**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

HELIANA APARECIDA DA SILVA PANDUCHI

Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital

Ribeirão Preto

2017

HELIANA APARECIDA DA SILVA PANDUCHI

Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de mestre em Ciências Médicas.

Área de concentração: Ginecologia e Obstetrícia

Orientadora: Lucia Alves da Silva Lara

Co- orientadora: Cristine Homsy Jorge Ferreira

Versão Corrigida

Ribeirão Preto

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Pandochi, Heliana Aparecida da Silva

Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital / Heliana Aparecida da Silva Pandochi; orientadora Lucia Alves da Silva Lara; co-orientadora Cristine Homsy Jorge Ferreira - Ribeirão Preto, 2017.
60.pp.

Dissertação de mestrado apresentada à faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/USP – Área de Concentração: Ginecologia e Obstetrícia, opção Biologia da Reprodução.

Orientadora: orientadora Lucia Alves da Silva Lara, co- orientadora Cristine Homsy Jorge Ferreira.

1. Dispareunia e vaginismo ou desordem de dor gênito pélvica e penetração, 2. Função sexual feminina e músculos do assoalho pélvico. 3. Tratamento fisioterapêutico na dor coital

Nome: PANDOCHI, Heliana Aparecida da Silva

Título: Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este projeto a todas as pessoas que direta e indiretamente contribuíram para minha chegada até aqui. Em especial a minha mãe Maria do Carmo, meu esposo Alexsander, as voluntárias da pesquisa e a minha filha Larissa que sem dúvidas é a minha maior fonte de motivação.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço muito a **todas as pessoas** que não acreditavam que uma empregada doméstica e depois costureira pudesse chegar a uma faculdade. A todas as pessoas que riam e debochavam das fórmulas que fixava na máquina de costura para poder estudar e dos intervalos de almoço que investia estudando ao invés de ficar cuidando da vida alheia. Todos os risos e descrenças serviram de combustível para chegar até aqui, obrigada mesmo.

Agradeço as **donas das fabricas** de costura que trabalhei, porque me deixavam colar as fórmulas na máquina de costura.

À minha mãe **Maria do Carmo**, por me ajudar com os cuidados com a Larissa e por manter minha casa em ordem para que eu pudesse me dedicar à minha profissão.

Ao meu esposo **Alexsander** por dividir comigo cada sonho, cada conquista, cada tropeço e me trazer a razão quando necessário.

À minha filha **Larissa** que me ensinou que dormir não é tão necessário assim. Isso me faz produzir mais agora.

À minha orientadora **Lucia Alves da Silva Lara**, por ter acreditado no meu trabalho e ter aceitado me orientar nesse projeto. Pela paciência, tolerância e pelos ensinamentos a mim concedidos desde o primeiro dia juntas.

À minha co orientadora **Cristine Homsy Jorge Ferreira**, palavras não são suficientes para te agradecer. Você é um mito da fisioterapia na saúde da mulher e tive a benção de conhecer e sorte de poder contar, sempre disposta, atenciosa, sincera e demonstra a cada palavra o amor e a seriedade e o comprometimento com a nossa área.

À **Residência Multiprofissional** que foi um grande desafio na minha vida, mas me tornou um profissional com uma visão diferenciada do processo saúde doença e de como podemos conseguir muitos resultados com pouco investimento, mas muito conhecimento.

À minha sempre professora **Andrea Campos de Carvalho Ferreira** que com o amor e a dedicação que ministrava as aulas de metodologia e na faculdade despertou em mim o prazer pela pesquisa.

Aos **profissionais** que estão e que já passaram pelo **AESH**, pela paciência, pelas trocas de conhecimento, por me fazer sentir valorizada profissionalmente e por ter uma abordagem

diferenciada, verdadeiramente multiprofissional e interdisciplinar visando sempre o bem estar dos pacientes.

À minha colega de profissão e amiga **Mariana Cecchi Salata** a quem eu devo muito, desde a receptividade e orientação quando cheguei no AESH até a valiosa contribuição neste projeto. Obrigada pelas trocas, pelo carinho e disponibilidade.

À Dr^a **Mariane Nunes de Nadai (Nane)** que me estimulou e não foi no sentido figurado, me estimulou mesmo com (FSH de 12). Devo a você a maior conquista da minha vida, minha filha Larissa. Além de todo conhecimento que dividiu comigo no AESH.

À **equipe/ família** do **NSF5**, aprendizado sem igual, pessoas maravilhosas e muito comprometidas com a saúde do próximo. Vocês são responsáveis pela profissional que sou hoje.

Aos meus **amigos e amigas** que hoje entendem porque às vezes tinha que deixar o churrasco de lado.

Às **enfermeiras** e as **meninas do balcão 1**, elas tiveram muita paciência comigo.

À **Suelen**, nossa isso é que é ser paciente, quantas perguntas nesses três anos!!!. Muito obrigada pela atenção, dedicação, complacência, profissionalismo e por esse sorriso que me tranquiliza quando estou desesperada.

Às psicólogas da minha vida, **Maria Rita, Maria Luiza, Maria Fernanda e Adriana**. Vocês são seres iluminados.

À **Aline Moreira Ribeiro**, quem me ensinou grande parte do sei hoje em reabilitação do assoalho pélvico.

A todas as **voluntárias da pesquisa**, porque sem a confiança e o consentimento de vocês essa pesquisa não teria acontecido.

E a minha segunda família desde a faculdade **Barbara, Douglas, Helen, Lais e Wenderson**, trocas, sonhos, conquistas, realizações profissionais e pessoais, desafios, tolerância e amor, isso resume nossa relação.

A **todas as pessoas** que passaram na passaram pela minha vida e contribuíram de certa forma para meu crescimento profissional e que não destaquei aqui.

EPIGRÁFE

“A loucura, objeto dos meus estudos
era até agora uma ilha perdida no oceano da
razão; começo a suspeitar que é um continente.”

Machado de Assis

RESUMO

PANDOCHI, H. A. S. **Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital.** 2017. 60f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

INTRODUÇÃO: A dor coital é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), como transtorno de dor sexual, fazendo referência ao vaginismo e a dispareunia. **OBJETIVOS:** Avaliar o efeito da intervenção fisioterapêutica na dor coital, avaliar a função sexual das mulheres portadoras de dor coital, verificar presença risco para depressão e ansiedade, avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na função sexual destas mulheres e identificar o número de sessões necessárias para redução da dor coital. **MÉTODOS:** Trata-se de um ensaio clínico controlado não randomizado que incluiu onze mulheres com diagnóstico de dispareunia e cinco com vaginismo, referenciadas para atendimento no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A avaliação prévia da dor foi realizada através da escala visual analógica (EVA) e Índice de dor de Mc Gill, para avaliação da função sexual foi utilizado o Índice de Função Sexual Feminina (IFSFF). A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi utilizada para rastrear sinais de ansiedade e depressão, em seguida foi realizada a avaliação funcional e do tônus dos músculos do assoalho pélvico, pelo Sistema de Graduação Modificada de Oxford. Os recursos utilizados para o tratamento das mulheres foram orientações gerais (visualização dos músculos do assoalho pélvico e percepção corporal e importância das preliminares), auto-relaxamento, alongamento passivo dos músculos adutores do quadril, propriocepção e a massagem intravaginal. **RESULTADOS:** 81,25% das mulheres apresentavam risco para disfunção sexual e 43,75% para ansiedade, verificou-se uma diferença significativa ($p < 0,05$) de todas as medidas de desfecho entre: avaliação inicial e avaliação pós tratamento imediato e entre avaliação inicial e avaliação após seis meses de tratamento. Houve forte correlação positiva entre IFSF e Oxford; forte correlação negativa entre IFSF e Mc Gill, e entre as medidas HAD depressão e Oxford. **CONCLUSÃO:** O tratamento fisioterapêutico foi eficaz para o tratamento da dor coital. Contribuindo para melhora da função sexual, redução do risco para disfunção sexual ansiedade e depressão de mulheres com dispareunia e vaginismo.

Palavras chave: Fisioterapia, dor coital, massagem intravaginal, vaginismo, dispareunia superficial.

ABSTRACT

PANDOCHI, H. A. S. **Effect of fisioterapeuic intervention in the treatment of coital pain.** 2017. 60f. Dissertation (Master degree) - Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

INTRODUCTION: Coital pain is defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), as a disorder of sexual pain, referring to vaginismus and dyspareunia. **OBJECTIVES:** To evaluate the effect of physiotherapeutic intervention on coital pain, to evaluate the sexual function of women with coital pain, to verify the presence of risk for depression and anxiety, to evaluate the impact of physiotherapeutic treatment on the sexual function of these women and to identify the number of sessions required to reduce Coital pain. **METHODS:** This was a randomized non- controlled clinical trial that included eleven women diagnosed with dyspareunia and Five with vaginismus, referenced for care at the Ambulatory of Studies on Human Sexuality (AESH) of the Department of Gynecology and Obstetrics of the Medical School of Ribeirão Preto, University of São Paulo. Pre-assessment of pain was performed using the Visual Analogue Scale (EVA) and Mc Gill Pain Index. The Female Sexual Function Index (IFSF) was used to assess sexual function. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) was used to track signs of anxiety and depression, and functional and pelvic floor muscle tone assessment was performed by the Oxford Modified Graduation System. The resources used to treat women were general guidelines (visualization of the pelvic floor muscles and body perception and importance of the preliminaries), self-relaxation, passive stretching of the adductor muscles, proprioception of the hip and intravaginal massage. **RESULTS:** 81.25% of the women had a risk for sexual dysfunction and 43.75% for anxiety, and a significant difference ($p < 0.05$) was found between all the outcome measures between: initial assessment and immediate post-treatment evaluation and between Assessment and evaluation after six months of treatment. There was a strong positive correlation between IFSF and Oxford; Strong negative correlation between IFSF and Mc Gill, and between HAD depression and Oxford measures. **CONCLUSION:** Physiotherapy treatment was effective for the treatment of coital pain. Contributing to improved sexual function, reduced risk for sexual dysfunction anxiety and depression of women with dyspareunia and vaginismus.

Key Words: Physiotherapy, coital pain, intravaginal massage, vaginismus, superficial dyspareunia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização da amostra.....	30
Tabela 2 – Comparação entre grupos em relação a aspectos sociodemográficos, antropométricos e clínicos separados por diagnóstico	30
Tabela 3 – Proporção de mulheres com risco para disfunção sexual, ansiedade e depressão.....	31
Tabela 4 - Comparação entre escores do IFSF, HAD, McGill e EVA, inicial, pós tratamento imediato e seis meses pós tratamento.....	32
Tabela 5 - Correlação entre as medidas de desfecho (IFSF, HAD-A, HAD-D, Índice McGill de dor, EVA, e escala de Oxford modificada).....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM Amplitude de movimento

AESH Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana

AFA Avaliação da Função dos músculos do Assoalho Pélvico

APA Sociedade Americana de Psicologia

CID Classificação Internacional de Doenças

DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EVA Escala Visual Analógica

IFSF Inventário de Função Sexual Feminina

HAD Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

HAD-A Ansiedade

HAD-D Depressão

IMC: Índice de massa corporal

MAPs Músculos do Assoalho Pélvico

McGill Índice McGill de dor

OMS Organização Mundial da Saúde

SNC Sistema Nervoso Central

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DISPAREUNIA E VAGINISMO OU DESORDEM DE DOR GÊNITO PÉLVICA E PENETRAÇÃO	15
1.2 FUNÇÃO SEXUAL FEMININA E MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO	17
1.3 TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DOR COITAL	18
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	21
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	21
3 MÉTODOS	21
3.1 DESENHO DO ESTUDO	22
3.2 PARTICIPANTES	22
3.3 INTERVENÇÕES	22
3.4 DESFECHOS	25
3.4.1 AVALIAÇÃO DA DOR	25
3.4.2 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL	26
3.4.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL	26
3.4.4 AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO	26
3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS	26
3.6 AMOSTRA	28
3.7 MÉTODOS ESTATÍSTICOS	28
4 RESULTADOS	28
4.1 AMOSTRA	29
5 DISCUSSÃO	33
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICE	47
APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
ANEXOS	49
ANEXO A – ESCALA VISUAL ANALÓGICA	49
ANEXO B – ÍNDICE DE DOR DE MCGILL	50
ANEXO C – INVENTÁRIO DE FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)	52
ANEXO D – ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)	57
ANEXO E – ESCALA MODIFICADA DE OXFORD	59
ANEXO F – IMAGEM ILUSTRATIVA DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO	60

1.1 Dispareunia e vaginismo ou Desordem de Dor Génito Pélvica e Penetração

A dor é uma manifestação subjetiva e trata-se de uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais variando sua apreciação de pessoa para pessoa (MERSKEY, BOGDUK, 1994). A dor coital compreende o vaginismo e a dispareunia, entretanto, tem havido um amplo debate sobre estes conceitos, cujas bases diagnósticas são consideradas ainda inconsistentes.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) o vaginismo é o espasmo da musculatura que circunda a vagina causando oclusão do intróito vaginal. A entrada do pênis é impossível ou dolorosa. Define dispareunia como dor intensa durante ou logo após a relação sexual (OMS, 1993).

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) traz a dor coital como transtorno de dor sexual, fazendo referência ao vaginismo e a dispareunia. Segundo este manual o vaginismo consiste na contração involuntária recorrente e persistente dos músculos do períneo e ocasionalmente, dos músculos adutores da coxa, quando é tentada a penetração do pênis, dedo, tampão ou especulo. O espasmo do vaginismo normalmente ocorre em antecipação à penetração vaginal. O vaginismo pode apresentar diferentes graus de intensidade, variando desde leve induzindo alguma tensão e desconforto, mas permitindo a penetração parcial do pênis na vagina, até severa, impedindo a penetração (APA, 1995).

Entre as causas elencadas estão: O medo da dor, fobia à penetração, sexualidade infantil fortemente reprimida, traumática ou abuso sexual. Essas pacientes normalmente mantêm todas as respostas sexuais preservadas (desejo, excitação e orgasmo), enquanto não se sentem ameaçadas pela penetração (APA, 1995).

Quanto à definição da dispareunia, este é ainda um assunto em debate na literatura. O DSM-IV divide a definição da dispareunia em condições não médicas e médicas. Nas condições não médicas considera-se a dispareunia como dor genital durante o coito, que pode aparecer antes, durante ou após relação sexual, resultante de alterações psicogênicas, como culpa, ansiedade, medo de dor, entre outros. Já a dispareunia devida à condição médica está relacionada com patologia genital ou pélvica

como: atrofia vaginal pós- menopausa, infecção no trato urinário, lubrificação vaginal inadequada, prolapso, dentre outros (APA, 1995).

Em outubro de 1998 foi realizada em Boston a Conferência Internacional sobre o novo Consenso do Transtorno Sexual Feminino na qual houve a proposta de modificar os subtipos, mantendo inalterados questionamentos sobre o início e o contexto da dispareunia, modificando o subtipo denominado origem etiológica que incluía quatro possibilidades: de origem orgânica, psicogênica, mista e desconhecida, a fim de incentivar um diagnóstico mais equilibrado entre causas biológicas e psicogênicas (BASSON, et al., 2000).

Em 2003 Basson e colaboradores sugere uma análise mais psicossocial, com foco nas experiências sexuais anteriores, resposta sexual e incapacidade de penetração vaginal ao longo da vida definindo o vaginismo como dificuldade persistente ou recorrente de uma mulher em permitir a penetração vaginal de um pênis, dedo, ou qualquer objeto apesar de seu desejo de fazê-lo, e dispareunia como dor persistente ou recorrente quando é tentada a penetração ou com penetração completa do pênis na vagina durante a relação sexual.

Outras definições também foram propostas como as citadas por Morris & Mukhopadhyay, 2006, trazendo dispareunia como a presença de dor genital experimentada durante a relação sexual, considerando fatores físicos e psicológicos como causa dessa disfunção.

A descrição mais recente foi a proposta pela quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) que agrupou todas as doenças relacionadas à dor sexual em uma única categoria denominada desordem de dor genito-pélvica e de penetração, assim sendo, não consta neste manual distinção por terminologia como vaginismo, dispareunia, dor pélvica crônica, vulvodínea, etc. como ocorria na edição anterior o DSM IV (APA, 2013).

O DSM V baseia-se na dificuldade persistente ou recorrente e mais um dos seguintes critérios: penetração vaginal durante o coito; dor vulvovaginal ou pélvica durante relação sexual ou tentativa de penetração vaginal; presença de medo ou ansiedade relacionado à dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou como resultado de penetração vaginal; presença de tensão ou endurecimento dos músculos do

assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. O período de persistência dos sintomas precisa ser maior que seis meses, o sofrimento do indivíduo e a exclusão de transtornos mentais, violência sexual pelo parceiro ou outros fatores estressores que possam resultar em dor sexual também devem ser considerados para fechar o diagnóstico (APA, 2013).

A prevalência da desordem de dor gênito-pélvica/penetração é desconhecida. No entanto, estima-se que aproximadamente 15% das mulheres na América do Norte apresentam dor recorrente durante a relação sexual (APA, 2013).

A dispareunia afeta 6 milhões de mulheres nos Estados Unidos, aproximadamente 15 a 20% de mulheres com idades entre 18 e 64 anos são acometidas por este distúrbio (WHITMORE, SIEGEL, KELLOGG-SPADT, 2007). Pesquisa realizada com 3.148 mulheres de dezoito cidades Brasileiras evidenciou uma prevalência da dispareunia em 17,8% das mulheres analisadas (ABDO, 2004). Até o presente não existem dados epidemiológicos para vaginismo. Isso pode ser justificado por divergências conceituais, pela falta de um protocolo de avaliação que dificultam o desfecho do diagnóstico e pela dificuldade em diferenciar dispareunia de vaginismo.

1.2 Função Sexual Feminina e Músculos do Assoalho Pélvico

A resposta sexual foi descrita por Master, Johnson (1966) e Kaplan (1977) como algo linear e progressivo, ou seja, desejo levava a excitação, orgasmo, culminando na resolução.

Porém a sexualidade feminina depende da inter-relação de fatores físicos, psicológicos, neurológicos e endócrinos. O relacionamento e a integração com o parceiro são de suma importância para satisfação sexual (BASSON, 2004).

Basson (2004) observou que nas mulheres nem todas as fases do ciclo precisam ocorrer sistematicamente, considerando que o desejo sexual não precisa ser espontâneo, que a satisfação sexual não está diretamente ligada ao orgasmo e que o desejo pode ocorrer em consequência dos estímulos gerados durante a interação sexual.

No entanto quando existe alguma alteração em uma dessas fases, que dificulta ou impede o casal ou indivíduo de alcançar a satisfação sexual, isso pode ser entendido como disfunção sexual. Dentre as disfunções sexuais estão: o desejo sexual hipoativo, anorgasmia, distúrbio de excitação e lubrificação e dor coital (ACHTARI, DWYER,

2005). Como detalhamos anteriormente a dor pode ser decorrente de uma disfunção dos músculos do assoalho pélvico.

O assoalho pélvico é formado pelos músculos levantadores do ânus (pubococcígeo, puborretal e iliococcígeo) e pelos músculos isquiococcígeo, responsáveis pelo suporte dos órgãos abdominais e pélvicos (PHILLIPS & MONGA, 2005; NAGIB, et al., 2005; AZAR, et al., 2008), manutenção da continência urinária e fecal (THOMPSON, et al., 2006; ROSENBAUM, 2007; BHARUCHA, 2006). Além disso, esses músculos permitem o intercuro sexual e o parto (SPOSFORD, 2004; AZAR, et al., 2008; BAYTUR et al, 2005).

Alguns fatores como a gravidez, o parto, o aumento de peso, a menopausa, envelhecimento, cirurgias pélvicas, déficit de propriocepção e infecções recorrentes podem levar a fraqueza desses músculos, resultando em alterações biomecânicas (PHILLIPS, MONGA, 2005). As alterações biomecânicas por sua vez, leva à sobrecarga deste grupo muscular, favorecendo o aparecimento de pontos dolorosos, hipertonía (espasmo), inabilidade de contração e ou relaxamento (SCAFURI, et al., 2009).

A persistência da dor na relação sexual tem implicações na qualidade de vida e interfere na qualidade da função sexual da mulher, podendo causar sofrimento emocional e problemas de relacionamento entre a mulher e seu o parceiro (GRAZIOTTIN, 2001).

1.3 Tratamento fisioterapêutico na dor coital

A dor durante a relação sexual é uma queixa comum na clínica ginecológica é uma condição multifatorial tornando complexo o diagnóstico e comprometendo o sucesso do tratamento.

Dado o caráter multifatorial na gênese da dor coital, o tratamento desta condição envolve ações multiprofissionais e interdisciplinares que variam de acordo com o fator causal. Nos casos em que a hiperatividade e a hipertonía da musculatura do assoalho pélvico estão presentes, a intervenção fisioterapêutica tem sido amplamente utilizada e com bons resultados tanto nas disfunções resultantes dos MAPs, como nos problemas secundários a doenças ginecológicas (STEEG, ZOLNOUN, 2009; MONTENEGRO, 2010; SILVA et al. 2016).

Entre os recursos utilizados pela fisioterapia para o tratamento das disfunções do assoalho pélvico que podem estar relacionadas com a dor gênito-pélvica/penetração estão: 1) treino de percepção corporal, dilatadores vaginais, exercícios pélvicos e perineais, *biofeedback* e eletroestimulação para normalizar o tônus muscular do assoalho pélvico, melhorar a atividade contrátil, a força muscular e reduzir a dor (FITZWATER et al., 2003, NAPPI et al., 2003); 2) técnicas de osteopatia que envolvem manipulação visceral e urogenital para melhorar a mobilidade dos tecidos (BARAL, 1993); 3) associação entre reabilitação dos músculos do assoalho pélvico e terapia cognitivo comportamental que segundo Bergeron et al (2010) pode resultar em uma melhora significativa da dor e da resposta sexual; 4). Dessensibilização vaginal e a massagem intravaginal (ETIENNE, WAITMAN, TOZZO, 2011), que tem sido utilizada para normalização do tônus e redução da dor. A dor é modulada seguindo a teoria das portas, isto é, o toque e a pressão realizados durante a massagem ativam as fibras sensoriais ascendentes Alfa e Beta, enquanto o estímulo doloroso segue pelas fibras sensoriais ascendentes A- Delta e C, os dois impulsos entram no corno dorsal da medula espinhal onde competem para chegar às regiões do sistema nervoso central (SNC). As fibras Alfa e Beta são mais largas que as fibras que conduzem os impulsos dolorosos, favorecendo assim que seus impulsos cheguem primeiro às regiões supra segmentares do SNC, inibindo a condução do impulso doloroso (MEZALK & WALL, 1965). A massagem ainda leva a estimulação de terminações nervosas proprioceptivas favorecendo a liberação de encefalinas e endorfinas, hormônios responsáveis pela sensação de prazer, saciedade e modulação da dor. O alongamento de estruturas músculo- tendíneas realizadas durante a massagem desencadeiam o relaxamento muscular reflexo através dos órgãos tendinosos de Golgi e de receptores estriados, favorecem o aumento do fluxo sanguíneo local facilitando a remoção de metabólitos celulares resultando na normalização do tônus muscular (FRITZ, 2002).

Estudo realizado por Montenegro, et al. (2010) com seis mulheres com diagnóstico de dor pélvica crônica e que apresentavam espasmo dos músculo elevador do ânus, constatou benefícios da massagem transvaginal para reabilitação dos músculos pélvicos, reforçando que a técnica é de baixo custo, não oferece risco as mulheres e seus parceiros, após orientação de um profissional capacitado podem aprender a aplicar a terapia, tornando o tratamento mais acessível a mulheres que não tem condições de manter ou investir em um programa de reabilitação fisioterapêutico regular, porém

existem poucos estudos que versam sobre o efeito da massagem perineal no tratamento da dispareunia superficial e vaginismo.

A busca deste conhecimento pode auxiliar no tratamento dos casos refratários ao tratamento medicamentoso e terapia sexual, aumentando o escopo de ações, permitindo que essa mulher tenha acesso a outras intervenções terapêuticas que venham agregar à terapia baseada no uso de esteroides sexuais, cirurgias, terapia sexual e aconselhamento.

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar o efeito da intervenção fisioterapêutica na dor coital;

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Avaliar a função sexual das mulheres portadoras de dor coital;
2. Verificar presença risco para depressão e ansiedade em mulheres com dor coital
3. Avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na função sexual destas mulheres;
4. Identificar o número de sessões necessárias para redução da dor coital.

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um ensaio clínico controlado não randomizado.

3.2 Participantes

Participaram do estudo 11 mulheres com diagnóstico de dispareunia e cinco com diagnóstico de vaginismo que após avaliação médica, psicológica e psiquiátrica foram referenciadas para o tratamento fisioterapêutico no Ambulatório de Estudos em Sexualidade Humana (AESH) do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Foram elegíveis mulheres com idade entre 18 e 65 anos, com parceiros sexualmente ativos, tratadas ou não com terapia de reposição hormonal. Deixaram de ser incluídas gestantes, mulheres com infecção vaginal ou do trato urinário não tratado, prolapso genital maior ou igual a grau III, história de doença neurológica degenerativa, mulheres em uso de relaxante muscular, usuárias de antidepressivos, aquelas que realizaram bloqueio loco regional com anestésico e com restrições cognitivas. Foram excluídas mulheres com dor pélvica crônica e que se recusaram a realizar a avaliação física ou que desistiram do tratamento por qualquer motivo. As mulheres foram incluídas, consecutivamente, no período de janeiro de 2014 a maio de 2016.

3.3 Intervenções

Após avaliação fisioterapêutica a mulher foi orientada quanto ao tratamento a qual seria submetida. O tratamento foi dividido em quatro etapas: Orientações gerais, auto relaxamento, dessensibilização, alongamento dos músculos adutores do quadril e massagem perineal.

As orientações gerais consistiram em: Demonstrar à paciente uma figura ilustrativa dos MAPs (Anexo F), instruindo-a sobre sua localização, função e demonstrando quais gupos musculares serão tratados, a fim de dar à paciente noção quanto à localização e propriocepção destes músculos. Esta orientação é importante para o bom prognóstico do tratamento, visto que 30% das mulheres tem dificuldades para recrutar esta musculatura (BOUCIER e JURAS, 1995), e a falta de percepção destes músculos dificulta a aquisição do auto-controle para relaxar esta musculatura durante o coito, perpetuando assim ciclo dor-espasmo-dor.

A mulher foi orientada também quanto à importância das preliminares (do toque, da troca carícias) entre ela e o parceiro antes da penetração (quando estiver pronta para penetração) objetivando uma boa lubrificação vaginal.

A próxima etapa foi ensinar à mulher técnicas de auto- relaxamento e controle da ansiedade que consiste em: melhora da consciência corporal, solicitando a mulher contrair e relaxar grupos musculares dos ombros, coxas, glúteos e abdome visando à percepção da diferença entre contraído, tenso e relaxado. Controle da respiração, orientando inspiração profunda e expiração máxima que deve ser realizado lentamente, pedindo para que a paciente interrompa e volte a respirar normalmente caso sintam tonturas que podem ocorrer devido à hiperventilação (FAVORÊTO, 2001).

Dessensibilização teve como objetivo favorecer o autoconhecimento, a mulher foi estimulada a visualizar e identificar o clitóris, grandes lábios, pequenos lábios e introito vaginal através de um espelho e a tocar estas regiões a fim de possibilitar o manejo da ansiedade, da dor e da resposta condicionada dos músculos da vagina. Antes de iniciar o toque a mulher foi orientada a realizar a higiene da vulva e das mãos, bem como manter as unhas bem cortadas para evitar infecções e lesão na mucosa vaginal. Após a paciente ter conseguido tocar o introito foi encorajada a realizar a introdução do dedo na vagina, podendo iniciar pelo quinto dedo, evoluindo progressivamente do dedo mínimo para o indicador até introdução bi digital. Após o domínio da introdução digital a paciente foi orientada a realizar movimentos de introdução e retirada do dedo e movimentos laterais (OLIVEIRA, 2001). Esta etapa a mulher realizou em casa, relatando à fisioterapeuta qual a evolução das orientações, pontuando as dificuldades e limitações caso existissem, para que as mesmas pudessem ser manejadas durante os próximos atendimentos. A quarta etapa consistiu em alongamento passivo dos músculos adutores da coxa e massagem.

O alongamento passivo foi realizado dentro da amplitude normal de movimento com intensidade leve e tempo prolongado (60 segundos), realizado com a mulher deitada em decúbito dorsal, o membro a ser alongado foi posicionado com flexão de quadril e joelho, com o pé apoiado sobre a maca, o membro contralateral estendido sobre a maca, a fisioterapeuta fixou com a mão a pelve contralateral para dar estabilidade e a outra mão foi posicionada na região interna do joelho do membro a ser alongado realizando pressão para baixo. Este alongamento foi realizado bilateral (KISNER & COLBY, 1998).

Para realização da massagem a mulher foi orientada a despir-se da cintura para baixo, deitando-se na maca em posição ginecológica e cobrindo-se com lençol.

Quando a voluntária permitiu a palpação vaginal foi iniciada a massagem perineal. Esta técnica foi realizada em pacientes sem queixas geniturinárias, mas com espasmos musculares do levantador do ânus e coccígeo e utilizada com objetivo de desativar pontos gatilho (trigger-points), promover relaxamento do músculo levantador do ânus, obturador interno e piriforme (SCAFURI et al., 2009).

Para realização da massagem a mulher ficou na posição ginecológica, a fisioterapeuta colocou uma luva de látex e utilizou gel lubrificante à base de água para facilitar a manobra de deslizamento e minimizar o desconforto que pode ser provocado pelo atrito da luva com a mucosa vaginal. A massagem foi realizada como descrita por Oyama, et al. (2004) realizando o alongamento muscular da origem para inserção dos MAPs, no sentido das fibras musculares, com pressão tolerável pela voluntária por 5 minutos do lado direito e 5 minutos do lado esquerdo.

Visando a melhora da propriocepção dos músculos do assoalho pélvico ao final da massagem, com a mulher na mesma posição descrita acima, foi orientada a realizar contração dos MAP associado à palpação digital e relaxar os músculos ao comando verbal, a fim de orientar, reforçar e favorecer o controle voluntário deste músculo.

Por fim e com a concordância da participante o parceiro foi orientado (pela própria participante ou em alguns casos pela fisioterapeuta) a realizar a introdução do dedo na vagina da voluntária durante as preliminares do casal, mas sem tentativa de penetração do pênis. A relação sexual com penetração do pênis somente foi liberada após a paciente ter se demonstrado pronta e segura. O tempo de permanência em cada etapa do tratamento proposto variou de participante para participante.

As pacientes foram submetidas no mínimo a 4 e no máximo a 16 sessões de tratamento, com frequência de uma vez por semana por aproximadamente quarenta minutos.

Para as mulheres com dispareunia foi orientado que não interrompessem as relações sexuais durante o tratamento, pois seu desempenho, bem como dificuldades apresentadas, serviria de parâmetro para a evolução do quadro. O tratamento somente foi considerado concluído quando as mulheres com quadro de dispareunia relataram ausência de dor durante o coito ou desconforto mínimo. Já para mulheres com

vaginismo primário ou secundário quando conseguiram a penetração do pênis na vagina sem dor ou com desconforto mínimo.

3.4 Desfechos

3.4.1. Avaliação da dor

Foi realizada através de duas escalas validadas para este fim, sendo a Escala Visual Analógica (EVA) (Anexo A) e o Questionário de dor de McGill (Anexo B). A EVA tem diferentes representações gráficas, visando à melhor compreensão dos pacientes, algumas apresentam-se com números, faces de dor, escalas de copos e até relacionadas com descritores verbais, sendo que, nesta pesquisa foi utilizada a representação gráfica por faces de dor e números que fazem associação com uma linha de 10 cm apresentando no início da pontuação o 0 que corresponde “ausência de dor” e no outro extremo 10 correspondendo ao nível de dor máxima suportável pelo paciente, foi solicitado a paciente que assinalasse dentro da linha a face que mais representava sua dor. Para obtenção do escore final considera-se: 0 ausência de dor; 1 a 3 dor leve; 4 e 5 dor moderada; 6 e 7 incômoda; 8 e 9 dor intensa e 10 pior dor já sentida. (SCOTT, HUSKISSON, 1976; MENDELSON, SELWOOD, 1981; CORK et al., 2004). O Questionário de dor de McGill é o instrumento multidimensional que permite avaliar outras características da dor, além da intensidade. É constituído por 4 grupos divididos em 20 subgrupos, sendo: O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se a tração, calor, torção, entre outros; o grupo afetivo motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo punição e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo- avaliativo (subgrupo 16) permite, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa; os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores, totalizando 78 descritores qualitativamente similares, mas que os tornam diferentes em termos de magnitude. O sujeito pode escolher somente uma alternativa de cada subgrupo, assim, quanto maior o número de descritores assinalados maior a intensidade de dor, sendo que o escore máximo é 78 (PIMENTA & TEIXEIRA, 1996; MELZACK, 2005).

3.4.2. Avaliação da função sexual

Para avaliar a função sexual utilizou-se o Inventário da função sexual feminina (IFSF) (Anexo C) um questionário auto-aplicável, validado para a população brasileira para a avaliação da função sexual feminina (ROSEN, et al., 2000; PACAGNELLA, MARTINEZ, & VIEIRA, 2009). Trata-se de um questionário formado por dezenove questões, agrupadas em seis domínios: desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Todas as perguntas são de múltipla escolha e a cada resposta é atribuído um valor de 0 a 5. Os valores são calculados por fórmula matemática, obtendo-se, assim, o escore da função sexual, que varia de 2 a 36, considerando-se que quanto menor for o escore obtido, pior será a função sexual. Um escore menor ou igual a 26,55 significa risco para a disfunção sexual (ROSEN, et al., 2000).

3.4.3. Avaliação do estado emocional

Para a avaliação do estado emocional quanto à presença de ansiedade e depressão foi utilizada a Escala de Medida de Ansiedade e Depressão Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD*) (Anexo D). Esta escala é formada de 14 itens divididos em duas sub escalas, cada uma delas consta de sete itens bem definidos para cada transtorno de humor, sendo que sete pesquisam ansiedade (HAD-A) e sete, depressão (HAD-D). Para cada item existem quatro alternativas com uma pontuação, conforme a alternativa assinada, que vai de 0 a 3, sendo que a soma da pontuação obtida para os itens de cada sub escala fornece uma pontuação total que vai de 0 a 21. Tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão (ZIGMOND, SNAITH, 1983).

3.4.4. Avaliação funcional e tônus dos músculos do assoalho pélvico

A avaliação digital da função muscular do assoalho pélvico é considerada um método subjetivo, entretanto constitui uma ferramenta fundamental para o exame físico, além de ser considerado um recurso que dispensa custos e equipamentos especializados. A avaliação pela palpação digital procedeu-se na posição ginecológica, o examinador introduziu o dedo indicador e médio no canal vaginal, ou apenas o indicador dependendo da paciente e solicita a contração e a manutenção dos MAPs (KEGEL, 1948; BO & SHERBUN, 2005). O objetivo da palpação vaginal foi avaliar a capacidade

da paciente em contrair e relaxar os MAPs corretamente (percepção dos MAPs), habilidade de sustentar a contração ou executar um número de contrações repetidas, o tônus de repouso, capacidade de relaxamento completo após uma contração, simetria da contração, presença de cicatriz, aderências e dor (BO, 2007). Para o registro das variáveis acima descritas a pesquisadora utilizou uma folha de papel digitada contendo campos para preenchimento de tais informações (APÊNDICE B). Para mensurar a função muscular, utilizamos também o Sistema de Graduação Modificada de Oxford (ANEXO E) cuja graduação obedece aos seguintes critérios: 0 nenhuma resposta; 1 esboço de contração; 2 contração fraca; 3 contração moderada; 4 contração satisfatória; 5 contração forte (LAYCOCK, 1994). Esta avaliação foi realizada após a paciente aceitar a palpação intravaginal.

As mulheres foram avaliadas, individualmente, com horário agendado no dia de funcionamento do AESH, no ambulatório por uma fisioterapeuta treinada (H.A.S.P.).

Antes de iniciar a avaliação foram explicados à mulher todos os procedimentos de avaliação e procedimentos fisioterapêuticos definidos no protocolo de tratamento. As que concordaram em participar foram avaliadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Todos os instrumentos de avaliação acima referidos foram utilizados na avaliação inicial (basal), no final do tratamento e após seis meses do tratamento. O tempo estimado para avaliação completa é de 30 minutos.

3.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com protocolo de aprovação CAAE: 23667613.2.0000.5440. Após aprovação deste os voluntários foram convidados a participar da pesquisa e devidamente informados dos procedimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.6 Amostra

Para o cálculo amostral, considerou-se a prevalência de 1% de dor coital na população geral. Assumindo-se $\alpha = 0,05$, e um erro tipo $\hat{\alpha} = 0,10$, obteve-se o número de 30 pacientes a serem estudadas, com o poder do teste de 99%.

3.7 Métodos Estatísticos

Os dados foram descritos através de médias e desvio padrão para as variáveis quantitativas e de frequências absolutas e relativas. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a correlação entre as medidas de desfechos clínicos no tempo basal. O modelo de regressão linear de efeitos mistos foi utilizado para verificar se existe diferença estatística entre os tempos para cada medida de desfecho clínico. Este modelo foi implementado no programa SAS versão 9.3. Foi considerado um nível de significância $p < 0,05$.

4 Resultados

4.1 Amostra

Vinte e cinco mulheres foram convidadas para este estudo, uma recusou participar, 24 foram incluídas sendo 19 com diagnóstico de dispareunia e cinco com diagnóstico de vaginismo. Ao todo, 16 completaram o estudo (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma amostral

Quanto à caracterização da amostra, 8 (50%) das voluntárias eram católicas e 8 (50%) não católicas, 7 (43%) mulheres tinham ensino médio completo, 6 (37,5%) ensino superior, e 3 (18,75%) tinham o ensino fundamental, 7 (43,75%) referiram alguma patologia (infecção urinária de repetição, hipertensão arterial, epilepsia, enxaqueca, lúpus eritematoso e osteoporose). Uma voluntária (6,25%) com diagnóstico de vaginismo relatou ter sofrido abuso sexual.

Em relação aos aspectos reprodutivos considerando a amostra total 9 (56,25%) eram nulíparas, 5 (31,25%) do grupo vaginismo e 4 (25%) do grupo dispareunia. Das 7 mulheres do grupo dispareunia que relataram parto 4 (25%) foram por via vaginal e 3 (18,75%) cesárea. Quatro (25%) mulheres do grupo com dispareunia passaram por

intervenção na genitália (perineoplastia e ou episiotomia). Considerando a amostra total (43,75 %) das mulheres permaneceram em tratamento psicoterapêutico durante o estudo sendo 2 do grupo dispareunia e 5 do grupo vaginismo. As demais características sociodemográficas, antropométricas e clínicas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos, antropométricos e clínicos (N=16).

Variáveis	Média $\pm$DP (Mín – Max)
Idade (anos)	33.69 $\pm$ 12.14 (21- 65)
Peso (Kg)	66.28 $\pm$ 12.31 (48- 89)
Altura (cm)	1.63 $\pm$ 0.05 (1.5- 1.69)
IMC (Kg/m ²)	25.21 $\pm$ 5.11 (18.07- 33.78)
Duração Queixa (meses)	63.69 $\pm$ 68.81 (5- 240)
Nº Parceiros	2.06 $\pm$ 1.77 (1- 8)
Nº Partos	1.00 $\pm$ 1.41 (0- 4)
Nº sessões Fisioterapia (1/semana)	7.94 $\pm$ 3.99 (4- 16)
Tempo Relacionamento (meses)	81.13 $\pm$ 79.42 (12 -324)

IMC: Índice de massa corporal; Min.: valores mínimos; Max.: Valores máximos.

A Tabela 2 evidencia que as mulheres com vaginismo apresentaram um tempo mínimo de 24 meses da queixa, e demandaram maior número de sessões de fisioterapia em relação às mulheres com dispareunia para melhora do quadro.

Tabela 2: Comparação entre os grupos em relação aos aspectos sociodemográficos, antropométricos e clínicos, separados por diagnóstico (N=16).

Variáveis	Dispareunia (N=11)	Vaginismo (N=5)
	Média $\pm$DP (Mín – Max)	Média $\pm$DP (Mín – Max)
Idade (anos)	36.73 $\pm$ 13.65 (21- 65)	27 $\pm$ 2.35 (23- 29)
Peso (Kg)	66.58 $\pm$ 13.14 (51- 89)	65.60 $\pm$ 11.67(48- 79)
Altura (cm)	1.63 $\pm$ 0.06 (1.5- 1.69)	1.63 $\pm$ 0.03 (1.60- 1.68)
IMC (Kg/m ²)	25.45 $\pm$ 5.49 (18.73- 33.78)	24.68 $\pm$ 4.70 (18.07- 30.86)
Duração queixa	67.55 $\pm$ 82.30 (5- 240)	55.20 $\pm$ 26.29 (24- 96)

Número de parceiros	2.55±1.97 (1- 8)	1±0 (1- 1)
Número de partos	1.45±1.51 (0- 4)	0±0 (0- 0)
Número de sessões de fisioterapia (máximo de 16)	6.36±3.56 (4- 16)	11.40± 2.41 (9- 14)
Tempo relacionamento (meses)	89.64±94.23 (12-324)	62.40±28.65 (24- 96)

IMC: Índice de massa corporal; Min.: valores mínimos; Max.: Valores máximos.

A Tabela 3 demonstra proporção de mulheres com risco para disfunção sexual, ansiedade e depressão nos diferentes momentos do estudo; antes da intervenção, pós tratamento imediato e seis meses após o tratamento.

Tabela 3: Proporção de mulheres com risco para disfunção sexual, ansiedade e depressão nos diferentes momentos do estudo antes da intervenção, pós tratamento imediato e seis meses após o tratamento (N=16).

Medidas de Desfecho	Período de avaliação		
	Antes da intervenção	Pós- tratamento imediato	6meses após o tratamento
	N (%)	N (%)	N (%)
IFSF	13(81.25)	5 (31.25)	4 (30.77)
HAD-A	7(43,75)	4 (25)	5 (38.46)
HAD-D	4(25)	2 (12.5)	1 (7.69)

IFSF: Inventário da função sexual feminina; HAD-A: escala de medida de ansiedade; HAD-D escala de medida de depressão.

Comparando as medidas de desfecho ISFS, HAD, McGill, EVA, nos diferentes tempos de avaliação, antes da intervenção como (tempo 0), avaliação pós tratamento imediato (tempo 1) e avaliação seis meses pós tratamento (tempo 2) observa se uma diferença significativa ($p<0,05$) de todas as medidas de desfecho entre o tempo 0-1 e o tempo 0-2, especialmente na EVA. Porém não houve diferença significativa destas mesmas medidas quando compara se o tempo 1- 2 (Tabela 4).

Tabela 4: Comparação entre escores do IFSF, HAD, McGill e EVA antes da intervenção (0), pós- tratamento imediato (1) e seis meses após o tratamento (2) (N=16).

Medidas de Desfecho	Antes da intervenção	Pós- tratamento imediato	6meses após o tratamento	Antes vs. Pós	Antes vs. 6 meses	Pós vs. 6 meses
	Média ± DP (Mín- Max)	Média ± DP (Mín- Max)	Média ± DP (Mín- Max)	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
IFSF	21.17±6.22 (9.30- 32)	26.96±7.56 (4.20- 34.80)	27.15±7.66 (9.30- 34.80)	0.0007	0.0011	0.9219
HAD-A	8.88±4.87 (0-18)	7.19±4.28 (2-16)	6.69±3.95 (2-16)	0.0349	0.0268	0.7781
HAD-D	5.69±4.08 (1-14)	4.25±3.55 (1-13)	4.23±3.06 (2-12)	0.0165	0.0021	0.3079
McGill	20.75±8.46 (9-34)	9.31±8.93 (0-32)	7.85±11.35 (0-38)	0.0007	0.0005	0.6741
EVA	7.19±2.14 (3-10)	2.44±2.58 (0- 8)	1.69±2.06 (0- 6)	<.0001	<.0001	0.4116

IFSF: Inventário da função sexual feminina; HAD-A: escala de medida de ansiedade; HAD-D escala de medida de depressão; McGill: intensidade da dor; EVA: escala visual analógica.

A Tabela 5 representa as correlações entre as medidas de desfecho IFSF, HAD A (ansiedade) e HAD D (depressão), Índice McGill de dor, Escala visual analógica de dor (EVA) e Escala de Oxford modificada. Houve forte correlação positiva entre IFSF e Oxford, forte correlação negativa entre IFSF e Mc Gill, e entre as medidas HAD depressão e Oxford.

Tabela 5: Correlação entre as medidas de desfecho (IFSF, HAD-A, HAD-D, Índice McGill de dor, EVA, e escala de Oxford modificada)

		ISFS	HÁD A	HÁD D	Mc Gill	EVA	Oxford
ISFS		1					
HADA	Correlação	-0.39054	1				
	<i>P</i>	0.1348					
HAD D	Correlação	-0.42743	0.39492	1			
	<i>P</i>	0.0987*	0.1301				
Mc Gill	Correlação	-0.53982	0.25333	0.13200	1		
	<i>P</i>	0.0309*	0.3438	0.6260			

EVA	Correlação	0.01945	-0.17732	-0.10061	0.42251	1	
	<i>P</i>	0.9430	0.5112	0.7108	0.1030		
Oxford	Correlação	0.64204	-0.33068	-0.51344	-0.34856	0.13810	1
	<i>P</i>	0.0073*	0.2109	0.0419*	0.1858	0.6100	

IFSF: Inventário da função sexual feminina; HAD-A: escala de medida de ansiedade; HAD-D escala de medida de depressão; McGill: intensidade da dor; EVA: escala visual analógica; Oxford: Escala avaliação da função sexual; Os dados estão representados pelo coeficiente de correlação e valor de *p* (**p*<0,05).

Não houve alterações significativas na função dos músculos do assoalho pélvico (AFA) avaliada pela escala de Oxford modificada após tratamento. Nove (56,25%) apresentavam AFA 3 na avaliação basal, 8 (50%) AFA 4 imediatamente após o tratamento, e 8 (69,23%) AFA 4 após seis meses do final do tratamento.

5 Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito da intervenção fisioterapêutica na dor coital, avaliar a função sexual das mulheres portadoras de dor coital, verificar presença risco para depressão e ansiedade, avaliar o impacto do tratamento fisioterapêutico na função sexual destas mulheres e identificar o número de sessões necessárias para redução da dor coital. Nossos resultados evidenciam que o protocolo utilizado no tratamento fisioterapêutico composto por orientações sobre a função dos músculos do assoalho pélvico, dessensibilização vaginal (incentivando a visualização e a introdução digital), técnicas de auto- relaxamento utilizando exercícios respiratórios, alongamento passivo dos músculos adutores do quadril, propriocepção muscular e massagem intravaginal foi efetivo para melhora da dor coital, confirmada pela redução dos escores da escala visual analógica e redução no Índice de dor de McGill ao final do tratamento. Nossos achados corroboram os resultados de uma série de casos conduzida por Weiss (2001) com 31 pacientes com espasmo dos músculos do assoalho pélvico secundário a cistite intersticial e síndrome de urgência em que 19 (61,3%) pacientes obtiveram remissão total dos sintomas e 11 (35,5%) pacientes referiram melhora dos sintomas após tratamento com massagem intravaginal e dígito pressão para desativação de pontos gatilho. Nesta série de casos os autores utilizaram grupos de intervenção diferentes (cistite intersticial e síndrome de urgência) e havia homens (7) entre os voluntários da pesquisa e mesmo com a diferença na metodologia, a terapia manual mostrou-se efetiva para reduzir o tônus dos MAPs e a dor na relação sexual para o grupo com dor coital secundária a cistite intersticial. Outros estudos sugerem efeitos positivos da fisioterapia no tratamento da dor coital (STEEG, ZOLNOUN, 2009; MONTENEGRO et al. 2010; ETIENNE, WAITMAN, TOZZO, 2011). Em contrapartida, um estudo retrospectivo realizado através de entrevistas por telefone para verificar a eficácia do tratamento fisioterápico para a melhora da dor coital apontou que, embora as participantes estivessem muito satisfeitas com o tratamento, alguns sintomas, como dor, ansiedade / medo e tensão no assoalho pélvico, além de função sexual prejudicada permaneceram após tratamento, sugerindo que a fisioterapia pode ser uma opção de tratamento promissora para algumas mulheres com vaginismo, mas, necessita melhor avaliação antes de ser aplicada (REISSING, 2013). Porém os autores desta revisão não tiveram acesso ao prontuário do fisioterapeuta o que impossibilitou uma análise detalhada dos protocolos utilizados nas abordagens terapêuticas destas mulheres. Vale frisar que, no presente estudo, os mesmos

instrumentos de avaliação foram utilizados 6 meses após a intervenção e confirmaram a melhora dos parâmetros aferidos imediatamente após o término do tratamento.

No presente estudo, para certificar a eficácia do protocolo pela escala de McGill utilizou-se também o critério de ausência de dor pontuada como (0/10) ou desconforto mínimo (1 ou 2/10) aferido pela escala visual analógica. Houve correlação entre o escore da escala McGill e a EVA confirmando a eficácia da intervenção fisioterápica na melhora da dor coital.

A dor coital raramente é puramente psicogênica, existem vários outros fatores etiológicos principalmente fatores psicosexuais, podendo levar ao desejo sexual hipoativo, distúrbios de excitação, etc. (GRAZIOTIN, 2001). A análise do IFSF e do HAD após o tratamento evidenciou uma redução significativa da proporção de mulheres que apresentavam risco para disfunção sexual, bem como para ansiedade e depressão, demonstrando a eficácia da intervenção fisioterapêutica nestes parâmetros na população estudada. Resultado semelhante também foi encontrado por Silva et al. (2016) que teve objetivo de avaliar a eficácia da massagem perineal em 18 mulheres com dispareunia provocada por espasmo nos MAPs divididas em dois grupos sendo: 10 com dispareunia provocada por espasmo nos MAPs secundária a dor pélvica crônica; e 8 no grupo de mulheres com dispareunia provocada somente por espasmo nos MAPs. No grupo de mulheres com dispareunia provocada somente por espasmo nos MAPs houve melhora em todos os parâmetros da função sexual, mas não encontrou resultados significativos para os desfechos ansiedade e depressão, como os encontrados no presente estudo. Possivelmente, a robustez do nosso protocolo em relação ao empregado por Silva et al. (2006) que limitou o número de intervenção a 4 sessões enquanto no nosso estudo o número máximo permitido foi de 16 sessões; a inclusão em nosso protocolo de técnicas de auto- relaxamento e controle da ansiedade (FAVORÊTO, 2001); dessensibilização com objetivo de expor a mulher às situações ansiogênicas, a fim de possibilitar o manejo da ansiedade, da dor e da resposta condicionada dos músculos da vagina (OLIVEIRA, 2001); além disso as mulheres não foram orientadas a interromper as relações sexuais durante o tratamento, possibilitando assim que elas trouxessem as dificuldades e ocorrência de possíveis fatores ansiogênicos vividos durante o coito para serem discutidas na sessão seguinte. Acreditamos que essas diferenças tenham contribuído para redução dos escores de ansiedade e depressão e manutenção desses em longo prazo.

O presente estudo confirma o efeito negativo que a dor coital exerce sobre a função sexual pela forte correlação inversa entre os escores dos questionários McGill e IFSF. Achados na literatura evidenciam que o medo da dor, aumenta o risco para ansiedade que exacerba a dor coital com piora na função sexual (BERGERON et al. 2010; PACIK, 2014; BORTOLAMI et al. 2015).

Houve forte correlação positiva entre a escala Oxford e IFSF indicando que quanto melhor a função dos MAPs, melhor os escores de função sexual. Isto já foi demonstrado Piassarolli et al, (2010) e Bortolami et al. (2015) que concluíram que a melhora da função muscular cursa com melhora da função sexual de mulheres em idade reprodutiva 30,5 e 38,2 anos respectivamente. Entretanto Lara et al. (2012) realizaram estudo com objetivo de verificar o efeito do treino dos MAPs na função sexual e humor em mulheres continentais na pós menopausa e concluíram que a melhora função do MAPs promoveu melhora significativas no escore de ansiedade mas não teve impacto sobre a função sexual e depressão. Esta divergência pode ter ocorrido devido a as características da amostra estudada. Vale ressaltar que a população do estudo era composta de mulheres continentais, o que sugere que elas não apresentavam disfunção dos MAPs. Também as mulheres encontravam-se no período após a menopausa, uma condição que, por si só, cursa com alterações do humor e disfunção sexual (LARA et al. 2012). Um dado inédito no nosso estudo é a forte correlação inversa encontrada entre função do MAPs e a HAD- D, indicando que quanto maior a depressão, pior a função dos MAPs e vice-versa. Ainda demonstra correlação inversa entre a função MAP e a ansiedade.

Verificamos que o grupo de mulheres com vaginismo demandou uma média de 11 sessões para a melhora do quadro ao passo que o grupo com dispareunia demandou em média 6 sessões para remissão do quadro. Este dado é importante, pois serve de parâmetro para o clínico informar as suas pacientes a previsão aproximada do tratamento. Em uma revisão de 53 prontuários realizada por Reissing, Armstrong e Allen (2012) houve necessidade de pelo menos 20 sessões para mulher com vaginismo conseguir a penetração vaginal.

Engman, Wijma e Wijma (2010), obtiveram sucesso no tratamento de mulheres com dispareunia superficial e vaginismo que com 14 sessões utilizando somente Terapia cognitivo comportamental. Vale lembrar que as mulheres do grupo vaginismo encontravam-se também em psicoterapia o que pode ter agregado valor positivo ao resultado fisioterapia. Em geral, na gênese do vaginismo, o aspecto psíquico existe e é

primordial que seja tratado juntamente com outras estratégias multidisciplinares. Sendo a fisioterapia um tratamento complementar como já demonstrado previamente (DHINGRA, et al., 2012; BERGERON, et al. 2010; PACIK, 2014). As cinco mulheres com diagnóstico de vaginismo seguidas neste estudo apresentavam fatores psíquicos associados, sendo que uma mulher foi vítima de abuso sexual e quatro delas relataram repressão sexual familiar e religiosa (APA, 1995).

Chama a atenção o tempo de duração da queixa das mulheres com vaginismo que variou entre 24 a 96 meses antes que elas procurassem o tratamento. Em um estudo realizado para investigar o comportamento das mulheres com vaginismo tratadas com terapia cognitivo comportamental verificou que as mulheres tinham um tempo médio de queixa de 4 anos (ENGMAN, WIJMA E WIJMA, 2010). Esse dado destaca a necessidade de reflexão sobre quais seriam os motivos para essas mulheres postergarem tanto a procura pelo tratamento.

O presente estudo teve limitações em relação ao tamanho da amostra que não alcançou o dimensionamento adequado. O cálculo amostral evidenciou a necessidade de incluir 30 mulheres para garantir o poder de teste de 99%. Porém a amostra total foi de 25 mulheres e dessas, 16 concluíram o protocolo. Vale aqui pontuar as dificuldades em realizar um estudo de intervenção por massagem intravaginal devido as dificuldades relacionadas com possíveis sentimentos de vergonha, problemas religiosos (VENTEGODT et al., 2006).

6 Conclusão

O tratamento fisioterapêutico foi eficaz para o tratamento da dor coital. Contribuindo para melhora da função sexual, redução do risco para disfunção sexual, ansiedade e depressão de mulheres com dispareunia e vaginismo.

Futuros estudos randomizados e controlados precisam ser realizados incluindo, separadamente, mulheres com dispareunia e com vaginismo, randomizando grupos de intervenção fisioterapêutica, associando fisioterapia com psicoterapia, e grupo controle a fim de verificar se os resultados encontrados neste estudo se mantêm. É necessário também o controle de variáveis que interferem na função sexual feminina relacionados com fatores emocionais e a função dos músculos do assoalho pélvico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDO C. H. N. **Estudo da vida sexual do Brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004.

ACHTARI,C.; DWYER, P. L. Sexual function and pelvic floor disorders. Best Practice & Research **Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v.19, n.6, p. 993-1008. 2005.

American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. **American Psychiatric Association**, Washington DC, 2013.

American Psychiatric Association (APA). DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4º ed. (D Batista, trad.) Porto Alegre: Arts Médicas, 1995.

AZAR, M, et al. Sexual function in women after surgery for pelvic organ prolapse. **Int Urogynecol J Pelvic Floor Disfunct**.v.19, p.53-7, 2008.

BARAL, J. Urogenital manipulation. Seattle: Eastland Press, 1993.

BASSON, R. et al. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. **Journal of Urology**, v.163, p.888–893, 2000.

BASSON, R et al. Revised Definitions of Women’s Sexual Dysfunction. **J Sex Med**, v.1, p.40-48, 2004.

BHARUCHA, A. E. Pelvic floor: anatomy and function. **Neurogastroenterol Motil**. v. 8, n.7, p.507-19, 2006.

BAYTUR, Y. B. et al. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. **Int J Gynaecol Obstet**.v.88, n.3, p.276-80, 2005.

BERGERON, S.; MORINA, M.; LORD, M. J. Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: what have we learned and where do we go from here? **Sexual and Relationship Therapy**. v. 25, n. 3, p. 289–298, 2010.

BØ, K. SHERBUN, M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. **PhysTher** v.85, n.3, p.269-82, 2005.

BØ, K. Pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence. In: BØ, K.; BERGHMANS, B.; MORKVED, S.; VAN KAMPEN, M. **Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice**. Elsevier, p.171-87, 2007.

BOURCIER, A.P.; JURAS, J. C. Nonsurgical therapy for stress incontinence. **Urol Clin North Am**. v. 22, n.3, p.613-27, 1995.

BORTOLAMI, et al. Relationship Between Female Pelvic Floor Dysfunction and Sexual Dysfunction: An Observational Study. **J Sex Med**. v.12, p.1233–1241, 2015.

CORK, R.C. et al. A comparison of the verbal rating scale and the Visual Analog Scale for pain assessment. **The International Journal of Anesthesiology**, v. 8, 2004.

DHINGRA, et al. Urogynecological Causes of Pain and the Effect of Pain on Sexual Function in Women. **Female Pelvic Med Reconstr Surg**. v.18, p.259-267, 2012.

ENGMAN, M.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Long-Term Coital Behaviour in Women Treated with Cognitive Behaviour Therapy for Superficial Coital Pain and Vaginismus. **Cognitive Behaviour Therapy**. v. 39, n.3, p.193-202, 2010.

ETIENNE, M. A. et al. Sexualidade, atividade sexual e disfunções. In: _____. FERREIRA, C. H. J. **Fisioterapia na saúde da mulher: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap.15, p.126-137, 2011.

FAVORETO, A. Técnicas gerais utilizadas na terapia sexual: Relaxamento. In: _____. Instituto Paulista de Sexualidade (ORG). **Aprimorando a saúde sexual**, 2. ed. São Paulo: Summus editorial, p. 99-108, 2001.

FITZWATER, J. B. et al. Electrical stimulation in the treatment of pelvic pain. **Journal of Reproductive Medicine**. v. 48, n.8, 573–577, 2003.

FRITZ, S. A arte científica da massagem terapêutica. In: _____. **Fundamentos da massagem terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Manole, Cap. 4, p. 167, 2002.

GRAZIOTTIN, A. Clinical Approach to Dyspareunia. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 27, n.5, p.489-501, 2001

KAPLAN, H. S. Hypoactive sexual desire. **J Sex Marital Ther**. v.3, p.3–9, 1977.

KEGEL, A. H. Progressive exercise in the functional restoration of the perineal muscles. **Am J of Obstet and Gynecol.** v. 56, p. 238-248, 1948.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

LARA, et al. Is the Sexual Satisfaction of Postmenopausal Women Enhanced by Physical Exercise and Pelvic Floor Muscle Training? **J Sex Med.** v.9, p.218–223, 2012.

LAYCOCK J. Clinical evaluation of the pelvic floor. In: Schussler, B.; Laycock, J.; Norton, P. et al. **Pelvic floor re-education.** London: Springer- Verlag. p. 42-8, 1994.

MELZACK, R.; WALL, P.D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v.150, p.971-979, 1965.

MELZACK, R.: The McGill Pain Questionnaire. **Anesthesiology**, v.103: p.199-202, 2005.

MENDELSON, G.; SELWOOD, T.S.: Measurement of chronic pain: a correlation study of verbal and nonverbal scales. **Journal of Behavioral Assessment**, v.3, n.4, 1981.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms.** 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MONTENEGRO, M. L. L. S. et al. Thiele massage as a therapeutic option for women with chronic pelvic pain caused by tenderness of pelvic floor muscles. **Journal of Evalution in Clinical Practice**, 2010.

MORRIS, D. E.; MUKHOPADHYAY, S. Dyspareunia in gynecological practice. **Current Obstetrics & Gynaecology**, v.16, p. 226-233, 2006.

NAGIB, A. B. L. et al. Avaliação da sinergia da musculatura abdomino-pélvica em nulíparas com eletromiografia e biofeedback perineal. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.27, n.4, p.210-5, 2005.

NAPPI, R.E. et al. Electrical stimulation (ES) in the management of sexual pain

disorders. **J Sex Marital Ther.** v.29 (suppl), p.103–10, 2003.

OLIVEIRA, J. S. Vaginismo. In:_____. Instituto Paulista de Sexualidade (ORG). **Aprimorando a saúde sexual**, 2. ed. São Paulo: Summus editorial, p. 291- 297, 2001.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Doenças: CID-10*. 10. ed., [S.l.], 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em 3 de setembro de 2015.

OYAMA, I.A. et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. **Urology**. v. 64, n.5, p.862-5, 2004.

OLIVEIRA, J. S. Vaginismo. In:_____. Instituto Paulista de Sexualidade (ORG). **Aprimorando a saúde sexual**, 2. ed. São Paulo: Summus editorial, p. 291- 297, 2001.

PACAGNELLA, R. Z; MARTINEZ, E. Z.; ,VIEIRA, E.M. Construct validity of a Portuguese version of the Female Sexual Function Index. **Cader Saúde Pública**. v. 25, n.11, p.2333-44, 2009.

PACIK, P. T. Understanding and treating vaginismus: a multimodal approach. **Int Urogynecol J**. v.25, p.1613–1620, 2014.

PIMENTA, C. A. M. TEIXIRA, M. J. Questionário de dor Mc Gill: Proposta de adaptação para língua portuguesa. **Rev. Esc. Enf. Usp**. v.30, p.473-83, dez, 1996.

PIASSAROLLI, et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, p. 234-40, 2010.

PHILLIPS, C.; MONGA, A. Childbirth and the pelvic floor: “the gynaecological consequences”. Reviews in **Gynaecological and Parinatal Practice**.v.5, p.15-22, 2005.

REISSING, E. D.; ARMSTRONG, H. A.; ALLEN C. Pelvic FloorPhysical Therapy for Lifelong Vaginismus: A Retrospective Chart Review and Interview Study. **Journal of Sex & Marital Therapy**, 2012.

REISSING, E. D.; ARMSTRONG, H. L.; ALLEN, C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: A retrospective chart review and interview study. **J Sex Marital Ther.** v.39, p.306–20, 2013.

ROSENBAUM, T. Y. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. **J Sex Med.**v.4, p.4-13, 2007.

ROSEN, R.;et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): **J Sex Marital Ther.** v.26, n.2, p.191-208, 2000.

SCAFURI A.G. et al. Síndrome da bexiga dolorosa cistite intersticial. In: Palma P. C. R. Urofisioterapia: **aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico.** Campinas, SP: Personal Link Comunicações. p. 429-39 2009.

SCOTT, J.; HUSKISSON, E.C.: Graphic representation of pain. **Pain**, v.2, n.2: p.175-184, Jun 1976.

SILVA, et al. Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2016.

SPOSFORD, R. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. **Man Ther.** v.9, p.3-12, 2004.

STEEGE, J. F.; ZOLNOUN, D. A. Evalution and treatment of dyspareunia. **Obstetrics & Gynecology.** v. 113, n. 5, 2009.

THOMPSON, J. A. et al. Differences in muscle activation patterns during pelvic floor muscle contraction and valsalva manoeuvre. **Neurourol Urodyn.** v.25, n.2, p.148-55, 2006.

VENTEGODT eta al. Clinical holistic medicine: holistic sexology and acupressure through the vagina (Hippocratic pelvic massage). **Scientific World Journal.** v.7, n.6, p.2066-79, 2006.

ZIGMOND,A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand.** v. 67, n.6, p. 361-70, 1983.

WEISS JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. **J Urol**. v. 166, n.6, p. 2226-31, 2001.

WHITMORE, K.; SIEGEL, J.F.; KELLOGG-SPADT, S. Interstitial cystitis painful bladder syndrome as a cause of sexual pain in women: A diagnosis to consider. **The Journal of Sexual Medicine**. V. 4, n.3, p. 720-727, 2007.

Apêndices e Anexos

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 633-0216 - Fax (016) 633-9633

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: Efeito da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital

Pesquisadores envolvidos: Heliana Aparecida da Silva Pandochi, Lucia Alves da Silva Lara, Cristine Homsy Jorge Ferreira. Adriana Peterson Mariano Salata Romão.

Convidamos você a participar desta pesquisa que propõe avaliar se o tratamento com a fisioterapia pode melhorar a dor durante a relação sexual. Para verificar se a fisioterapia pode melhorar a dor durante a relação sexual nós vamos primeiro fazer uma avaliação da sua função sexual e verificar se você tem depressão e ansiedade. Para avaliar a intensidade da dor durante a relação sexual será mostrada uma escala com números e carinhas na qual você irá assinalar a face que representa a sua dor e será também aplicado um questionário composto por itens que verificam com o que sua dor se parece. Desta forma, você responderá 3 questionários e uma escala. O questionário que avalia a função sexual contém 19 perguntas para verificar se você tem desejo, se excita, se a vagina fica lubrificada (molhada) e se você tem orgasmo durante suas relações sexuais. Para rastrear ansiedade e depressão será utilizado um questionário que contém 14 perguntas que você marca a resposta mais adequada a você. Tanto a escala quanto os questionários você responderá sozinha, o jeito de responder será explicado por uma fisioterapeuta. Caso tenha dificuldades para ler os questionários o próprio entrevistador realizará as perguntas, assinalando as opções por você escolhidas. Você tem garantias de que será mantido o sigilo sobre suas respostas. Você gastará de 20 a 25 minutos para responder aos 3 questionários e a escala visual.

Você será também submetida a uma avaliação física na qual você será orientada a tirar somente as vestimentas da cintura para baixo, deitar-se na maca na posição ginecológica cobrindo-se com um lençol e a fisioterapeuta irá examinar a região interna da coxa e os músculos do assoalho pélvico. Para examinar os músculos do assoalho pélvico será realizado um toque vaginal caso você permita, para verificar a localização da dor e para verificar se estes músculos tem espasmo.

Após a avaliação agendaremos o início do tratamento que constará de orientações gerais, auto- relaxamento, dessensibilização, alongamento, treino de propriocepção e massagem nos músculos da vagina, realizada na posição ginecológica. O tratamento terá duração de 14 sessões sendo uma vez por semana por aproximadamente quarenta

minutos. A avaliação e o tratamento serão realizados as quartas-feiras pela manhã no ambulatório de estudos em sexualidade humana no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Assim sendo, gostaríamos de convidá-la a fazer parte deste estudo.

Voluntariamente, após ter sido convidada para participar desta pesquisa, eu, _____ RG nº _____, abaixo assinado, declaro ter sido devidamente esclarecido sobre todas as condições de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado: Eficácia da intervenção fisioterapêutica no tratamento da dor coital, que tem como pesquisadora responsável a fisioterapeuta Heliana Aparecida da Silva Pandochi, CREFITO-3/ 150021F, CPF nº 308806118-63, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos que serei submetido, aos riscos e aos benefícios. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados e, ainda, que:

1. A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa para a qual sou voluntária;
2. A garantia de que minha participação é voluntária sendo que posso desistir de participar do projeto a qualquer momento que eu desejar;
3. A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo em qualquer fase dele sem penalização alguma e sem que isso traga prejuízo ao meu cuidado;
4. A segurança de que não serei identificada e de que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a minha privacidade;
5. O compromisso de me ser proporcionada informação atualizada durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade de continuar participando.
6. Fui informada que os riscos inerentes à pesquisa são mínimos, mas existentes, pois algumas perguntas podem causar constrangimento ou desconforto para responder e que a massagem pode causar algum desconforto inicial, ansiedade ou dor, mas, caso isso ocorra, fui orientada que poderei pedir para que a fisioterapeuta interrompa o procedimento até que eu me sinta mais segura.
7. Fui informada que não haverá benefício direto ou indireto por participar da pesquisa. Os benefícios esperados estão relacionados com o conhecimento gerado a partir de uma melhor compreensão dos tratamentos realizados hoje, a fim de beneficiar futuramente a comunidade.

Declaro, ainda que, recebi uma cópia deste documento assinada pelo pesquisador e concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar da referida pesquisa.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Ribeirão Preto_____ de _____ de _____

Telefone de contato dos pesquisadores :

Ft. Heliana Aparecida da Silva Pandochi (16) 93518445

Dra. Lúcia Alves da Silva Lara (37) 33712123, (37) 99511032

Em caso de dúvidas éticas a essa pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – 3602-2228

Anexo A

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Anexo B

ÍNDICE DE DOR DE MCGILL

ESCALA DE CATEGORIA NUMÉRICA

☐ 0 = nenhuma dor ☐ 1 = branda ☐ 2 = desconfortável ☐ 3 = afitiva ☐ 4 = horrível ☐ 5 = martirizante

MCGILL COMPLETO

Escreva o número correspondente às características da sua dor nos espaços abaixo das colunas

1 = ondulante
2 = tremulante
3 = pulsante
4 = palpitante
5 = latejante
6 = em pancada

1 = pontada
2 = choque
3 = tiro

1 = alfinetada
2 = perfurante
3 = facada
4 = punhalada
5 = lancinante

1 = aguda
2 = cortante
3 = dilacerante

1 = fisgada
2 = aperto
3 = mordida
4 = cólica
5 = esmagamento

1 = puxão
2 = estiramento
3 = arrancamento

1 = calor
2 = queimação
3 = escaldante
4 = causticante

1 = formigamento
2 = coceira
3 = ardor
4 = ferroadia

1 = vaga
2 = dolorimento
3 = machucada
4 = dolorida
5 = pesada

1 = sensível
2 = distendida
3 = esfolante
4 = rompendo

1 = cansativa
2 = exaustiva

1 = enjoada
2 = sufocante

1 = amedrontada
2 = apavorante
3 = aterrorizante

1 = castigante
2 = atormenta
3 = cruel
4 = maldita
5 = mortificante

1 = miserável
2 = alucinante

1 = maçante
2 = incômoda
3 = desgastante
4 = intensa
5 = insuportável

1 = esparrama
2 = irradia
3 = penetra
4 = transfixa

1 = aperta
2 = adormece
3 = repuxa
4 = espreme
5 = rasga

1 = fria
2 = gelada
3 = congelante

1 = aborrecida
2 = nauseante
3 = agonizante
4 = pavorosa
5 = torturante

Questionário de McGill - Avaliação do Padrão da Dor

Assinale, no máximo, uma expressão de cada grupo. Não assinale palavras que não se aplicam.

Escolha dentre estas, as expressões que melhor descrevam sua dor atual

1. ☐ 1-Vibração ☐ 2-Tremor ☐ 3-Pulsante ☐ 4-Latejante ☐ 5-Como Batida ☐ 6-Como Pancada	6. ☐ 1-Fisgada ☐ 2-Puxão ☐ 3-Torção 7. ☐ 1-Calor ☐ 2-Queimação ☐ 3-Fervente ☐ 4-Em Brasa 8. ☐ 1-Formigamento ☐ 2-Coceira ☐ 3-Ardor ☐ 4-Ferroadada 9. ☐ 1-Mal localizada ☐ 2-Dolorida ☐ 3-Machucada ☐ 4-Doida ☐ 5-Pesada 10. ☐ 1-Sensível ☐ 2-Esticada ☐ 3-Esfolante ☐ 4-Rachando 11. ☐ 1-Cansativa ☐ 2-Exaustiva	12. ☐ 1-Enjoada ☐ 2-Sufocante 13. ☐ 1-Castigante ☐ 2-Atormenta ☐ 3-Cruel 14. ☐ 1-Amedrontadora ☐ 2-Apavorante ☐ 3-Aterrorizante ☐ 4-Maldita ☐ 5-Mortal 15. ☐ 1-Miserável ☐ 2-Enloquecedora 16. ☐ 1-Chata ☐ 2-Que incomoda ☐ 3-Desgastante ☐ 4-Forte ☐ 5-Insuportável 17. ☐ 1-Espalha ☐ 2-Irradia ☐ 3-Penetra ☐ 4-Atravessa	18. ☐ 1-Aperta ☐ 2-Adormece ☐ 3-Repuxa ☐ 4-Espreme ☐ 5-Rasga 19. ☐ 1-Fria ☐ 2-Gelada ☐ 3-Congelante 20. ☐ 1-Aborrecida ☐ 2-Dá náuseas ☐ 3-Agonizante ☐ 4-Pavorosa ☐ 5-Torturante Nº de Descritores ☐ 1-Sensoriais ☐ 2-Afetivos ☐ 3-Avaliativos ☐ 4-Miscelânea ☐ 5-Total Índice de Dor ☐ 1-Sensoriais ☐ 2-Afetivos ☐ 3-Avaliativos ☐ 4-Miscelânea ☐ 5-Total
---	---	---	---

Anexo C

INVENTÁRIO DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (IFSF)

O questionário tem 19 perguntas, sendo a paciente solicitada a assinalar somente uma resposta por questão.

Data: ____/____/____

Nome: _____

DESEJO

Desejo Sexual ou interesse sexual é um sentimento que inclui querer ter atividade sexual, sentir-se receptiva a uma iniciativa **sexual de um parceiro(a) e pensar ou fantasiar sobre sexo.**

1- Nas últimas 4 semanas com **que frequência**(quantas vezes) você sentiu desejo ou interesse sexual?

- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

2- Nas últimas 4 semanas como você avalia o seu **grau** de desejo ou interesse sexual?

- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

TENHA EM MENTE:

Atividade Sexual pode incluir afagos, carícias preliminares, masturbação e ato sexual.

Ato Sexual é definido quando há penetração (entrada) do pênis na vagina.

Estímulo Sexual inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasia sexual (pensamentos).

EXCITAÇÃO SEXUAL

Excitação Sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais. Pode incluir sensações como calor ou inchaço nos genitais, lubrificação (sentir-se molhada), ou contrações musculares. **CUIDADO COM A PALAVRA “TESÃO” QUE PODE SIGNIFICAR TANTO EXCITAÇÃO COMO PRAZER SEXUAL**

3- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você se sentiu sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)

- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

4- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de excitação sexual durante a atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto

- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

5- Nas últimas 4 semanas, como você avalia o seu grau de **segurança** para ficar sexualmente excitada durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Segurança muito alta
- ☐ Segurança alta
- ☐ Segurança moderada
- ☐ Segurança baixa
- ☐ Segurança muito baixa ou Sem segurança

6- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você ficou satisfeita com sua excitação sexual durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

LUBRIFICAÇÃO

Lubrificação Vaginal é a sensação de umidade vaginal decorrente de estímulo sexual. Pode ter como sinônimos vagina molhada, “tesão vaginal” entre outros.

7- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você teve lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) durante a atividade sexual ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

8- Nas últimas 4 semanas, como você avalia sua **dificuldade** em ter lubrificação vaginal (ficar com a “vagina molhada”) durante o ato sexual ou atividades sexuais?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil

- ☐ () Difícil
- ☐ () Ligeiramente difícil
- ☐ () Nada difícil

9- Nas últimas 4 semanas, com que frequência (quantas vezes) você **manteve** a lubrificação vaginal (ficou com a “vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Quase sempre ou sempre
- ☐ () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ () Quase nunca ou nunca

10- Nas últimas 4 semanas, qual foi sua **dificuldade** em manter a lubrificação vaginal (“vagina molhada”) até o final da atividade ou ato sexual?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Extremamente difícil ou impossível
- ☐ () Muito difícil
- ☐ () Difícil
- ☐ () Ligeiramente difícil
- ☐ () Nada difícil

ORGASMO

Orgasmo é uma sensação de prazer intenso que é precedido por uma excitação grande e sucedido por um relaxamento muscular.

11- Nas últimas 4 semanas, quando teve estímulo sexual ou ato sexual, **com que frequência** (quantas vezes) você atingiu o orgasmo (“gozou”)?

- ☐ () Sem atividade sexual
- ☐ () Quase sempre ou sempre
- ☐ () A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ () Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ () Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ () Quase nunca ou nunca

12 - Nas últimas 4 semanas, quando você teve estímulo sexual ou ato sexual, qual foi sua **difficuldade** em você atingir o orgasmo “(clímax)”?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Extremamente difícil ou impossível
- ☐ Muito difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Ligeiramente difícil
- ☐ Nada difícil

13- Nas últimas 4 semanas, o quanto você ficou **satisfeita** com sua capacidade de atingir o orgasmo durante atividade ou ato sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

RELACIONAMENTO SEXUAL

14- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve **satisfeita** com a proximidade emocional entre você e seu parceiro(a) durante a atividade sexual?

- ☐ Sem atividade sexual
- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

15- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve **satisfeita** com o relacionamento sexual entre você e seu parceiro(a)?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

16- Nas últimas 4 semanas, o quanto você esteve **satisfeita** com sua vida sexual de um modo geral?

- ☐ Muito satisfeita
- ☐ Moderadamente satisfeita
- ☐ Quase igualmente satisfeita e insatisfeita
- ☐ Moderadamente insatisfeita
- ☐ Muito insatisfeita

DOR

Dor é uma sensação subjetiva. Dor na relação sexual pode ocorrer por vários motivos e em várias localizações como dor na vulva, vagina abdome inferior, ânus, cabeça, etc. Não se preocupe em localizar a dor, somente se a entrevista sente “dor”.

17- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **durante** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

18- Nas últimas 4 semanas, **com que frequência** (quantas vezes) você sentiu desconforto ou dor **após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Quase sempre ou sempre
- ☐ A maioria das vezes (mais do que a metade do tempo)
- ☐ Algumas vezes (cerca de metade do tempo)
- ☐ Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- ☐ Quase nunca ou nunca

19- Nas últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau** de desconforto ou dor **durante** ou **após** a penetração vaginal?

- ☐ Não tentei ter relação
- ☐ Muito alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Baixo
- ☐ Muito baixo ou absolutamente nenhum

Anexo D

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HAD

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO - HAD*

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na *última semana*. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.

Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A	Eu me sinto tenso ou contraído:
3	() A maior parte do tempo
2	() Boa parte do tempo
1	() De vez em quando
0	() Nunca
<hr/>	
D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:
0	() Sim, do mesmo jeito que antes
1	() Não tanto quanto antes
2	() Só um pouco
3	() Já não sinto mais prazer em nada
<hr/>	
A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:
3	() Sim, e de um jeito muito forte
2	() Sim, mas não tão forte
1	() Um pouco, mas isso não me preocupa
0	() Não sinto nada disso
<hr/>	
D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:
0	() Do mesmo jeito que antes
1	() Atualmente um pouco menos
2	() Atualmente bem menos
3	() Não consigo mais
<hr/>	
A	Estou com a cabeça cheia de preocupações:
3	() A maior parte do tempo
2	() Boa parte do tempo
1	() De vez em quando
0	() Raramente
<hr/>	
D	Eu me sinto alegre:
3	() Nunca
2	() Poucas vezes
1	() Muitas vezes
0	() A maior parte do tempo
<hr/>	
A	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:
0	() Sim, quase sempre
1	() Muitas vezes
2	() Poucas vezes
3	() Nunca
<hr/>	
D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:
3	() Quase sempre
2	() Muitas vezes
1	() De vez em quando
0	() Nunca
<hr/>	
A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:
0	() Nunca
1	() De vez em quando
2	() Muitas vezes
3	() Quase sempre

- D Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:
 3 () Completamente
 2 () Não estou mais me cuidando como eu deveria
 1 () Talvez não tanto quanto antes
 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

- A
 3 Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:
 2 () Sim, demais
 1 () Bastante
 0 () Um pouco
 0 () Não me sinto assim

- D
 0 Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:
 1 () Do mesmo jeito que antes
 2 () Um pouco menos do que antes
 3 () Bem menos do que antes
 3 () Quase nunca

- A
 3 De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:
 2 () A quase todo momento
 1 () Várias vezes
 0 () De vez em quando
 0 () Não sinto isso

- D
 0 Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:
 1 () Quase sempre
 2 () Várias vezes
 3 () Poucas vezes
 3 () Quase nunca

— A — D —

Anexo E

ESCALA MODIFICADA DE OXFORD

- ☐ 0- Nenhuma: ausência de resposta muscular dos músculos perivaginais.
- ☐ 1- Esboço de contração muscular não sustentada, trêmula.
- ☐ 2- Contração fraca: presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta.
- ☐ 3- Contração moderada sentida como um aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal.
- ☐ 4- Contração satisfatória: aquela que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção a sínfise púbica.
- ☐ 5- Contração forte: compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica.

Avaliação funcional dos músculos do assoalho pélvico

Nome: _____ Registro: _____

Data da avaliação: ____/____/____.

Compreensão da MAP: ☐ Ótima ☐ Boa ☐ Regular ☐ Ruim

Uso de mm. Acessórios: ☐ Não ☐ Glúteos ☐ Adutores ☐ Abdominais

Simetria: ☐ Sim ☐ Direito(D) > Esquerdo (E) ☐ E > D ☐ Anterior (A) > Posterior (P)
☐ P > A

Presença de dor: ☐ Sim ☐ Não

Localização: _____.

Relaxamento do períneo

- ☐ Sim, completo, visível logo após a instrução. Além do nível de repouso.
- ☐ Relaxamento parcial, hesitante ou retardado. Até o nível de repouso.
- ☐ Relaxamento ausente.

Anexo F

ORIENTAÇÃO DAS PACIENTES AMBULATÓRIO DE ESTUDOS DA SEXUALIDADE HUMANA HC/RP.

MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO

Fonte: www.google.com.br/imagens