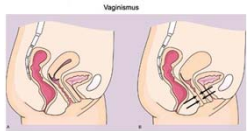


## Fisioterapia no Transtorno da Dor Gênitico-Pélvica/Penetração

Dr Beth Shelly PT, DPT, WCS, BCB PMD  
www.bethshelly.com



---

---

---

---

---

---

---

---

### Pontos

- Tratamento - sensibilização central
- Tratamento para realização de posições sexuais com facilidade e relaxamento
- Tratamento para aspectos psicossociais
- Tratamento para a diminuição de tônus (MAP)
- Mobilização de tecidos moles / liberação miofascial
- Tratamento de mulheres com altos níveis de ansiedade sobre a penetração
- Dilatadores vaginais

---

---

---

---

---

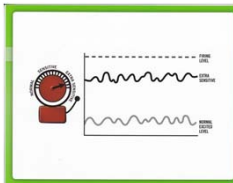
---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Exercício e instrução
- Terapia manual / modalidades



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Educação em Neurociências Terapêuticas (Louw 2014, Hilton 2011)
- Terapia Comportamental Cognitiva (CBT)
- Afirmações e pensamento positivo
- Alegria e riso (Fowler 2010)



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central



#### Respiração diafragmática

- Aumenta a produção parassimpática e o relaxamento geral
- Relaxamento de MAP
  - Inspiração com elevação abdominal
  - Inspiração com relaxamento de MAP



---

---

---

---

---

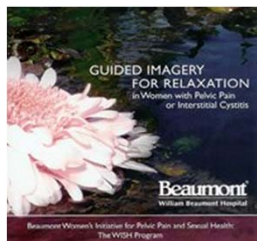
---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Técnicas de relaxamento (Carrico, 2008)
  - Visualização
  - Imagens
  - “Body scanning”



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Yoga (Hatha)
- Exercício aeróbico- liberação de endorfina (Goldsmith 2000, Hoffman 2004)



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Terapia manual / modalidades
- Massagem relaxante
  - Ensaio clínico randomizado (ECR) de mulheres com Síndrome da Bexiga Dolorosa – 26% relataram melhora moderada a acentuada com massagem geral (FitzGerald 2012)
- Calor para dor persistente
  - Meia de arroz aquecida na região do cóccix / retal ou banho quente

---

---

---

---

---

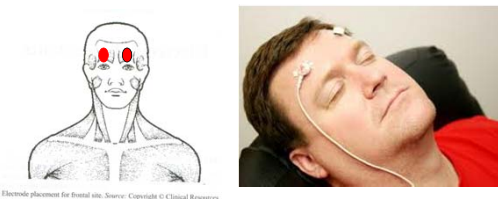
---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Biofeedback de relaxamento generalizado - EMG ou térmica



Electrode placement for frontal site. Source: Copyright © Clinical Resources.

---

---

---

---

---

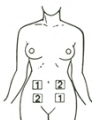
---

---

---

### Tratamento - Sensibilização Central

- Eletroestimulação transcutânea (TENS)
  - ECR – Dor pélvica crônica (DPC) TENS na área suprapúbica 100 Hz – 5 dias por semana, durante 4 semanas diminuiu a dor significativamente (Sikiru 2008)
  - Dor pélvica crônica (DPC) 48% apresentaram resultados positivos após 12 semanas de TENS (Schneider 2013)



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - posições sexuais com facilidade e relaxamento

- O objetivo é reduzir a dor no quadril e no tronco e a ansiedade em posições sexuais - aumentando a probabilidade de ela relaxar a MAP
- Mobilização de tecidos moles / liberação miofascial nos músculos do tronco e das pernas
- Mobilização articular para “soltar” os quadris



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento - posições sexuais com facilidade e relaxamento

- Alongamentos para restaurar o comprimento e a mobilidade dos músculos da cintura pélvica – posição “bebê feliz”



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento para aspectos psicossociais

- Atento a termos, palavras, instruções
- Grupos de apoio, recursos, aconselhamento individual ou de parceiros
- Importância do desenvolvimento do desejo e da excitação (Berman 2001)



---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento para diminuição do tônus (MAP)

- Tratamento fisioterapêutico padrão para disfunção musculoesquelética na pelve
  - Sínfise púbica, sacroilíaca, disfunção lombar
  - Encurtamento de adutores, piriforme, obturador interno
  - MAP hiperativa persistente pode estar relacionada à disfunção da articulação pélvica - opinião de especialistas (Doggweiler-Wiygul 2004, Lee 2011, Gurian 2012, Chaitow 2012, Tu 2005)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento fisioterapêutico padrão para disfunção musculoesquelética na pelve

Lee D, The Pelvic Girdle An integration of clinical expertise and research. Churchill Livingstone Elsevier Edinburgh. 2011

Chaitow L, Lovegrove Jone R. Chronic pelvic pain and dysfunction practical physical medicine. Elsevier Churchill Livingstone 2012.



© 2003 Primal Pictures Ltd

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento para diminuição do tônus (MAP)

- Treinamento de relaxamento com biofeedback (com e sem dilatadores vaginais) (McGuire 2009)
- Contrair-relaxar para diminuir a tensão da MAP (Naess 2013)
- Mobilização de tecidos moles / liberação miofascial

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento multidisciplinar – espasmos da MAP

- “O manejo da dor pélvica é mais eficaz quando uma equipe multidisciplinar de médico, fisioterapeuta e psicólogo está simultaneamente envolvida no tratamento do paciente desde o início.” ECR (Peters 1991)
  - Evidência para apoiar o efeito de intervenções multidisciplinares - **revisão sistemática** (Loving 2012)
- Peters AA, et al. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 1991;77:740-744.
- Loving S, Nordling J, Jaszczak P, Thomsen T. Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. *Scand J of Pain* 2012;3:70-81.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Mobilização de tecidos moles / liberação miofascial

- Indicações
  - Alongamento manual de cicatrizes aderentes - cirúrgicas, obstétricas ou de radiação
  - Aumento do tônus da MAP em uma área do canal vaginal, por exemplo, mialgia por tensão unilateral
  - Quando há aumento do tônus em todas as áreas, recomenda-se utilizar a liberação miofascial junto com dilatadores vaginais
  - Melhorando o comprimento circunferencial normal da MAP e fásia

---

---

---

---

---

---

---

---

### Pesquisa sobre massagem de tecidos moles

- A liberação de pontos-gatilho é eficaz no tratamento da dor muscular e referida, mas não há método preferido (nota 1a) - diretrizes da Associação Europeia de Urologistas para DPC (Engeler 2010)
- A terapia manual (incluindo liberação miofascial) se mostrou eficaz para melhorar a função sexual em mulheres com distúrbios do assoalho pélvico (Rogers 2018)

---

---

---

---

---

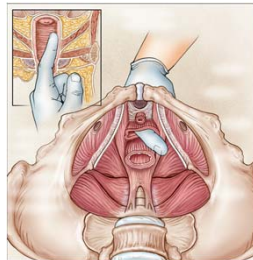
---

---

---

### Pesquisa sobre massagem de tecidos moles

- "Distensão" das estruturas pélvicas em mulheres com DPC (Heyman 2006)
  - ECR comparando o alongamento de MAP à terapia / aconselhamento
  - Diminuição significativa em intensidade da dor e quantidade de dores relatadas durante a relação sexual no grupo que recebeu o alongamento




---

---

---

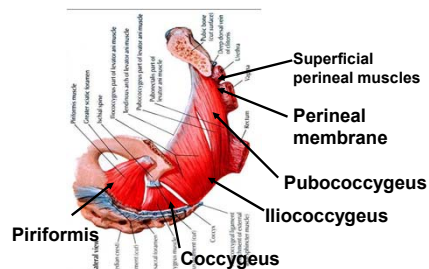
---

---

---

---

---



2009

---

---

---

---

---

---

---

---

### Pesquisa sobre massagem de tecidos moles

- Automassagem retal / vaginal em pacientes com DPC (Anderson 2011)
  - Ferramenta curvada (“varinha”) usada para massagear internamente pontos-gatilho de MAP
  - 95% das pacientes sentiram que a “varinha” era pelo menos moderadamente eficaz na diminuição da dor




---

---

---

---

---

---

---

---

### Mobilização de tecidos moles / liberação miofascial

- Outras técnicas ainda utilizadas para dor aguda ou intensa
  - Pressão isquêmica
  - Contrair-relaxar
- Técnicas que envolvem movimento são mais agressivas
  - Massagem perineal de Thiele (Oyama 2004)
  - Massagem por atrito / dedilhamento

---

---

---

---

---

---

---

---

### Outras técnicas ainda utilizadas para dor aguda ou intensa

- Pressão isquêmica
  - Pressione paralelamente ao músculo
  - Espera-se um leve desconforto, não dor
  - Mantenha a pressão por 1 a 2 minutos ou até sentir a liberação
  - Diminua a pressão se o tecido não estiver liberando

---

---

---

---

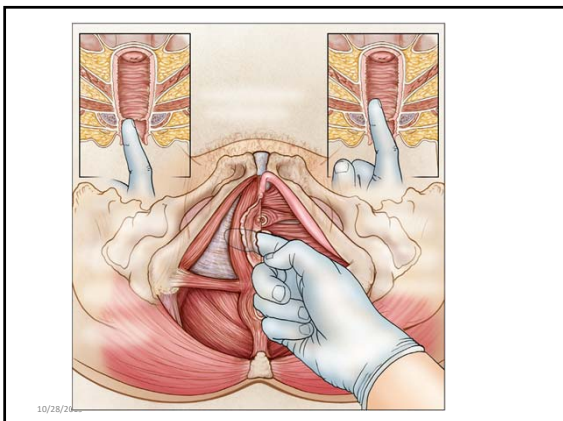
---

---

---

---





---

---

---

---

---

---

---

---

### Outras técnicas ainda utilizadas para dor aguda ou intensa

- **Contraír-relaxar**
  - A paciente deve contrair a MAP e, então, relaxar completamente
  - Durante o relaxamento, pressione suavemente o músculo, aumentando o relaxamento e inibindo a contração
  - Peça à paciente para contrair parcialmente novamente, mas não permita que o músculo se contraia totalmente (mantenha a pressão)
  - Com o segundo relaxamento, aumente a pressão, resultando em mais relaxamento

---

---

---

---

---

---

---

---

### Técnicas que envolvem movimento são mais agressivas

- **Massagem perineal de Thiele (Oyama 2004)**
  - A técnica é realizada originalmente apenas no reto, mas pode ser modificada para o tecido vaginal
  - 3:00-9:00
  - Repita entre 10 e 15 vezes
  - A intensidade da pressão é determinada pela tolerância da paciente
- **Abaixar-se durante a massagem pode ajudar a relaxar**

---

---

---

---

---

---

---

---

### Músculo Obturador Interno



The first photograph shows a therapist using their hands to palpate the hip region of a patient lying on their back. The second photograph shows the therapist applying a specific manual technique to the hip area.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Técnicas que envolvem movimento são mais agressivas

- Massagem por atrito / dedilhamento
  - Aplique pressão no tecido
  - Um movimento de fricção para frente e para trás é usado para quebrar restrições miofasciais profundas
  - Mova uma pequena distância da direita para a esquerda ou para dentro e para fora

---

---

---

---

---

---

---

---

### Tratamento para mulheres com ansiedade sobre a penetração (Rosenbaum 2011)

- Em cada etapa, a paciente é solicitada a classificar sua ansiedade em uma escala de 0 (nenhuma) a 5 (severa).
- Então, ela é questionada sobre o que precisa acontecer para diminuir a ansiedade para 0 ou 1.
  - Possivelmente voltar a um estágio anterior do tratamento
  - Ou utilizar exercícios respiratórios para diminuir a ansiedade
- A paciente sempre pode voltar a um estágio do tratamento em que se sente segura. O tratamento só deve prosseguir quando a ansiedade está entre 0 a 1

---

---

---

---

---

---

---

---

### Progressão

- Etapa 1 - deitada na mesa e coberta com um lençol
- Etapa 2 - como acima, mas agora com as pernas dobradas e os joelhos afastados
- Etapa 3 - como acima, mas agora sem estar coberta com um lençol
- Etapa 4 - como acima, com shorts primeiro com lençol e depois sem lençol
- Etapa 5 - como acima, apenas com roupas íntimas, com e sem lençol
- Etapa 6 - como acima, sem calcinha, com e sem lençol




---

---

---

---

---

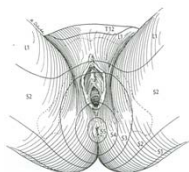
---

---

---

### Progressão

- A progressão do toque ocorre de uma maneira semelhante ao toque pessoal
  - Pernas, virilha
  - Genitália
  - Vestíbulo vulvar
  - Inserção vaginal dos dedos




---

---

---

---

---

---

---

---

### Uso graduado do dilatador

- Também pode ser chamado de "treinadores" para diminuir o medo
  - Autoinserção do dilatador
  - Autoinserção com o parceiro também segurando o dilatador
  - Parceiro inserindo o dilatador com a mão do paciente também no dilatador
  - Parceiro inserindo o dilatador




---

---

---

---

---

---

---

---

**Tratamento para mulheres com ansiedade sobre a penetração** (Rosenbaum 2011)

- O objetivo é que a mulher esteja presente física e emocionalmente durante o exame e o tratamento.
- As pacientes devem ser incentivadas a perceber o momento exato em que elas começam a sentir ansiedade.
- Prestar atenção ao sentimento (e pensamentos) da paciente sobre o tratamento.
- E estar ciente dos momentos em que ela consegue relaxar.

---

---

---

---

---

---

---

---

**Indicações para uso de dilatadores vaginais**

- Tensão aumentada de MAP em todos os quadrantes - tecido firme, pequeno canal vaginal
  - A tensão em apenas uma área é melhor tratada com alongamentos manuais
- Contração paradoxal em resposta à penetração vaginal
- Pele sensível e dolorosa ao ser deslizada
- Quando a paciente expressa medo ou ansiedade sobre uma possível experiência negativa durante a penetração
  - os dilatadores dão às mulheres a chance de "praticar" a relação sexual

---

---

---

---

---

---

---

---

**Diagnósticos comuns**

- Dispareunia primária - dor surgiu desde a primeira relação sexual
- Dispareunia secundária / dor pélvica
- Durante e após a radiação vaginal (Matos 2019 São Paulo)
- Atrofia vaginal relacionada à idade (Kagan 2019)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Objetivo

- Alongar o tecido vaginal contrátil e não contrátil



---

---

---

---

---

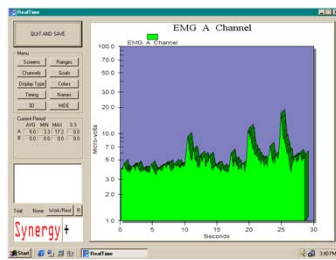
---

---

---

### Objetivo

- Aprender a relaxar os MAP durante a inserção



---

---

---

---

---

---

---

---

### Objetivo

- Dessensibilizar a pele sensível – “areia quente”



---

---

---

---

---

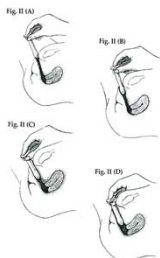
---

---

---

### Objetivo

- Praticar relações sexuais sem dor ou com dor mínima
- Aumentar a confiança e diminuir a ativação da dor




---

---

---

---

---

---

---

---

### Posição da paciente

- Paciente na posição de “gancho”, joelhos ligeiramente afastados
- Em casa
  - Reclinar em uma banheira de água morna com os joelhos dobrados e as pernas apoiadas
  - Reclinada na cama com os joelhos dobrados




---

---

---

---

---

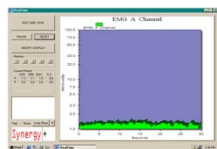
---

---

---

### Uso do dilatador vaginal com biofeedback / EMG

- Sensores externos de EMG são colocados às 3:00 e 9:00 no tecido do esfíncter anal externo
- Obtenha dados em repouso - pratique relaxamento da MAP




---

---

---

---

---

---

---

---

### Método

- Paciente escolhe o dilatador que sente que pode inserir sem dor – o sucesso é prioridade neste momento
- Coloque uma quantidade suficiente de lubrificante solúvel em água não irritante na ponta e nas laterais do dilatador




---

---

---

---

---

---

---

---

### Método

- A paciente separa os lábios com uma mão e insere o dilatador com a outra
- É importante não deixar uma parte dos lábios dobrar durante o uso do dilatador (Essa dica também serve para relações sexuais)

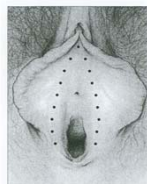


FIG. 10 The Vestibule is the hollow between the labia minora. The opening of the urethra, the vagina, and many small glands are in the vestibule.

---

---

---

---

---

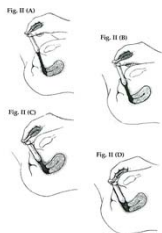
---

---

---

### Ângulo do dilatador

- Um pouco para baixo em direção à mesa
- Inclinado com tensão significativa dos MAP
- Tente ângulos para o lado - usando a mão oposta
- O terapeuta pode precisar segurar o dilatador e ajudar o paciente, mas nunca forçar
- “Convide o dilatador para dentro”




---

---

---

---

---

---

---

---

### Método

- Mantenha a MAP relaxada e insira lentamente o dilatador - observe a tela do EMG. Lembre-se de que movimentos podem causar um aumento no sinal (ruído) durante a inserção do dilatador
- Pause se houver dor ou resistência significativa; permitir que o músculo relaxe

---

---

---

---

---

---

---

---

### Inserção do dilatador



---

---

---

---

---

---

---

---

### Método

- Continue a inserir até que o dilatador tenha chegado na musculatura profunda
- Se a paciente não conseguir inserir totalmente o dilatador, segure-a na profundidade que ela é capaz de tolerar com dor leve a moderada



---

---

---

---

---

---

---

---



### Método

- Deixe o dilatador permanecer inserido por até 10 minutos; remova antes de 10 minutos se a dor aumentar
- Mantenha os MAP relaxados
- Também pode ser útil realizar contrações de MAP submáximas para melhorar o relaxamento
- O dilatador é removido o girando levemente enquanto ele é puxado lentamente para fora

---

---

---

---

---

---

---

### Vibradores e dilatadores “Cool”



---

---

---

---

---

---

---

### Tamanho de dilatadores

- Na primeira sessão, a paciente poderá avançar em vários tamanhos
- Nas semanas subsequentes, a paciente pode avançar um tamanho por semana ou mais lentamente
- A paciente sempre está no controle



---

---

---

---

---

---

---

### Adicionando movimento

- Movimentar o dilatador também é possível; a paciente segura a extremidade do dilatador e o move lenta e suavemente para dentro e para fora
- Geralmente feito com um tamanho que a paciente pode inserir facilmente
- O movimento dessensibiliza a pele vaginal hipersensível e aumenta a tolerância da pele ao atrito

---

---

---

---

---

---

---

---

### Envolvendo o parceiro

- Sugira que a paciente e o parceiro trabalhem para aumentar o desejo no início da terapia
- A paciente também pode imaginar o parceiro / relação sexual durante o uso do dilatador
- Com boa comunicação e sensação de segurança, o parceiro insere o dilatador ou ajuda a paciente a inserir
- Muitas vezes, é útil usar o dilatador antes da relação sexual

---

---

---

---

---

---

---

---

### Retomando a atividade sexual

- Peça à paciente para estimar a circunferência de seu parceiro e a incentive a conseguir eventualmente inserir um dilatador de tal tamanho (ou um pouco maior)
- Algumas mulheres acham que podem ter relações sexuais ao inserir os segundos maiores dilatadores
- A paciente saberá quando estiver pronta

---

---

---

---

---

---

---

---

### Retomando a atividade sexual

- Em alguns casos, a paciente pode
  - inserir o maior dilatador
  - mas ainda ter problemas emocionais ou de relacionamento que limitam as relações sexuais
- Neste caso, faça com que a paciente
  - continue a usar os dilatadores por conta própria para manter o canal vaginal aberto
  - atenda sessões de aconselhamento terapêutico.

---

---

---

---

---

---

---

### Retomando a atividade sexual

- A paciente deve considerar recomeçar com o uso de lidocaína
- Sugere-se iniciar a relação sexual em uma posição onde ela tenha o controle



---

---

---

---

---

---

---

### Educação sobre posições sexuais

- A paciente deve ser instruída sobre quais posições diminuem a tensão nas articulações e dores na musculatura pélvica
- Posições "Mulher no controle"
  - Ele fica parado e ela se move

---

---

---

---

---

---

---

“mulher por cima”: mais penetrante; as mulheres tem mais controle sobre a profundidade

• She supports herself with her legs and arms to avoid putting weight on his low back.

To keep the spine in neutral, he aligns his natural curves. The cervical

---

---

---

---

---

---

---

---

“de quatro”: ela se move em direção a ele.

Not for Sore Necks

To extend the spine, she keeps her back arched.

13

---

---

---

---

---

---

---

---

Educação sobre posições sexuais

- Posições menos penetrantes
  - Dor profunda e / ou canal vaginal curto
  - Espaçador peniano

A white, multi-tiered penile spacer device, consisting of four rounded, stacked sections, used to increase the depth of penetration during intercourse.

---

---

---

---

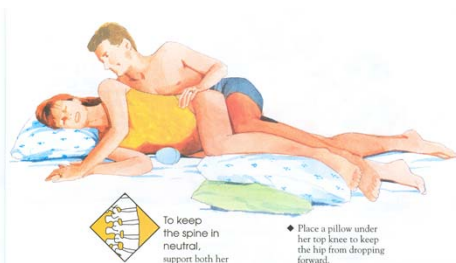
---

---

---

---

### Deitada de lado com o parceiro por trás: menos penetrante



To keep the spine in neutral, support both her head and waist.

◆ Place a pillow under her hip/knee to keep the hip from dropping forward.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Almofada na coxa do homem



To keep the spine in neutral, he aligns his natural curves. The cervical

◆ She supports herself with her legs and arms to create pelvic stability.

---

---

---

---

---

---

---

---

### Treinando a consciência sensorial (Harish 2012)

- A paciente usa o espelho para visualizar o períneo para aumentar a conscientização e a sua sensação de “propriedade” da área
- A autopalpação dentro e fora do períneo restaura a consciência e a propriedade tátil



---

---

---

---


---

---

---

---

### Importante lembrar

- A paciente está no controle do dilatador
- Deixe a paciente seguir seu próprio ritmo quando estiver pronta
- Pergunte sobre sentimentos de "preocupação" ou ansiedade (0-5) 
- Use lubrificação adequada, pode ser necessário tentar uma lubrificação diferente se sensível
- Experimente diferentes posições das pernas e do tronco, bem como ângulos de inserção, para encontrar a melhor combinação

---

---

---

---

---

---

---

---

### Importante lembrar

- Movimentos lentos são geralmente melhores
- A prática em casa é necessária - a paciente deve comprar um conjunto de dilatadores
- Considere também o uso de lidocaína com dilatadores para condições muito dolorosas (10 minutos antes)
- Lubrificação excessiva após várias inserções do dilatador pode inviabilizar eletrodos, tornando o sinal EMG não confiável

---

---

---

---

---

---

---

---

### Estudo de entrevista qualitativa sobre a experiência das mulheres no tratamento de dilatadores vaginais (Macey 2015)

- Falta de conhecimento - profissional e paciente
- Procedimentos impessoais por parte do profissional - "permita que o dilatador entre"
- Jornada complicada – procurando ajuda, tolerando procedimentos, negociando com planos de saúde
- Para facilitar a jornada - suporte de parceiros, rede, grupos de suporte para pacientes, comunicação

---

---

---

---

---

---

---

---

Dilatadores vaginais. McCullagh WMH, April 23, 1949 BMJ, pg 723.

- Descreve um até então novo dilatador vaginal de metal com alças.
- Dilatadores de vidro eram previamente utilizados

---

---

---

---

---

---

---

Tratamento de vaginismo por dessensibilização hipnótica. (Fuchs 1980)

- A base é evitar situações que produzam ansiedade
- Início – inserção do dedo da paciente – relação sexual finalizada em uma posição “superior” feminina
- 71 mulheres (sem grupo controle) 18 = hipnose, 54 = dilatadores
- “Bons resultados” 88% no grupo hipnose, 98% no grupo dilatador
- Acompanhamento de 2 a 5 anos sem reincidência

---

---

---

---

---

---

---

Terapia com dilatadores vaginais - uma opção ginecológica ambulatorial no tratamento da dispareunia (Idama 2000)

- 18 mulheres receberam instruções com dilatadores de vidro
- 77,8% “tratamento bem-sucedido”
- 16,7% (3 mulheres) necessitaram de tratamento adicional - psicoterapia ou cirurgia

---

---

---

---

---

---

---

O uso de treinadores vaginais Amielle como adjuvante no tratamento da vestibulodinia: um estudo multicêntrico observacional. (Murina 2008)

- 15 pacientes usaram dilatadores vaginais seguindo um protocolo específico (<http://www.vaginismus.com>)



---

---

---

---

---

---

---

---

O uso de treinadores vaginais Amielle como adjuvante no tratamento da vestibulodinia: um estudo multicêntrico observacional. 2008

Escala de dispareunia de 0-3 - inicial 2.2, final 1.1, diminuição estatisticamente significativa

- FSFI – inicial 16.3, final 25.3 melhora estatisticamente significativa  
– (26.5 – valor de corte para diferenciar disfunção sexual)

---

---

---

---

---

---

---

---

Tratamentos classificados como mais úteis (Reissing 2011)

- Exame ginecológico educacional
- Conversar sobre o que o problema na penetração significa
- Dilatação vaginal
- Educação sexual
- O ginecologista foi classificado como útil e o fisioterapeuta foi classificado como mais útil (embora poucas pacientes tenham visto um fisioterapeuta)

---

---

---

---

---

---

---

---



**Fisioterapia para vaginismo ao longo da vida (Reissing 2013)**

- As técnicas manuais internas foram consideradas mais úteis
- Seguidas por - educação do paciente, dilatação, "exercícios em casa"
- Média de 29 sessões
- Disfunção sexual quantificada enquanto medida clínica

---

---

---

---

---

---

---

---

**Tratamento multimodal do vaginismo, incluindo Botox (Pacik 2014)**



---

---

---

---

---

---

---

---

**Tratamento via Internet para "dificuldades de penetração vaginal" (Zarski 2017)**

- Piloto de um estudo controlado randomizado
- 10 sessões de psicoeducação, relaxamento, foco, exposição gradual a dilatadores
- Nenhuma diferença estatisticamente significativa na ocorrência de relações sexuais
- Melhor penetração sem relação sexual (dedo, dilatador)
- Menos medo e melhor enfrentamento do problema, satisfação geral com o tratamento

---

---

---

---

---

---

---

---

**Intervenções para o vaginismo.** Cochrane systematic review McGuire H, Hawton KKE. 2009.

- Abordagens de tratamento
  - Dessensibilização sistêmica - hipnose e / ou dilatadores graduados
  - Terapia sexual - casal e indivíduo
  - Terapia cognitiva
  - Educação
  - Terapia de relaxamento
  - “Flooding” – paciente observa o espelho enquanto o terapeuta insere um dedo na vagina e depois repete o procedimento
  - Farmacoterapia - benzodiazepínicos
  - Injeção de botox

---

---

---

---

---

---

---

---

**Intervenções para o vaginismo.** Cochrane systematic review McGuire H, Hawton KKE. 2009.

- Resultado bem-sucedido = capacidade de concluir relações sexuais e realizar um exame especular
- 3 estudos “elegíveis”
  - Um sem dados publicados
  - Um não randomizado - sucesso 89,7% (dessensibilização) e 100% (hipnose)
  - Um comparou a inserção do dilatador feita pelo médico ou por apenas instruções verbais
    - Nenhuma diferença estatística
    - Terapia a cada 2 semanas
    - Programa em casa - 10 a 15 minutos de uso do dilatador 5 vezes por semana
    - Nenhuma relação sexual até o final do programa

---

---

---

---

---

---

---

---

**Intervenções para o vaginismo.** Cochrane systematic review McGuire H, Hawton KKE. 2009.

- Conclusão – não há dados suficientes
- Melnik 2012 Cochrane systematic review
  - 5 estudos
  - Ainda não há dados suficientes para tirar conclusões

---

---

---

---

---

---

---

---

Artigos que revisam o tratamento fisioterapêutico na dispareunia, distúrbios de penetração dolorosa e DPC

- Frawley H, Bower W. Treatment of PFM pain and/or overactivity In *Evidenced based physical therapy of the pelvic floor*. Eds Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. Churchill Livingstone Elsevier. Edinburgh, 2007.
- Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall CF, Chamberlain S. Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *J Sex Med*. 2010;7:1003-1022.
- Hilton S, Vandyken C. The puzzle of pelvic pain – a rehabilitation framework for balancing tissue dysfunction and central sensitization I: pain physiology and evaluation for the physical therapist. *J of Women's health PT*. 2011;35(3):103-113.
- Holland A. Physical therapy intervention for dyspareunia: a case report. *J of Sec on Women's Health* 2003;27:18-20.

---

---

---

---

---

---

---

---

Artigos que revisam o tratamento fisioterapêutico na dispareunia, distúrbios de penetração dolorosa e DPC

- Jarrell JF, Vilos GB, et al. Consensus Guidelines for the Management of Chronic Pelvic Pain *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(8):781-801
- Loving S, Nordling J, Jaszczak P, Thomsen T. Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. *Scand J of Pain* 2012;3:70-81.
- Vandyken C, Hilton S. The puzzles of pelvic pain: A rehabilitation framework for balancing tissue dysfunction and centralization II: A review of treatment consideration. *J of Women's Health PT*. 2012;36(1):44-54.
- Yunker A, et al. Systematic review of therapies for noncyclic chronic pelvic pain in women. *Ob and Gyn Survey*. 2012;67(7):417-425

---

---

---

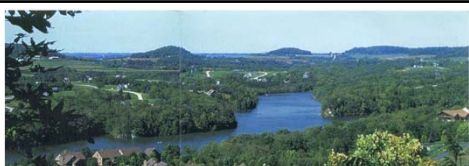
---

---

---

---

---



" Sem desvio da norma, o progresso não é possível"  
Frank Zappa

[www.bethshelly.com](http://www.bethshelly.com)  
[beth@bethshelly.com](mailto:beth@bethshelly.com)



---

---

---

---

---

---

---

---