

## **Parte II - o Durante...**

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

(Fernando Sabino)



## Capítulo 6

# Pode um relacionamento sobreviver ao Vaginismo?

Lelah Monteiro  
Thiago de Almeida

Falar sobre sexualidade, não raramente para muitas pessoas ainda é um tabu. Pais e filhos, professores e seus alunos, poucas vezes conversam sobre o assunto, e quando o fazem, ficam cheios de cerimônias e melindres, sem saber muito bem o que e como falar. Quando se trata de meninas, a conversa torna-se ainda mais difícil, pois há uma expectativa e uma pressão social para que a menina seja, recatada, pura, e assexuada, pois senão torna-se imprópria para casar-se. Sob essa perspectiva, deriva-se o fato de que a sexualidade de um casal constituído pode ser causa de felicidade ou de infelicidade, seja ela pessoal ou matrimonial. É tema constante na terapia de casal, em rodas de conversa e entre os parceiros. E uma das principais dificuldades que as mulheres podem enfrentar desacompanhadas de seus parceiros ou inseridas em uma relação é a questão do vaginismo. Segundo Munarriz et al. (2001) A disfunção sexual interfere em vários aspectos da vida da mulher, como a saúde física e mental, e, em decorrência disso, dificuldades em relações interpessoais e na qualidade de vida podem estar presentes.

O vaginismo foi citado pela primeira vez na literatura médica italiana do século XI. De acordo com Moreira (2013), no século XVII, Sims, um médico inglês da época Vitoriana, descreveu uma condição similar como sendo uma “contração espasmódica do esfíncter



vaginal”, a qual relacionou este sintoma a condições irritantes da vulva e da vagina, às quais - acrescentava - serem difíceis de ser explicadas. Denominou essa situação de vaginismo. Alfred Kinsey, considerado o pai da sexologia científica, embora tenha diagnosticado o vaginismo em suas pacientes, focou seus estudos em outras disfunções sexuais e não contribuiu muito para avançar o conhecimento nessa área, apesar de sua esposa, Bárbara, também ter sido vítima do problema.

### ***O que é vaginismo?***

Vaginismo, segundo o CID 10, é definido como “Espasmo da musculatura do assoalho pélvico que circunda a vagina causando oclusão do intróito vaginal. A entrada do pênis, é impossível ou dolorosa”, podendo a causa ser orgânica (F94.2) ou psicogênica (F52.5). Em outras palavras é uma espécie de dor vaginal na qual a mulher não consegue abrir normalmente a vagina para a penetração de qualquer objeto, seja o pênis, um absorvente interno, um dedo (seu ou do parceiro), etc, e mesmo que a mulher deseje esta penetração. A incidência do vaginismo varia de 1 a 6% da população feminina com vida sexual ativa, o que depende de como ele é classificado, em que situação cultural ocorre e qual método é usado para ser confirmado, ou seja, de uma a seis, em cada cem mulheres, sofrem algum grau de vaginismo, que é caracterizado quando a mulher **nunca** conseguiu ter uma penetração sem dor. Segundo Abdo et al. (2004) um estudo brasileiro com 1.219 mulheres, constatou que a disfunção sexual atinge 49% das mulheres como no mínimo uma queixa, com 23% delas com casos de dispaneuria. Segundo 8 não existe pesquisas epidemiológicas que determinam a prevalência do vaginismo na população. Quando a mulher consegue ter penetração, mas a relação sexual é dolorosa, em algumas ou na maioria das vezes, acontece a chamada dispaneuria (dor na relação sexual). Sua característica principal é uma **contração involuntária da musculatura do assoalho pélvico (MAP), impossível de controlar**, que acaba “fechando” a entrada do canal vaginal mesmo que a mulher esteja se esforçando para relaxar. Segundo Aveiro, Garcia, Driusso (2009) existe o vaginismo primário e o secundário. O primário se caracteriza por dificuldades em manter relações sexuais devido a contrações da parede da vagina, e o secundário



## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

a mulher consegue ter as relações, não conseguindo mantê-las como resultados dessas mesmas contrações.

Essa contração incontrolável da MAP vem da associação de **medo e dor** numa espécie de ciclo vicioso: **o medo**, normalmente inconsciente, faz a mulher **contrair fortemente a MAP** em momentos relacionados ao sexo, como por exemplo num momento de excitação sexual ou quando o parceiro tenta se aproximar. Esta **contração**, causada pelo medo, torna a tentativa de **penetração dolorosa**. A dor causa mais medo, que leva a mais contração, a mais dor e assim por diante. Para McGuire, Hawton (2001) as disfunções são fontes de estresse e problemas de relacionamentos.

No DSM V foi feita uma junção do vaginismo com a dispareunia, devido ao alto grau de comorbidade e a dificuldade de distinguir entre uma a outra patologia. Além de ter sido removido o transtorno de aversão sexual por falta de pesquisas que fundamentassem tal diagnóstico.

### ***O que causa o vaginismo?***

Considera-se o vaginismo como decorrente de traumas sexuais, principalmente originados de sua infância (AVEIRO; GARCIA; DRIUSSO, 2009; BINIK; BERGERON; KHALIFÉ, 2007). Complementarmente, alguns autores discorrem sobre a etiologia do vaginismo e apontam, outras causas como:

- O histórico de educação sexual rígida, seja moral, religiosa ou ambas, é o mais comum (MOREIRA, 2013);
- histórico de abusos sexuais na infância e estupro em qualquer fase da vida sexual que seja anterior a manifestação do vaginismo (MASTERS; JOHNSON, 1976).
- É comum também as acometidas descreverem uma “lua de mel” traumática, ou ainda, a percepção da primeira relação sexual ser insatisfatória, dolorosa e/ou forçada (MOREIRA, 2013);



- Lesões prévias sobre a vulva e a vagina, história de infecções repetidas causadoras de dores e irritações crônicas, ou seja, a dispareunia que evolui para o vaginismo (BINIK, 2010; MASTERS; JOHNSON, 1976; KAPLAN, 1974);
- Há também a possibilidade de mulheres que sofreram traumas não sexuais no passado (acidentes de automóveis, violência doméstica, assaltos à mão armada) que desenvolve o vaginismo. Nesses casos, pode-se dizer que é sintoma atípico de Síndrome de pânico (MOREIRA, 2000).

Ainda segundo Moreira (2013, p.):

O vaginismo pode também ser a negação à homossexualidade, nas mulheres que insistem em relação heterossexual que não é o seu objeto de desejo. Há casos em que o vaginismo constitui-se em rejeição específica ao parceiro sexual e a condição desaparece quando a paciente troca de parceiro. Isso inclui parceiros sexuais que representam relação incestuosa (homem muito mais velho, semelhanças do parceiro com o pai, comportamentos paternos por parte do parceiro); parceiros hostis, agressivos e grosseiros ou, ao contrário, excessivamente gentis ou afeminados que despertam na mulher suspeitas (muitas vezes infundadas) de homossexualidade. A rejeição ao ato culmina no vaginismo. Há casos de vaginismo surgidos após a menopausa, tipicamente devido à atrofia genital no período ou sem esse fator.

Masters e Johnson (1976) relacionam fatores masculinos como causa do vaginismo e incluem homens impotentes e ejaculadores precoces entre os causadores do problema de suas parceiras sexuais.

Como vimos fatores referentes a etiologia do vaginismo ainda não são bem descritos. Existindo fatores biológicos, psicológicos, sociais para sua ocorrência. O que podemos afirmar é que a interação de alguns desses fatores pode causar o vaginismo.



### ***Incidência e Diagnóstico***

A definição de vaginismo vigente no DSM V (2013) ou 2014?? é praticamente a mesma, derivada de Masters e Johnson, que constava no DSM III, de 1980, isto é, “espasmo involuntário da musculatura do terço externo da vagina, recorrente ou persistente, que interfere no ato sexual”. Para Moreira (2013) esta definição de vaginismo traz em si três ambivalências fundamentais:

- se o diagnóstico de vaginismo implica espasmo da musculatura interna da vagina, só pode fazê-lo o ginecologista, já que os psiquiatras, em geral, e certamente os psicoterapeutas não são treinados em exame ginecológico. Dessa forma, o vaginismo deveria vir na seção de doenças ginecológicas e não na de doenças mentais;
- como fazer o diagnóstico de vaginismo se a mulher não permite o exame vaginal? Como saber se ela tem espasmo da musculatura se não se tem acesso à sua vagina? Só resta pensar que esse diagnóstico é realizado de forma presumida ou especulatória e arbitrária;
- a dificuldade desse diagnóstico limita a consecução de trabalhos científicos baseados em evidências. Outra questão do diagnóstico é se o vaginismo é realmente uma disfunção sexual ou uma condição ginecológica. A paciente contrai a musculatura porque sente dor ou porque tem fobia à penetração ou tem espasmo que impede a penetração vaginal e por isso sente dor?

De acordo com Pinheiro (2009) apesar de a literatura especializada referir-se ao vaginismo como uma disfunção sexual rara, pode-se argumentar que a sexualidade, ainda hoje, é um tema considerado tabu pela sociedade e não se pode ter certeza que o número de casos que chegam aos consultórios e demais locais que se dedicam ao atendimento das disfunções sexuais é condizente com a realidade. Some-se a isto os incontáveis casos de violência doméstica

sofridos pelas mulheres que são agredidas e estupradas, podendo ser os agressores até mesmo os pais, irmãos, namorados ou maridos. Assim, as mulheres podem acabar sofrendo a consequência de uma educação sexual repressora, desenvolvendo disfunções sexuais, entre elas, o vaginismo, comprometendo a vida sexual e o relacionamento do casal.

No diagnóstico diferencial tem se notado que muitas mulheres que apresentam o vaginismo também podem ser diagnosticadas com outras condições patológicas como endometriose, doença inflamatória pélvica, atrofia vulvovaginal. Devido a essa condição muitos tratamentos de outras condições médicas comórbidas podem aliviar o vaginismo, mas na maioria dos casos isso não é possível. Se torna importante que o médico avalie todo o histórico de estimulação sexual da mulher. Situações como preliminares ou excitação inadequada podem levá-la a ter dificuldades na penetração e o aparecimento da dor.

### ***Acho que tenho vaginismo. O que posso fazer? O Tratamento psicológico e o Fisioterápico***

A contração incontrolada do vaginismo está majoritariamente associada a algum problema de psicológico, ou seja fundo emocional, portanto, muitas vezes inconsciente. Isto significa que, na maioria dos casos, a mulher nem mesmo desconfia da existência dessa dificuldade. Para que o tratamento surta efeito é fundamental o acompanhamento de um profissional de psicologia que pesquisará a origem do problema. A partir daí, estar ciente do evento que gerou todo este processo é o ponto de partida para entendê-lo, enfrentá-lo e resolvê-lo.

### ***Tratamento***

O vaginismo é reconhecido como disfunção sexual e uma síndrome eminentemente psicossomática, apesar de haver interrogações se a dispareunia é realmente disfunção sexual ou a disfunção sexual é consequência da dor e do medo da dor, sendo seu tratamento realizado com abordagem social, psicológica e física (Moreira, 2013).





## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

Geralmente, a paciente e seu cônjuge sofrem por desconhecerem esse problema. Não raramente acorrem a profissionais que também desconhecem esse problema e lhes forneceram informações inadequadas. Por esse motivo, a primeira providência é informar-lhes sobre a disfunção e assegurar que há tratamentos disponíveis que, em geral, não são os propostos por leigos ou por profissionais desavisados e não habilitados para o devido tratamento dessa dificuldade sexual.

Para Kaplan (1974) e Binik (2010) a terapêutica inicia-se com a psicoterapia e os exercícios de relaxamento, antes de se proceder a exame ginecológico e a práticas mais invasivas da privacidade da paciente, porque a mesma tem resistência natural à abordagem física. Além de farmacoterapia, hipnoterapia, e injeções de toxina botulínica. Estudos que façam um aprofundamento de tais questões são de sumas importância, pois atualmente são raros os estudos na área.

### ***Tratamento fisioterápico***

A parte física do vaginismo pode apresentar componentes relacionados ao **conhecimento corporal** e **consciência genital**, à **elasticidade da entrada do canal vaginal**, bem como de **falta de coordenação muscular** - neste caso, da MAP e, em casos mais severos, das musculaturas das coxas, glúteos e adjacências.

O tratamento vai depender, portanto, do grau observado em cada componente. Exercícios de **autoconscientização** e redescoberta da sexualidade podem ser úteis para a consciência da região genital. Exercícios específicos de **contração e relaxamento da MAP** são fundamentais tanto para a consciência da região genital quanto para a **coordenação motora** local. A massagem perineal pode ser útil nos trabalhos de dessensibilização e elasticidade da entrada do canal vaginal.

### ***Uso de Dilatadores Vaginais***

Na técnica de dilatação gradual, são inseridos dilatadores lubrificados no canal vaginal. Os dilatadores são bem pequenos no



início e vai-se aumentando o seu tamanho à medida que a tolerância da mulher o permita. A técnica de dilatação pode também ser praticada em casa usando os dedos ao invés dos dilatadores (MERCK SHARP & DOHME, 1995-2007).

De acordo com Pinheiro (2009) pode-se fazer exercícios para fortalecer os músculos pélvicos, como os de Kegel, enquanto os dilatadores estão inseridos na vagina. Consequentemente, a utilização da técnica nos casos de vaginismo pode contribuir para a melhora do quadro, diminuindo a sensibilidade à penetração e favorecendo a percepção da musculatura da pélvis pela mulher, o que lhe possibilita o seu controle e relaxamento.

Cones vaginais são pequenas dispositivos de formato anatômico, constituídas de materiais resistentes e pesados que, ao serem inseridos no canal vaginal, podem proporcionar o estímulo necessário para que a mulher contraia corretamente a musculatura do assoalho pélvico, evitando que os abdominais sejam contraídos durante os exercícios. Mas o principal é que eles permitirem um treinamento com aumento de carga progressivo, exatamente como acontece na musculação de academia, com pesos, para o restante do corpo. Este tipo de treino é a forma mais rápida e eficaz de fortalecimento muscular. Um kit é composto normalmente por cinco ou seis cones, com pesos que variam entre 20 gramas a 100 gramas. A indicação depende de cada objetivo, mas de um modo geral, não é necessário chegar até o cone de 100 gramas a não ser quando a finalidade seja a melhoria no desempenho vaginal. Comece com um cone mais leve, lubrifique devidamente a parte íntima. Introduza todo o cone no canal vaginal e deixe todo o fio pra fora. O fio é usado por segurança na retirada. Após introduzido contraia e relaxa a musculatura vaginal. Após feito, pode ser usado uma progressão contraindo 1, 2, 3 até chegar em dez. Lembrando que é uma progressão, nos primeiros dias vai até o 3 e com o passar do tempo vá aumentando. Seja disciplinada e progrida de acordo com seu corpo. Mantendo o cone lá dentro podemos fazer o treino de relaxar (expirar) mantendo o tônus, com o cone dentro do canal vaginal. Em pé com o cone lá dentro, faça suas atividades diárias. Começando pelo cone



## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

mais leve para o mais pesado. Esse exercício só pode ser feito se de pé você contrair e relaxar e o cone não sair da vagina, se o mesmo não acontecer volte a fazer sentada ou deitada. Todo exercício em pé vem de um treinamento anterior.

- **Bullets:** Possuem vibração e pode ser feito o mesmo exercício de contrair e relaxar em progressão. Pode também ser colocado metade para fora e por meio da contração o bullet ir sendo envolvido pelo canal. Dá pra ser passado na região externa dos lábios além de ser um grande estímulo para a região clitoriana.
- **Bolinhas de bem-wa:** Coloca metade e com a contração envolva ela toda. Usando gel se a região não estiver umidificada.

A diferença a bolinha e do cone é o formato. Cones são mais pesados, e focam o fortalecimento. As bolinhas são mais leves e com peso fixo, e se mantem melhor na região pélvica.

Existem a bolinha de bem-wa dupla e outras até com três. E a contínua onde existe um namoro maior de bolinhas. Na utilização da bolinha de bem-wa contínua, deve ser introduzir metade e fazer a contração para que o restante seja introduzido e assim sucessivamente. As mesmas regras do cone valem para as bolinhas, sempre de bexiga vazia e o corpo altamente relaxado. O uso de acessório se faz necessário para a localização da região, que com o passar do tempo a pessoa a percebe e pode fazer sem acessório algum.

Benefícios desses exercícios: Combate a incontinência urinária e a fecal. Deve ser feito diariamente por 5 minutinhos, depois passando pra 10, 20. São exercícios de fortalecimento, auxiliaria na melhora sexual, onde a mulher passara a ter mais contato com o parceiro na relação sexual. Pacientes com vaginismo não é indicado os exercícios. Para a prática sexual a musculatura tem que ser forte, mas ao mesmo tempo relaxada para o aumento do prazer. Tenha assiduidade no exercício, faça com ou sem acessório. No início, o próprio dedo pode ser o primeiro acessório.



## ***Quais exercícios posso fazer?***

De acordo com o site <http://perineo.net/conteudo/cones-vaginais.php> de um modo geral, como em qualquer outro plano de fortalecimento muscular, os exercícios vaginais devem ser feitos dia sim, dia não: o descanso entre cada sessão é tão importante quando o exercício em si. Este site evidencia também a importância de respeitar a fase de adaptação ao exercício: quem nunca exercitou sua MAP deve iniciar o treinamento com um cone leve e fazer poucos exercícios, para evitar fadiga muscular, dor e conseqüentemente tornar a prática incômoda e aversiva. Geralmente não é preciso muito tempo diário para os exercícios: alguns minutos bastam.

É importante ressaltar que a intensidade e a duração dos exercícios com cones vaginais vai depender do objetivo do tratamento que para cada caso irá variar e necessitar de um **treinamento mais intensivo** (mais vezes por dia/semana) e/ou **mais longo** (mais semanas). Para a dosagem correta e um treinamento eficaz é importante ser avaliada por um fisioterapeuta pélvica e preferencialmente que trate de casos de vaginismo.

Uma das vantagens do treino com cones vaginais é o tempo necessário. Em alguns programas a sessão pode ser bastante rápida, de até 15 minutos. O ponto decisivo no treino com cones é, como em qualquer outro trabalho de fortalecimento, saber escolher o cone certo para cada caso.

O exercício com cones tem como objetivo o ganho de força, logo, deve ser utilizado apenas nos casos onde é este o objetivo principal. Normalmente os exercícios para o fortalecimento pélvico necessitam de uma fase intensiva, tanto de adaptação ao exercício quanto para o aumento de força propriamente dito. Este treino costuma durar cerca de 1 a 3 meses ou mais, de acordo com o grau de força objetivado. Quando os exercícios são feitos com carga e intensidade adequada, os resultados normalmente são observados já nos **30 dias iniciais**. Para alguns outros objetivos específicos, podem ser necessários **60 a 90 dias de treino pélvico**.



## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

Além da avaliação inicial, deve haver um acompanhamento constante da progressão do treino a ser realizado pela fisioterapeuta. Quando realizados de maneira adequada e bem dosada, os exercícios com cones podem regredir em até 100% alguns tipos de incontinência e de vaginismo.

### ***A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e o tratamento do vaginismo***

Outro tratamento a ser considerado, neste texto, para a questão do vaginismo é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a compreensão do desenvolvimento de quadros relacionados às disfunções sexuais. Uma ilustração para a atuação da TCC é o caso de uma mulher que tenha sofrido de uma situação de estupro como primeira vivência sexual, ou mesmo após ter iniciado uma vida sexual. Esta mulher pode associar o ato sexual a dor e ao sofrimento, e, posteriormente, no momento da relação sexual, ainda que concorde e com alguém que ame, pode contrair, involuntariamente, a musculatura vaginal, em decorrência do medo da dor e/ou da ansiedade. Então, o que se observa é uma retroalimentação do quadro, pois a mulher, diante de seu medo, contrai sua musculatura vaginal, o que lhe causa dor, por ocasião da penetração. Conseqüentemente, nas relações sexuais que se seguirão e, diante de sua ansiedade, não ocorrerá uma adequada lubrificação vaginal, o que, assim como a contração, dificultará a penetração e gerará dor. O ciclo, então se alimenta e se repete indefinidamente.

Algumas teorias terapêuticas, como a psicoterapia cognitivo-comportamental, afirmam que pensamentos e crenças ocupam um papel fundamental nas emoções e comportamentos do ser humano. De acordo com essa visão, os cognitivistas percebem os pensamentos, crenças, julgamentos e atitudes como fatores relevantes psicológicos. O modelo cognitivo, por exemplo, mostra que as pessoas que apresentam vulnerabilidade relacionada a interpretação, suposição, visão de si e do mundo de forma distorcida e negativa, apresentam como consequência perturbações emocionais.



A Psicoterapia Cognitivo-comportamental é uma técnica reeducativa e que foi desenvolvida, aprimorada e extensamente difundida na Europa e nos Estados Unidos nas últimas décadas e vem mostrando-se eficaz para tratar os estados de ansiedade e outros distúrbios psicológicos. A TCC, pode ou não ser associada a medicamentos, entretanto passa a ser a principal forma de terapia, quando não há indicação para o uso de medicamento ou este cause efeitos colaterais intoleráveis ou ainda existe impossibilidade clínica para o seu uso.

Como para a terapia cognitivo-comportamental, muitos dos sintomas estão relacionados a crenças irracionais, e pelo o fato da terapia cognitivo-comportamental ser focada, diretiva e, geralmente, breve, ela é uma das orientações mais recorrentes para o tratamento dos casos de vaginismo, pois orientará as pessoas acometidas por essa dificuldade com técnicas específicas e esclarecimentos levando-se em consideração a sua riqueza e a sua intervenção para a reestruturação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos. Então, nosso objetivo é leva-lo a lidar com as consequências, tanto positivas quanto negativas, de manter determinadas crenças. E dessa forma, quando as consequências ficarem claras, o paciente poderá escolher entre mantê-las ou substituí-las por outras diferentes. Perguntar para eles algo como: “o que você acha que aconteceria na sua vida se você acreditasse menos nisso?” é uma boa sugestão para verificar a relação de custo benefício e a análise de variação do pensamento original.

Na TCC a paciente e seu parceiro serão levados a verificarem as evidências e a qualidade de suas crenças para os argumentos que a paciente apresente, o que é geralmente uma boa intervenção para relativizar crenças rígidas que ele venha a apresentar. Perguntas como “quão boas são as evidências que refutam ou que confirmam a sua crença”, ou ainda, “Você acha que as pessoas considerariam convincentes as suas evidências?”. Esse manejo ajuda muitas vezes a diminuir a força de pensamentos irracionais e extremos. Desta forma, as disfunções sexuais estariam relacionadas, utilizando uma expressão de Veiga (2007), a problemas decorrentes da aprendizagem e das percepções equivocadas sobre a sexualidade aprendidas ao longo de

## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

sua história de vida. O trabalho, então, deve envolver a reestruturação cognitiva e a orientação sobre sexualidade. O ponto a destacar para a paciente que apresenta ideias radicais é que ela pode estar utilizando, como evidência, informações emocionais, pessoais, discutíveis e até mesmo irrelevantes. Somente porque juntou uma série de razões para apoiar uma crença negativa que o mesmo tenha, isso não significa que as evidências sejam relevantes ou mesmo conclusivas.

De acordo com Almeida e Vanni (2013) questionar e testar crenças ou padrões de pensamento que são inadequados e irrealistas por outros mais desejáveis e que causem menos ansiedades e conflitos, além de outras mudanças significativas, favorece o aumento da capacidade de socialização, a estimulação das capacidades latentes, a redução do nível da ansiedade e o aumento da autoestima do indivíduo. Mais que isso, minimiza os conflitos e os impactos destes conflitos no âmbito interpessoal. Então, conseqüentemente as mudanças terapêuticas acontecerão na medida em que ocorrerem alterações nos modos disfuncionais de pensamento. E assim, a TCC dá uma grande ênfase aos pensamentos do cliente e a forma como este interpreta o mundo (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los (Pinheiro, 2009). Para atingir tal objetivo serão utilizadas técnicas cognitivas que buscarão identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas que causam essas inadequações e dificuldades. Portanto, as técnicas cognitivo-comportamentais são empregadas para modificar os padrões de condutas inadequadas relacionadas com a dificuldade em questão.

Assim, como vimos anteriormente, dentro desta abordagem, o psicoterapeuta, ao trabalhar as disfunções sexuais, faz um planejamento que envolverá: (1) Reestruturação cognitiva das crenças irracionais (por exemplo, “relações sexuais são dolorosas”, “meu marido está me traindo”), que podem estar prejudicando o relacionamento afetivo e



sexual do casal; (2) a prescrição de técnicas comportamentais (por exemplo, exercícios sexuais como tocar-se para conhecer o próprio corpo).

De acordo com Muse (1994) a TCC consiste em promover um tratamento psicofisioterapêutico que objetivará o relaxamento do primeiro terço da musculatura vaginal para viabilizar a penetração e mesmo a assepsia da mulher, por vezes, dificultada pela a condição do vaginismo. O autor ainda frisa que só o tratamento fisioterapêutico é insuficiente para debelar os sintomas, de tal forma que o apoio psicológico deve fazer parte da terapia.

Os exercícios apresentados neste texto consistem fazer a mulher, em um ambiente tranquilo, conhecer e explorar o seu corpo, ao perceber as reações ao toque – o que sente, quais toques lhe são mais prazerosos e excitantes e quais são os contatos considerados incômodos. Em seguida, ela introduz o seu dedo no canal vaginal, passando depois a inserir dois dedos, conforme sentir-se à vontade para essa tarefa posterior. O intuito é dessensibilizar e deixar a mulher menos ansiosa a uma interação vaginal, e conseqüentemente, prepara a mulher para a penetração do pênis durante o ato sexual.

O próximo passo é fazer o mesmo procedimento com o dedo do parceiro, sendo a mulher a conduzir o dedo dele, e dar todas as direções e comandos para todo o processo (ritmo, profundidade da penetração e etc). Com isto, o toque será progressivamente condicionado como algo agradável para a parceira que se sentirá respeitada, e assim sucessivamente, conseguirá ficar mais relaxada para a introdução do pênis do companheiro. E será ela que dará a permissão para se partir para a penetração com o pênis, e será ela que dará o tom e o ritmo para a atividade e para os movimentos sexuais. De acordo com Pinheiro (2009) ela poderá ficar por cima do companheiro ou colocar as mãos nos quadris dele, conduzindo os movimentos sexuais e, finalmente, o coito é realizado com o seu pleno consentimento e usufruirá de prazer e não de dor como anteriormente acontecia.



## *Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

Há de se ressaltar que toda esta sequência não será realizada em um único dia. Ao contrário: a mulher e o casal só passarão para a etapa seguinte quando se sentirem seguros para tal, sendo de fundamental importância que se respeite o ritmo de cada pessoa (Pinheiro, 2009). Ainda de acordo com a autora, ao apressar o ritmo das conquistas, pode ocorrer de se ter o efeito contrário do desejado, isto é, aumentar a ansiedade da mulher e reforçar o comportamento de contração da musculatura vaginal ao se tentar a penetração (ou até mesmo antes, por antecipação, ao simplesmente imaginar tal situação).

### ***Considerações finais***

Como vimos o vaginismo tem múltiplas causas, elementos psicológicos em relação com aspectos biológicos pode afetar o quadro. É um quadro que faz com que a mulher deixe de ter uma vida sexual com mais prazer, mas se mostra totalmente reversível. É importante que o casal não deixe que o vaginismo acabe com a relação, já que o vaginismo tem tratamento e cabe ao dois buscá-lo, e é muito possível um relacionamento sobreviver ao vaginismo.

### ***Referências***

ABDO, C. H. et al. Prevalence of sexual dysfunction and correlated conditions in a sample of Brazilian women: results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). **International Journal of Impotence Research**, v. 16, p. 160-166, 2004.

ALMEIDA, T.; VANNI, G. **Amor, ciúme e infidelidade: como estas questões afetam sua vida**. São Paulo: Letras do Brasil, 2013.

AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.16, n. 3, p. 279-283, jul./set., 2009.

BAHLS, S.-C.; NAVOLAR, A.B.B. Terapias cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. **Revista Eletrônica de Psicologia-**



**Psico UTP** (online). Curitiba, n. 04, jul. 2004. Disponível em: <www.utp.br/psico.utp.online>. Acesso em 13/06/2014.

BINIK, Y. M. The DSM diagnostic criteria for vaginismus. **Archivos Sexual Behavior**, v. 39, p. 278-91, 2010.

BINIK, Y. M.; BERGERON, S.; KHALIFÉ, S. Dyspareunia e vaginismus: so-called sexual pain. In: LEIBLUN, S. R., ed. **Principles and practice of sex therapy**. New York: The Guilford, 2007. p. 124-156.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM 5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DSM V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition. Washington Dc, London England: APA,2013.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A incompetência sexual**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.

McGUIRE, H.; HAWTON, K. Interventions for vaginismus. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2001. DOI: 10.1002/14651858.CD001760.

MERCK SHARP & DOHME - BRASIL. Distúrbios da função sexual. In: **Manual Merck de informação médica saúde para a família**. [S.l.], Merck Research Laboratories, 1995-2007. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msd43/m\_manual/mm\_sec7\_88.htm>. Acesso em 13/06/14

MOREIRA, R. L. B. D. **Medicina e sexualidade: clínica e farmacomodulação do prazer sexual**. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.

MOREIRA, R. L. B. D. Vaginismo. **Revista Medicina Minas Gerais**, v. 23, n. 3, p. 336-342, 2013.



*Capítulo 6 - Pode um relacionamento sobreviver ao vaginismo?*

MUNARRIZ, R. et al. Biology of female sexual function. **Urologic Clinics of North America**, v. 29, p. 685-693, 2002.

MUSE, M. **Tratamiento de disfunciones sexuales manual terapêutico**. Madrid: TEA, 1994.

**PINHEIRO, M. A. O.** O Casal com vaginismo: um olhar da Gestalt-Terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 6, n. 10, p. 91-143. 2009. Disponível em: <http://igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/viewFile/1894/2585>. Acesso em: 13/06/2014.

SHAFIK, A.; El-SIBAL, O. Study of the pelvic floor muscles in vaginismus: a concept of pathogenesis. **European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology**, v. 105, n.1, p.67-70, oct., 2002.

VEIGA, A. P. Orgasmo: querer e poder. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 6, 2007. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=117&layout=html>. Acesso em 13/06/2014.

