

## VAGINISMO / DISPAREUNIA

Maria do Carmo de Andrade Silva<sup>1</sup>

*Vaginismo – Contração involuntária, persistente e recorrente da musculatura perivaginal, quando é tentada ou mesmo prevista a penetração vaginal.*

*Dispareunia – Dor genital associada frequentemente ao intercuro sexual. (DSM-IV-TR 2002).*

Dentre as atividades sexuais, a penetração (pênis x vagina), é a prática que caracteriza a própria relação sexual. A vinculação é tamanha, que se alguém tem relação utilizando sexo oral ou manipulações genitais, não se percebe ou é percebido, como tendo tido uma relação, mas sim, que houve simplesmente jogos sexuais.

A valorização histórica dada à penetração é tão intensa, que as pessoas ou casais envolvidos com tais dificuldades, além dos incômodos físicos e impossibilidades reprodutivas, percebem-se como anormais, inseguros e inferiores aos demais. Processo que progressivamente atinge outras áreas da vida relacional e, pela vergonha e sentimentos de incompetência, faz com que se escondam e convivam com tais problemas por anos, sem que procurem ajuda. Tal fato impede que a frequência com que estes transtornos ocorrem na população geral, não tenha sido realmente determinada. Segundo Masters e Johnson (1997), em pesquisa realizada com voluntárias de amostragem não clínica, examinadas nos anos de 1970-1980; com faixa etária entre 21 e 40 anos, apresentou-se vaginismo confirmado por exames pélvicos na proporção de uma em cada 20 delas.

Em nossa prática clínica no Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ – Hospital Moncorvo Filho, dentre as queixas de disfunções sexuais feminina apresentadas nos últimos 10 anos, o vaginismo/dispareunia correspondeu a 18% das queixas principais, ou apresentou-se como queixa associada, especialmente à Diminuição ou Inibição do Desejo Sexual - disfunção mais constantemente relatada neste ambulatório.

---

<sup>1</sup> Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Coordenadora do Ambulatório de Sexologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ. e-mail: [mariacarmoas@yahoo.com.br](mailto:mariacarmoas@yahoo.com.br)

Tais transtornos sexuais necessitam de um diagnóstico diferencial preciso, no intuito de se avaliar a etiologia do problema para então tratá-lo. Pois as causas podem ter origens físicas, psicológicas ou mistas. Os transtornos podem ser primários (sempre foi dessa forma), ou secundários (instalou-se após um tempo ou um acontecimento), também podendo ocorrer em uma determinada situação, mas não em outra.

Além destes diferenciais, a intensidade com que o problema do vaginismo ocorre também é variada. Em algumas mulheres a reação é extremada, impedindo qualquer possibilidade de exame físico ginecológico ou aproximação sexual. Em outras existe desejo e excitação, mas qualquer manifestação com aproximação genital será evitada. Em várias outras, a aproximação sexual é boa, fazendo ocorrer desejo, excitação e orgasmo (desde que haja nelas a certeza de que não haverá qualquer tentativa de aproximação e/ou penetração vaginal. A relação delas transcorre com manipulações clitorianas, sexo oral e em alguns casos, até mesmo penetração anal. O que é impensável e impossível de ocorrer é exclusivamente a penetração vaginal. Casos que deixam bem nítida a fobia associada exclusivamente à penetração vaginal e não ao sexo propriamente dito.

Os transtornos de vaginismo e/ou Dispareunia são casos típicos de problemas psicossomáticos. Assim, apesar de na maioria dos relatos, especialmente de vaginismo a etiologia estar vinculada a problemas psicológicos, a reação espasmódica e o impedimento à penetração é físico. Já nos processos da dispareunia, as etiologias mais frequentes são orgânicas, no entanto, progressivamente o medo simbólico associado terá representações psicológicas.

Como ainda hoje, algumas mulheres se dispõem a ter relações sexuais porque seus parceiros assim o desejam, vivendo relações voltadas exclusivamente para a satisfação das necessidades deles, pois o que realmente importa-lhes é agradá-los e não perdê-los. Muitas vezes para esse tipo de mulher, seu desejo ou prazer com a atividade sexual, não é o que conta. Algumas por desinformação e/ou até mesmo desvalias, vivem relações com incômodos físicos por muito tempo, sem que se dêem conta, de que não é para ser assim. Incômodos por uma vagina nada lubrificada, por falta de jogos iniciais, por desinteresse sexual por parte delas, por algum tipo de deficiência hormonal. Relações desagradáveis oriundas de coceiras e ardências advindas de fungos, bactéria e/ou infecções, processos que irão marcar as atividades sexuais como algo ruim,

levando futuramente a um possível desenvolvimento de dispareunia, vaginismo ou inibição de desejo sexual.

Por vezes a clínica ginecológica básica, não encontra substrato físico que dê suporte à dor relatada, mas isto não implica que a mulher não a sinta. Assim, um exame mais apurado e detalhado em busca da possível origem da dor, precisará incluir algumas fontes como: infecções, má formações, DST, vaginite senil, lubrificação insuficiente por problemas bioquímicos, laceração traumática do suporte uterino, infecção pélvica e endométrica, dispareunia pós-cirúrgica, adesões sob o prepúcio do clitóris e labial menor, remanescentes de himem irritados.

Se alguns destes problemas existiram ou ainda existem, mesmo que em pequeno grau, algumas mulheres por terem vivenciado essas sensações desagradáveis e dolorosas, podem ter fixado o medo da sensação ruim associada à atividade sexual e, sempre que há a possibilidade de penetração, ocorre o medo mesmo que inconsciente e as sensações apresentam-se como reais, quando a percepção é de dor.

Outras causas associadas psicologicamente a dispareunia são especialmente: a aversão sexual, condicionamentos familiares e/ou religiosos negativos em relação a sexo, experiências sexuais traumáticas e até aversão inconsciente aos homens. Imagens simbolicamente associadas a sexo como algo ruim e doloroso.

Muitas vezes, a dispareunia traz como conseqüência o vaginismo e, em alguns outros casos, do vaginismo pode-se desenvolver uma dispareunia, sempre que se tente a penetração de maneira mais incisiva. Uma interferindo e retro alimentando a outra.

Como causas mais freqüentes ao desenvolvimento do transtorno de vaginismo, observam-se os problemas psicológicos e dentre estes: condicionamentos negativos vinculados a sexo na família ou pela religião, supervalorização da virgindade, extrema sensibilidade a dor e incômodos associados aos excessivos cuidados com os genitais, fobias às DST, abuso sexual, violência sexual sofrida ou simplesmente acompanhada até mesmo pela mídia, hostilidade aos homens ou ao parceiro, medo de gestação e parto e crenças de que homens não tem controle sobre seus pênis. Porém em uma grande parcela das vagínicas, tais associações não encontram eco consciente. O que relatam é que não conseguem têm medo. Será através do trabalho terapêutico,

que progressivamente por associações poder-se-á reconstituir, ao menos em parte, a rede onde se escondem os perigos reais ou simbólicos destes medos.

Porém, apesar de um percentual muito amplo de casos de vaginismo ter como origem problemas psicológicos, a avaliação ginecológica sempre será necessária. Pois como dissemos, o vaginismo pode ter tido como base primeira a dispareunia e esta, pode estar associada a um problema ginecológico. Assim, apesar do exame físico ginecológico de uma vagínica ser muito difícil e em alguns casos, praticamente impossível, pois mesmo quando elas conscientemente tentam fazê-lo não conseguem, pois assustadas e de forma inconsciente, travam as coxas involuntariamente e escapam pulando para a parte superior da mesa de exame. É preciso que se tenha em mente, que não complicam o trabalho do médico de propósito. Ao contrário sentem-se muito envergonhadas com o que fazem. É a reação fóbica que não lhes permite e, o impulso inconsciente que comanda nesta hora, é a fuga de um perigo iminente.

Assim, uma abordagem inicial mais amena, como avaliações clínicas menos invasivas, no que se refere ao exame do canal vaginal propriamente dito, pode ocorrer. Desde que se restrinja ao relato detalhado da evolução do problema e em alguns casos, somente uma observação inicial da vulva, com a garantia de que não se irá introduzir qualquer coisa no canal. Processo que pode apontar algumas pistas diagnósticas, e garantir o início da formação de um vínculo de confiança, para futuras verificações. Pois a formação de um vínculo forte de intimidade e confiança será básico para que a evolução do tratamento possa ocorrer.

Os principais passos no tratamento do vaginismo/dispareunia são: identificação do tipo de problema apresentado, evolução, associações etiológicas e estado atual, certificação de que não há mais desconforto físico originário de algum problema orgânico, identificação, reflexão e modificação do medo e da intensidade da tensão, descondicionamento progressivo do espasmo involuntário muscular.

Dentre os recursos técnicos disponíveis referimos: anamnese sexual aprofundada, participação do parceiro, sempre que possível em várias etapas do processo de tratamento, reflexão, esclarecimentos e discussão sobre as causas reais ou simbólicas do problema, relaxamento, reconhecimento progressivo do próprio genital, desenvolvimento de percepções, fantasias e sensações genitais, desenvolvimento da percepção da musculatura perivaginal, exercícios de

Kegel, penetração de moldes de silicone progressivamente maiores, penetração de 1 dedo e depois 2 dedos, penetração de dedo do parceiro, penetração de moldes pelo parceiro, filmes, início da penetração peniana sob controle, tipos de posição, penetração livre.

Importante referir que os parceiros destas mulheres, na maioria dos casos, têm características típicas: são muito pacientes, compreensivos e sensíveis a qualquer incômodo manifesto por elas. E talvez, até mesmo por isso, é que elas conseguem se relacionar com eles, pois não a forçam a nada, ao contrário, não suportam vê-las desconfortáveis e contraídas por sua causa.

Em alguns casos, quando o problema, é vivenciado por muito tempo, conseqüentemente pode desenvolver-se neles, a diminuição ou inibição de desejo, a falha de ereção ou mesmo a ejaculação precoce. Em outros casos, é o homem que tem problemas sexuais e por isso, de forma defensiva consciente ou inconscientemente, esconde-se enquanto pode por traz do problema dela, o que impede o reconhecimento e desvendamento de seu próprio problema, além de prejudica a evolução do dela.

Muitas destas mulheres se escondem e evitam inconscientemente contatos com homens mais firmes, que de alguma forma possam representar ameaças. Só se vinculam em relacionamentos com parceiros menos incisivos, que entendem e toleram seu impedimento sexual para penetração. Vivem relacionamentos afetivos – sexuais (casadas ou não), por anos sem que haja penetração vaginal, satisfazendo-se com sexo oral, manipulações mútuas ou sexo anal. Muitas relatam terem tido muita dificuldade em saber que existiam tratamentos específicos para seus problemas. Outras só procuram tratamento, quando o casamento está desabando, porque o marido já não agüenta mais, ou quando o casal ou a mulher quer engravidar.

A maioria das mulheres e dos casais com esse tipo de transtorno, passa despercebida, apresentam-se socialmente como qualquer outro casal, já que não conversam sobre o problema com outras pessoas e/ou profissionais. Têm vergonha de já estarem casados ou relacionando-se durante anos e, ela permanecer virgem, ou mesmo tento tido raríssimos episódios de tentativas frustrantes de penetração dolorosas e desagradáveis. Ela sente-se anormal, menos mulher e inferior, pois não consegue algo que todas fazem e, além de tudo dizem que é ótimo. Ele se sentindo incompetente, por não conseguir despertar nela “tesão” suficiente, para que queiram a

penetração. Mas como isso acontece entre os dois, fica restrito à sua intimidade, sendo a discrição sua constante forma de ser.

Em nossa experiência clínica no Ambulatório de Sexologia anteriormente citado, assim como em nossa clínica particular, observamos que após iniciarem o tratamento para o transtorno de vaginismo/dispáreunia, estas pacientes e seus parceiros, são os casos de menor incidência de não retorno ou abandono do tratamento. Participam assiduamente das etapas do processo e, até mesmo a aparência das mulheres, a vaidade e o relato de maior segurança, vão se desenvolvendo simultaneamente ao progresso do crescimento sexual delas, quando do enfrentamento e êxito nos crescentes passos em direção a penetração completa. Na grande maioria dos casos, o êxito do tratamento é a norma e, o casal apresenta-se progressivamente mais seguro, sorridente e feliz por seu novo “*status* de normalidade sexual”.