos mantidos e Contrair-relaxar. Peço para em casa começar a acrescentar movimentos no sentido posterior e laterais durante os exercícios.
- Quinta e sexta sessão: Maior confiança na capacidade de efectuar os exercícios, sem desconforto e sem "sentir os exercícios como uma obrigação", "agora faço facilmente e sem stress". Em sessão mantemos a introdução de 1 e 2 dedos sem desconforto e com alongamento franco, lateral e posteriormente. Refere apenas ligeiro desconforto no introito vaginal no momento da introdução do dedo, que desaparece, sempre após contrair/relaxar e ligeiro alongamento mantido. Mantêm plano de exercícios para casa.
- Sétima e oitava sessão: Efectuamos introdução de sonda de manometria (Vaginal balloon catheter®), com o objectivo de dessensibilizar a zona do introito para a pressão do alongamento. Possível sem desconforto. "Nem acredito que foi possível introduzir essa sonda sem me doer nada". Mantêm o trabalho de casa sem frequência obrigatória.
- Nona e última sessão: Revelaram no início da sessão que já conseguiram a penetração duas vezes. Ela refere que "ainda faz confusão" e "os movimentos causam algum desconforto", no entanto nunca teve dor e refere que foi capaz de controlar relaxando os músculos do pavimento pélvico. Refere também notar uma diminuição das sensações de desconforto da primeira penetração para a segunda. Foi efectuada a observação e palpação habitual, os movimentos de alongamento e fica admirada por não sentir qualquer desconforto dizendo "achei que hoje iria sentir dor, mas nem desconforto sinto". Foi dada alta da fisioterapia e encaminhados para encerrar o processo na consulta de terapia sexual.

ENTREVISTA DE MUDANÇA DO CLIENTE – ANÁLISE

A Ana foi contactada 4 anos após a alta para ser realizada a entrevista de mudança. Mostrou-se desde logo disponível para colaborar. Foi-lhe disponibilizada um exemplar do guião da entrevista uma semana antes da data marcada de acordo o protocolo (Elliott, 2007). Como já referido anteriormente esta entrevista, semiestruturada, refere-se à experiência da cliente na terapia. Neste caso em particular foi referido que sempre que fosse referida a palavra terapia nos estaríamos a referir ao conjunto da terapia sexual e da fisioterapia, tendo em conta que as intervenções foram temporalmente complementares a partir de determinada altura. O objectivo é ajudar a mulher a contar a história do seu processo terapêutico até aqui e por isso funciona melhor enquanto exploração empática da experiência da mulher. Foram pedidos o máximo de detalhes possíveis e foi utilizada a prova “mais alguma coisa” ou “notou mais alguma mudança?” frequentemente. Foi dito que o objectivo seria perceber quais as mudanças verificadas em consequência da terapia, e o que acredita ter contribuído para essas mudanças, bem como os aspectos úteis e desnecessários da terapia. Esta informação teria como objectivo ajudar-nos a compreender melhor quais os aspectos mais importantes da terapia e de que forma eles foram importantes para ela. Foi informada que seria efectuada uma gravação áudio para posterior transcrição garantido a confidencialidade dos dados, assim como a posterior destruição da gravação. E foi solicitado que fosse facultada o máximo de informação possível. De modo a sistematizar a análise do material resultante da transcrição optou-se pela utilização da análise de conteúdo (Bardin, 2014), privilegiando-se unidades de sentido organizadas em cinco temas: (i) confiança e segurança, (ii) crenças e auto-conhecimento, (iii) conhecimento e controle dos músculos do pavimento pélvico, (iv) dor, e (v) impacto.

(i) Confiança e segurança

O tema da confiança e segurança é abordado pela Ana aliando-o, e contrapondo-o, ao desconforto da situação, sendo clara a importância atribuída a este tema:

“Tanto a Psicóloga como a Fisioterapeuta, senti sempre muita confiança e muita segurança... Apesar de ser uma situação desconfortável... mais aqui (Fisioterapia)... embora sendo desconfortável ter que me expor e o meu receio também partia por aí... O sentir confiança e segurança na pessoa que me estava a fazer

a terapia foi muito importante e lembro-me de quando vim a primeira vez de sentir isso..." (Ref.ª 1)

Tanto a confiança como a segurança proporcionadas pelas terapeutas são apontadas como condição sine qua non para a continuação da terapia:

"...acho que eu também funciono um bocadinho assim e se calhar se eu não tivesse sentido isso não sei se teria também continuado (...)" (Ref.ª 2)

No entanto, a emergência da sensação de conforto parece ter sido um processo gradual, marcada pela dificuldade da exposição física, mas culminando no relaxamento e na libertação:

"Inicialmente não me senti muito confortável (...) estar exposta fisicamente não era fácil (...) era um dos meus medos (...) nunca lidei muito bem com isso e inicialmente fez-me alguma confusão no sentido de que não me sentia à vontade (...) com o tempo e com as sessões fui ficando mais relaxada (...) acho que me fui libertando" (Ref.ª 3)

(ii) Crenças e auto-conhecimento

É atribuída à terapia uma crescente sensação de segurança com o corpo e de conhecimento do mesmo:

"Fiquei mais segura de mim, com o meu corpo, conhecer mais o meu corpo, não ter aquele pudor entre aspas, de tocar ou tocar-me que era uma coisa que eu não fazia muito... Era um bocadinho a vergonha de não mexer no meu corpo de não me tocar a mim própria, havia muito essa relutância (...)" (Ref.ª 4)

Sensação de segurança essa focalizada na "parte vaginal", anteriormente associada a sensações de confusão, desconhecimento e pudor:

"Na parte vaginal porque eu não tinha propriamente problema com o corpo.... Mas com aquela zona.... Foi o conhecimento daquela zona.... Era uma coisa que a gente sabe que tem mas que faz um bocadinho de confusão que nem procura (...)" (Ref.ª 5)

O tema da desconstrução de crenças e do aumento do auto-conhecimento parece ser, assim, de uma enorme importância ao nível pessoal, físico e relacional:

“acho que foi muito importante. Ganhei uma confiança que não tinha, mais segurança em mim (...) mais à vontade (...) que depois reflectiu-se na relação física, na relação sexual. (Ref.^a 6)

(iii) Conhecimento e controle dos Músculos do Pavimento Pélvico

Em relação ao conhecimento e controle dos músculos do pavimento pélvico, é destacado pela Ana o conhecimento e a visualização da vagina, tal como o relaxamento e o controlo que resultaram da terapia:

“Primeiro o conhecer-me o visualizar o saber o que é a vagina (...) depois o relaxamento... a forma como eu apreendi a controlar (...) O relaxamento muscular.... Eu ter esse controle e fazer isso... são assim as duas coisas que eu me lembro mais e depois também dos exercícios, de os fazer....” (Ref.^a 7)

A sensação de poder aliada ao conhecimento e controle dos músculos do pavimento pélvico é apontada pela Ana como tendo desencadeado a sua mudança de postura:

“Mas realmente o que me ficou foi eu saber quando devo ou não usar os músculos.... E que posso e que consigo.... Contrair e relaxar. Mudou a minha postura... O relaxamento que faço... Se eu relaxar muda logo tudo”. (Ref.^a 8)

(iv) A dor

O tema da dor parece ser vivido pela Ana a dois níveis: o psicológico e o físico. Psicologicamente é indicada uma mudança associada a um maior controlo e confiança:

“O que era para mim mesmo doloroso era o facto de introduzir qualquer coisa na vagina não é.... Ah o mais difícil foi eu fazer isso a mim própria. Acho que a nível psicológico também mudei e comecei a ter outro controle... A ter uma confiança que não tinha (...)” (Ref.^a 9)

Mas, o nível físico (e a intervenção da fisioterapia) é apontado como o maior contributo para lidar com o medo da dor pela confrontação com a experiência não dolorosa que retira validade ao medo:

“Mas a nível físico acho que foi isso que mais contribuiu. Eu conseguir e saber lidar com o meu corpo (...) e sentir que realmente é uma coisa natural e que eu não devo ter medo, que não devia ter medo, e que não era uma coisa que provocasse dor. Essencialmente a dor era aquela questão (...) Foi essencial para mim”. (Ref.ª 10)

(v) Impacto

A Ana associa ao tratamento uma mudança completa na sua vida. Mais especificamente, refere que houve uma superação do que refere como “intocável”, “resguardado” e “preservado” através da “observação” e do “toque” no âmbito do controlo sobre o corpo:

“Eu acho que a minha vida mudou completamente... acho que houve assim uma mudança em todos os sentidos...Com o desmontar a parte física e um bocado aquela ideia que nós temos que... que é algo que é intocável, que tem que ser muito resguardado, muito preservado... tinha um bocadinho essa ideia e isso foi também mudando e acho que ajudou imenso....Pela observação, pelo toque... o controlar-me.... O saber controlar o meu corpo” (Ref.ª 11)

DISCUSSÃO

Do modelo clássico de intervenção no vaginismo fazem parte estratégias de ensino utilizando diagramas e imagens e o pedido para que a mulher visualize a vulva e faça toque externo na vulva e introito, com o objectivo de elucidar sobre a anatomia e possíveis confusões que possam existir, como confundir vulva com vagina ou mesmo o assumir que a vagina e uretra são o mesmo orifício. Foi isso que se verificou neste caso em particular. O ensino foi efectuado no início do processo de Terapia Sexual, utilizando esquemas e imagens e questionando a mulher sobre as dúvidas que teria. No entanto a utilização de diagramas e imagens, pode ser insuficiente, visto apresentar os genitais de forma esquemática. E mesmo quando mostrada uma fotografia se não feita a confrontação com a auto-imagem da vulva podem por vezes persistir dúvidas. No caso particular do vaginismo, em que a penetração não é possível, referindo a mulher muitas vezes a “sensação de barreira ou parede intransponível” aquando das tentativas de penetração, um diagrama em que o intróito e a vagina se apresentam como uma cavidade, pode, após confrontação com a imagem reflectida no espelho da sua própria vulva, onde não se verifica cavidade nenhuma, induzir a mulher a pensar que tem uma alteração anatómica. Esta questão havia sido esclarecida aquando do ensino efectuado pela Terapeuta Sexual, no entanto a mulher referiu a mesma questão aquando da primeira sessão de

fisioterapia. Parece então mais eficaz a explicação ser feita num contexto em que se explorem as diferenças entre uma representação esquemática, um desenho, uma fotografia e a identificação na própria de todas as estruturas representadas na imagem. O facto de um profissional fazer a observação da vulva e do intróito vaginal, em acompanhamento, evita o desenvolvimento de fantasias de diferença anatómica ou existência de particularidades que não estão a ser tidas em conta por não haver observação. Assim é de maior convicção o esclarecimento sobre as características musculares da vagina e da sua capacidade de alongamento, embora essa só aconteça quando penetrada, por um dedo, objecto ou pénis, estabelecendo a diferença entre a cavidade virtual representada na maioria dos diagramas e o aspecto real de uma vulva e respectivo introito. Para além de ser possível transpor para a própria o que identificamos previamente em imagens e diagramas, garantindo que não permaneciam confusões, o exame físico constitui uma oportunidade de avaliar a exposição "in vivo" a diversos parâmetros que podem ser cruciais para a intervenção no contexto da terapia sexual e que parece ser um importante contributo da inclusão da fisioterapia.

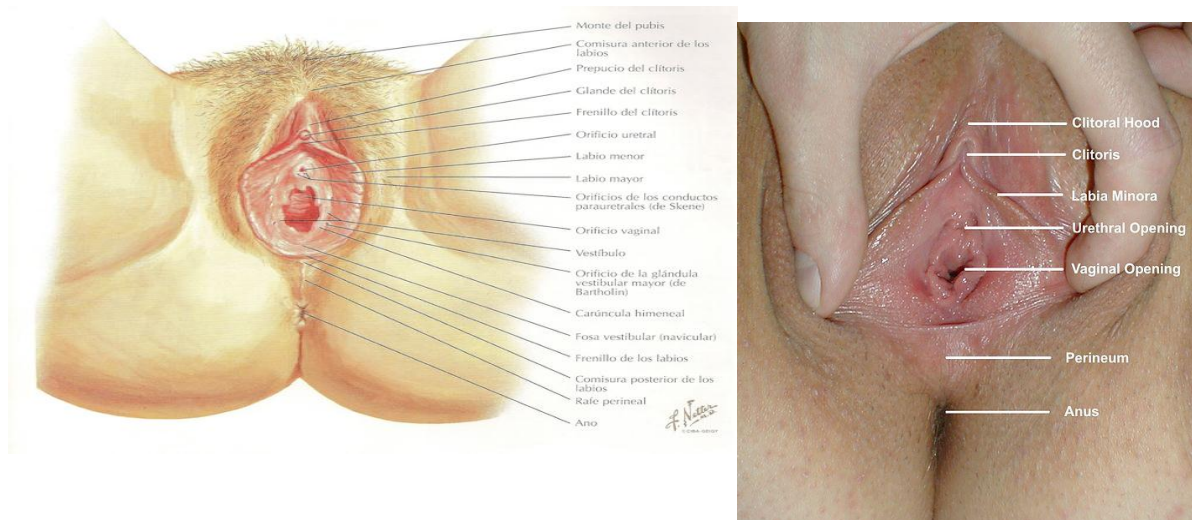


Diagrama vs Fotografia

A fisioterapia trata-se de uma disciplina que, pela mera natureza da intervenção, oferece elementos de exposição *in vivo* ao toque vulvo-vaginal, pressão, e movimento que em conjunto com outros parâmetros de tratamento focados na libertação mio-fascial, aumenta a propriocepção e o controle. Pode deste modo, lidar com dois elementos importantes do modelo de fobia antecipatória/medo: diminuir o medo e a ansiedade através da exposição *in vivo* ao toque vaginal e diminuir a contração defensiva através da dessensibilização à pressão vaginal e movimentos (Reissing, Armstrong, & Allen, 2013). A exposição *in vivo*, permite também registar a reacção da mulher à visualização da vulva e introduzir a auto-palpação, garantindo que aquilo que é pedido para ser feito em casa como exercício, é feito da forma correcta. Introduzir a auto-palpação, parece importante para dessensibilizar a vulva e o introito, e de acordo com Rosenbaum (2005) o toque diário pela própria aumenta a propriocepção e a consciência corporal, e diminui a hipersensibilidade local, muitas vezes presente. Deixar a mulher “abordar” a sua vagina com os seus próprios dedos, dá um maior feedback. O ensino das contrações do pavimento pélvico pelo fisioterapeuta, permite, mais uma vez, garantir que o exercício é efectuado da forma correcta. Apesar desta questão já ter sido trabalhada previamente nas consultas de terapia sexual, estar ao lado permitiu dar feedback imediato sobre o exercício e garantir que ele é executado correctamente. É necessário que a mulher tenha um conhecimento correcto sobre os músculos do pavimento pélvico e esse conhecimento, não será facilmente transmitido apenas por uma explicação teórica. Ganhar e/ou aumentar a consciência da mulher relativamente ao pavimento pélvico, é um objectivo importante da intervenção existindo um feedback constante por parte do fisioterapeuta. Sendo que este último ponto apresenta uma importância crucial no tratamento do vaginismo, visto que o aumento da awareness relativamente a contração e relaxamento dos músculos do pavimento pélvico permite à mulher aprender a controlar voluntariamente os seus músculos do pavimento pélvico. A mulher para além de melhorar a awareness – consciência do (nível de tensão) pavimento pélvico, melhora o controle, ou seja, a capacidade de contrair e relaxar, a força – qualidade e quantidade de contrações rápidas e mantidas, e a consciência do relaxamento voluntário do pavimento pélvico. A interacção entre estes parâmetro é constante. Um objectivo do tratamento é que a mulher tenha consciência e controle do seu pavimento pélvico no decorrer das actividades do dia a dia, sendo esta noção e a da consciência corporal necessárias para aumentar a capacidade de relaxar (Raadgers, Ramakers, & Lunsen, 2006). Parece mais eficaz este trabalho em conjunto do que o simples ensino dos exercícios de Kegel que o terapeuta

espera que a mulher cumpra sozinha, após breves instruções verbais, e que a evidência demonstra poderem ser efectuados de forma errada. É referido por alguns autores que só aproximadamente metade das mulheres que recebem uma instrução verbal sobre os exercícios do pavimento pélvico os realizam de forma correcta (Bo et al. 1988, Bump et al 1991). O objectivo último do tratamento é penetrar a vagina sem contracções defensivas do pavimento pélvico e sem dor. Para atingir este objectivo técnicas como estiramento e massagem parecem ser importantes no aumento da flexibilidade do introito vaginal e para dessensibilizar áreas dolorosas (Rosenbaum T. Y., 2005; Graziottin, 2007). A exposição *in vivo*, e monitorizada, possível no contexto da Fisioterapia, permite, não só replicar a experiência de ansiedade/medo da penetração em tempo real e dar uma resposta adequada a essa emoção, como depois utilizar essa informação para trabalhar em contexto da Terapia Sexual os medos e ansiedades existentes (Rosenbaum T. , 2011). Passando depois para exercícios de penetração direccionados verbalmente pelo terapeuta, por exemplo, a direcção do dedo ou objecto, instruções para contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico (Kuile, Melles, Groot, Tuijnman-Raasveld, & Lankveld, 2013).

Pela análise da entrevista podemos perceber a importância que a Ana atribui à introdução da Fisioterapia no seu tratamento e as mudanças resultantes do processo.

É crucial, em qualquer contexto de intervenção garantir um ambiente seguro e transmitir calma e segurança. Explicar sempre todos os procedimentos antes de os iniciar e explicar que só se avança para o seguinte quando o anterior não causa ansiedade ou desconforto. O ritmo de progressão é determinado pela mulher. Apesar disto referiu que inicialmente não se sentiu confortável, “Inicialmente não me senti muito confortável”, no contexto da fisioterapia, visto que estas sessões implicavam exposição física, “estar exposta fisicamente não era fácil (...)era um dos meus medos (...) nunca lidei muito bem com isso e inicialmente fez-me alguma confusão no sentido de que não me sentia à vontade”, embora o nível de exposição e a evolução em que esta aconteceu tivessem sido sempre feitos de acordo com o seu conforto, nunca de forma imposta pela terapeuta verificando-se uma alteração gradual do impacto que esta causava. que se esbate pela normalização atribuída durante as sessões de fisioterapia, (Ref.º 1, Ref.º2 e Ref.º 3). Verifica-se uma mudança e um reconhecer a importância do conhecer, tocar e do visualizar a vulva e a vagina, assim como da consciência e controle dos músculos do pavimento pélvico (Ref.º4, Ref.º 5 e Ref.º 7). O saber quando contrair e saber

essencialmente como e quando relaxar. Quando e como usar os músculos. Sentir que é capaz de controlar, ter consciência corporal do pavimento pélvico, (Ref.^a 7 e Ref.^a 8). A dificuldade de realizar os exercícios de introdução do dedo por medo da dor, e o facto de na sessão de fisioterapia, a exposição permitir aprender que é possível introduzir um dedo, dois dedos, sem dor permite “reprogramar”, o cérebro aprender uma nova associação “está algo dentro da minha vagina e não está a doer” o que dá origem a uma alteração da resposta muscular protectora que não é necessária (Reissing, Armstrong, & Allen, 2013). Verificou-se esta reprogramação porque o cérebro foi apreendendo que era possível acontecer penetração sem dor, (Ref.^a 9). A experiência de realizar em sessão, num ambiente controlado, exercícios, introdução de um dedo, dois dedos, da sonda, a aplicação de algumas técnicas de terapia manual sempre sem dor permite esta reprogramação. Reissing num estudo retrospectivo que tinha por objectivo avaliar as intervenções da fisioterapia para o tratamento do vaginismo primário, verificou que a grande maioria das mulheres entrevistadas refere as técnicas de terapia manual como a intervenção mais eficaz. O que também se verificou no caso em análise havendo referência para a importância da componente “física” do tratamento (Ref.^a10). Estas técnicas permitem a dessensibilização ao toque vaginal, à pressão e ao movimento, mas também às reações negativas que muitas vezes resultam destes estímulos (Reissing, Armstrong, & Allen, 2013).

A fisioterapia, pelo trabalho de confrontação com o físico, pelo ensino que faz *in vivo* da anatomia pela identificação e visualização das estruturas anatómicas não numa imagem mas na própria, pelo ensino da auto-palpação, pelo ensino da consciência dos músculos do pavimento pélvico focalizando a atenção no relaxamento e permitindo à mulher ganhar controle e trabalhar a consciência corporal. A presença de um terapeuta permite a validação do comportamento que tem como resultado um impacto positivo, verificando-se neste caso em particular uma mudança fundamentalmente no que concerne a crenças de “intocável”, “resguardado” e “preservado”, mudança que segundo a Ana foi mediada pela observação e pelo toque o que lhe conferiu controle sobre o seu corpo. (Ref.^a 11)

Dar à mulher a capacidade de conhecer o seu corpo e de ter controle sobre os músculos do pavimento pélvico melhora a sua função sexual. A Fisioterapia especializada em pavimento pélvico é uma mais valia na equipa multidisciplinar envolvida no tratamento das disfunções sexuais femininas, nomeadamente no vaginismo (Graziottin, 2007).

CONCLUSÃO

Parece-nos que adicionar fisioterapia ao modelo clássico de intervenção no vaginismo oferece vantagens terapêuticas em termos de qualidade e de timing. A fisioterapia garante que a mulher realiza os exercícios correctamente, que segue o programa de exercícios em casa e monitoriza a evolução corrigindo de imediato qualquer erro ou dúvida que surja durante a intervenção. Garante que a transposição dos ensinamentos sobre anatomia são efectuados de forma correcta para o próprio corpo, reduzindo fantasias de mal formações e dúvidas. Neste caso em particular o adicionar a intervenção da Fisioterapia ao Modelo Clássico de intervenção em Terapia Sexual permitiu que fossem desmontadas falsas ideias relativamente à anatomia e trabalhar *in vivo* a dessensibilização da vulva ao toque e à penetração efectuando a progressão clássica da Terapia sexual, mas aqui com a certeza do acompanhamento e de que a mulher estava a realizar os exercícios de forma correcta e sem dúvidas. Esta intervenção resultou numa resolução do vaginismo, sendo possível a penetração ao fim de 5 meses. Em entrevista de Follow-up a mulher reforça a importância que para ela a componente prática e física que a intervenção da Fisioterapia permitiu tiveram na resolução do vaginismo, o que de resto vai de encontro ao encontrado noutros estudos onde a terapia manual é bastante valorizada pelas participantes.

A fisioterapia especializada em pavimento pélvico é também responsável por avaliar e tratar inúmeras disfunções do pavimento pélvico que podem ser co-comitantes com as disfunções sexuais e que podem estar presentes interferindo com a evolução do tratamento se não forem consideradas. O Fisioterapeuta presta serviços com o objectivo de maximizar o potencial de movimento e funcionalidade, e no caso particular do vaginismo, identifica *in loco* componentes resultantes da exposição e que poderão ser trabalhados no contexto da Terapia Sexual potenciando e maximizando a intervenção. Deve por isso ser incluído nas equipas responsáveis pelo tratamento das disfunções sexuais femininas, nomeadamente o vaginismo. Equipas essas que se desejam verdadeiramente multidisciplinares, existindo uma regular comunicação entre os vários profissionais responsáveis pelo tratamento, de forma a potencializar todas as intervenções. São necessários estudos controlados que avaliem a efectividade da Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais em geral, e no vaginismo em particular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basson, R., Wierman, M. E., Lankveld, J. v., & Brotto, L. (2010). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunctions in Women. *J Sex Med* , 7:314-326.

Binik, Y. M., Bergeron, S., & Khalifé, S. (2007). Dyspareunia and Vaginismus: So-Called Sexual Pain. In S. R. Leiblum, *Principles and Practice of Sex Therapy* (pp. 124-156). Guilford.

Frank, J. E., Mistretta, P., & Will, J. (2008). Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *American Family Physician* .

Graziottin, A. (2007). Female sexual dysfunction. In K. Bo, B. Berghmans, S. Morkved, & M. V. Kampen, *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor - Bridging Science and Clinical Practice* (pp. 266-287). Elsevier.

Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. (2013). *American Psychiatric Publishing* .

Kaplan, H. (1974). *Vaginismus: The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel .

Kuile, M. M., Melles, R., Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., & Lankveld, J. J. (2013). Therapist-Aided Exposure for Women With Lifelong Vaginismus: A Randomized Waiting-List Control Trial of Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 81 (6), 1127-1136.

Masters, W. H. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Moita, G., & Teixeira de Sousa, J. (2012). Die Verwendung des Psychodramas in der Sexualtherapie: eine Intervention bei Paaren mit Vaginismus. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* , 11(1), 41-50.

Pereira, V. M., Arias-Carrión, O., Machado, S., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *International Archives of Medicine* , 6:37.

Raadgers, M., Ramakers, M. J., & Lunsen, R. H. (2006). Treatment of Sexual and Pelvic Floor Dysfunctions. In B. Carrière, & C. M. Feldt, *The Pelvic Floor* (pp. 400-414). Thieme.

Reissing, E. D., Armstrong, H. L., & Allen, C. (2013). Pelvic Floor Physical Therapy for Lifelong Vaginismus: A retrospective Chart Review and Interview Study. *Journal of Sex & Marital Therapy* , 39:306-320.

Robert Elliott, C. S. (2007). Protocolo de Entrevista de Mudança do cliente Terapia Individual e Familiar.

Rosenbaum, T. (2011). Addressing Anxiety In Vivo in Physiotherapy Treatment of Women with Severe Vaginismus: A Clinical Approach. *Journal of Sex & Marital Therapy* , 37: 89-93.

Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy* .

Rosenbaum, T. Y. (2007). Pelvic Floor Involvement in Male and Female Sexual Dysfunction and the Role of Pelvic Floor Rehabilitation in Treatment: A literature Review. *J Sex Med* , 4:4-13.

Rosenbaum, T. Y. (2011). Pelvic floor physiotherapy for women with urogenital dysfunction: indications and methods. *Minerva Urologica e Nefrologica* , 63:101-7.

Rosenbaum, T. Y. (2010). Physical Therapy Treatment of a Persistent Genital Arousal Disorder During Pregnancy: A Case Report. *J Sex Med* .

Rosenbaum, T. Y. (2005). Physiotherapy Treatment fo Sexual Pain Disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy* , 31:329-340.

Rosenbaum, T. Y. (2008). The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction. *Current Sexual Health Reports* , 5:97-101.

Rosenbaum, T. Y. (2006). The role of physiotherapy in sexual health: Is it evidence-based? *Journal of the Association of chartered Physiotherapist in Women's Health* .

Rosenbaum, T. Y., & Owens, A. (2008). The Role of Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Pelvic and Genital Pain-Related Sexual Dysfunction. *J Sex Med* , 5:513-523.

Nota: Este texto não está escrito segundo as regras do Novo Acordo Ortográfico

