

ABORDAGEM ATUAL DA DOR NA RELAÇÃO SEXUAL (DISPAREUNIA)

Ângelo do Carmo Silva Matthes¹

CURRENT APPROACH OF PAIN IN SEXUAL INTERCOURSE (DYSPAREUNIA)

ENFOQUE ACTUAL DEL PAIN EN LA INTERCURSO SEXUAL (DYSPAREUNIA)

Resumo: A dor pélvica acomete 30% das mulheres na menacme com vida sexual ativa e, destas, 50% relatam dispareunia. Infelizmente, ainda hoje, muitos profissionais não lidam adequadamente com essa queixa e, por isso, muitas mulheres padecem desse problema. O objetivo do nosso trabalho é mostrar claramente como deve ser abordagem atual dessa condição médica para melhorar a qualidade de vida das mulheres que sofrem desse problema. Primeiramente, conceitos errôneos e antigos devem ser modificados e atualizados, sendo o primeiro a definição de dispareunia, que deve ser entendida como a dor sentida exclusivamente durante a relação sexual, pois a dor sentida antes da relação deve ser entendida como dor pélvica de causa psicológica ou de dor pélvica de causa orgânica, e a dor sentida após a relação sempre deve ser entendida como dor pélvica de causa orgânica. O segundo conceito a ser modificado é a definição de dispareunia primária, que deve ser entendida como a dor sentida decorrente do ato sexual pela desproporção do pênis com a vagina. O terceiro conceito a ser alterado é a definição de dispareunia secundária, que deve ser entendida como a dor devido a uma causa orgânica definida, por exemplo, endometriose. Deve-se acrescentar a definição de dispareunia mista, que é a existência de dispareunia primária e secundária ocorrendo concomitantes. A definição de dispareunia superficial ou de entrada e a definição de dispareunia de profundidade devem ser mantidas como sempre foram entendidas, isto é: a primeira é dor sentida na entrada da vagina, portanto o vaginismo também é uma dispareunia superficial; e a última é a dor sentida no fundo da vagina. Secundariamente, diante desses novos conceitos, deve-se introduzir nova sistemática de abordagem da dor pélvica e da dispareunia para solução desse grave problema. Os profissionais que atendem mulheres com queixas de dispareunia, sabendo abordar o problema adequadamente, poderão beneficiar suas pacientes para que tenham melhor qualidade de vida sexual.

Palavras-chave: Dispareunia. Coito. Dor pélvica.

Abstract: Pelvic pain affects 30% of women in menacme with active sexual life and of this 50% report dyspareunia. Unfortunately, even today, many professionals do not deal adequately with this complaint and therefore many women suffer from this problem. The objective of our work is to clearly show how to approach this medical condition in order to improve the quality of life of women who suffer from this problem. First, erroneous and old concepts must be modified and updated, being the first; the definition of dyspareunia that must be understood as the pain felt exclusively during sexual intercourse, because the pain felt before the relationship must be understood as pelvic pain of psychological cause or pelvic pain of organic cause and the pain felt after the relationship must always be understood as pelvic pain of organic cause. The second concept to be modified is the definition of primary dyspareunia that should be understood as the pain felt resulting from the sexual act due to the disproportion of the penis with the vagina. The third concept to be changed is the definition of secondary dyspareunia which should be understood as pain due to a defined organic cause, for example, endometriosis. The definition of mixed dyspareunia, which is the existence of primary and secondary dyspareunia occurring concomitantly, should be added. The definition of superficial or entry dyspareunia and the definition of deep dyspareunia should be kept as they have always been understood, i.e. the former is pain felt at the entrance of the vagina, so vaginism is also superficial dyspareunia and the latter is felt at the bottom of the vagina. Secondarily, in view of these new concepts, a new system of approach to pelvic pain and dyspareunia should be introduced to solve

¹ Professor doutor, diretor da Clínica Mulher e Saúde do Centro Médico do Ribeirão Shopping de Ribeirão Preto. E-mail: angelomatthes2009@gmail.com.

this serious problem. Professionals who care for women with dyspareunia complaints, knowing how to approach the problem adequately, may benefit their patients so that they may have a better quality of sexual life.

Keywords: Dyspareunia. Coitus. Pelvic pain.

Resumen: El dolor pélvico afecta al 30% de las mujeres en la menopausia con vida sexual activa y de estas el 50% reporta dispareunia. Desafortunadamente, aún hoy, muchos profesionales no tratan adecuadamente esta queja y por lo tanto muchas mujeres sufren de este problema. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar claramente cómo abordar esta condición médica para mejorar la calidad de vida de las mujeres que sufren de este problema. En primer lugar, deben modificarse y actualizarse conceptos erróneos y antiguos, siendo el primero; la definición de dispareunia que debe entenderse como el dolor que se siente exclusivamente durante la relación sexual, porque el dolor que se siente antes de la relación debe entenderse como dolor pélvico de causa psicológica o dolor pélvico de causa orgánica y el dolor que se siente después de la relación debe entenderse siempre como dolor pélvico de causa orgánica. El segundo concepto a modificar es la definición de dispareunia primaria que debe entenderse como el dolor que resulta de la coito sexual debido a la desproporción del pene con la vagina. El tercer concepto a cambiar es la definición de dispareunia secundaria que debe entenderse como dolor debido a una causa orgánica definida, por ejemplo, la endometriosis. Debería añadirse la definición de dispareunia mixta, que es la existencia de dispareunia primaria y secundaria que se produce simultáneamente. La definición de dispareunia superficial o de entrada y la definición de dispareunia profunda deben mantenerse como siempre se han entendido, es decir, que la primera es el dolor que se siente a la entrada de la vagina, mientras que la segunda es también una dispareunia superficial y la segunda se siente en el fondo de la vagina. En segundo lugar, en vista de estos nuevos conceptos, debería introducirse un nuevo sistema de abordaje del dolor pélvico y la dispareunia para resolver este grave problema. Los profesionales que atienden a mujeres con dispareunia, sabiendo cómo abordar el problema adecuadamente, pueden beneficiar a sus pacientes para que tengan una mejor calidad de vida sexual.

Palabras clave: Dispareunia. Coito. Dolor pélvico.

Introdução

A dor pélvica está presente em 30% das pacientes com queixas ginecológicas e destas, 50% apresentam dispareunia, conforme levantamento de dados estatísticos do Ambulatório de Ginecologia Geral do Hospital Eletro Bonini, da Universidade de Ribeirão Preto, compatíveis com os da revisão bibliográfica de Abdo e Oliveira Junior (2002), que mostraram prevalência estimada de dispareunia, variando de 14,4% a 18%, com a confirmação de Abdo (2004) de que, no Brasil, 17,8% das mulheres referem dor na relação sexual.

Recentemente, foi publicada uma revisão clínica que avaliou a dor sexual feminina cuja conclusão dos autores Sorensen e colaboradores (2018, p. 9) foi perfeita:

Apesar da prevalência e do impacto da dispareunia, muitas mulheres não procuram atendimento. As mulheres com dispareunia muitas vezes sofrem em silêncio e sentem que sua dor não foi valorizada ou validada pelos profissionais.

Isso confirma o relato de Gerin (2008, p. 8), que observou que:

muitas mulheres ainda se submetem à prática sexual sem vontade, na presença da dor, para satisfazer o

parceiro e cumprir o seu dever de esposa, além de demonstrarem desconhecer a etiologia da dor, que embora descrevessem, como uma dorzinha fraca, que incomoda, na realidade se apresentou como uma dor de grande intensidade geradora de sofrimento intenso, o que reforçou a possibilidade de desqualificação da dor, como se sua presença fosse normal e esperado à mulher. Também demonstraram que os fatores não orgânicos, como a educação recebida e o relacionamento com o parceiro, apresentaram uma forte influência no desenvolvimento e manutenção da dispareunia, sem encontrar formas de resolver o problema.

Pode-se afirmar que “sem encontrar formas de resolver o problema” ocorre, porque os profissionais que atendem mulheres com essa queixa ainda desconhecem o real mecanismo da dor sexual feminina, misturam e confundem diferentes condições, uma vez que ainda não entenderam o que Binik (2010, p. 292) afirma corretamente: “parece altamente provável que existam diferentes síndromes de dispareunia”. Isso é verdadeiro, pois a dor que é sentida na penetração, na vulva e ou no óstio vaginal, cuja definição é dispareunia superficial, tem causa totalmente diferente da dor sentida na profundidade da vagina e que caracteriza a dispareunia de profundidade, que tem

como causa exclusiva a Síndrome da Vagina Curta Relativa (SVCR), descrita por Matthes e colaboradores (2012).

O não entendimento dessas síndromes distintas causa grande confusão na abordagem e tratamento das pacientes com essas queixas, por isso é fundamental que haja definições corretas para individualização de cada queixa.

Objetivo

O objetivo do nosso trabalho é mostrar claramente como deve ser abordagem atual dessa condição médica para melhorar a qualidade de vida das mulheres que sofrem desse problema. Para isso, é necessário ter definições precisas das variáveis que compõem o Transtorno Sexual Doloroso (TSD) feminino, que, segundo Boardman e Stockdale (2009) e Brauer e colaboradores (2014), é uma condição altamente prevalente e acarreta grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres acometidas e de sua parceria sexual. Estão inclusos nesse grupo a dispareunia (superficial e profunda), o vaginismo e o transtorno sexual doloroso não coital.

Conceitos de dispareunia e uso inadequado dos termos

O antigo conceito genérico de dispareunia – que, ainda hoje, é relatado por Sorensen e colaboradores (2018, p. 1), que escrevem: “Esta definição inclui desconforto recorrente ou persistente que ocorre antes, durante ou após o coito” – está errado e deve ser abandonado. O conceito atual deve ser o referido por Matthes e colaboradores (2016a, p. 2), que afirmam: “dispareunia é a dor sentida exclusivamente durante o ato sexual”, concordando com Basson (2013): “É a dor durante a tentativa de penetração vaginal ou durante a penetração vaginal completa”, mas discordando quando afirma que pode ocorrer no pós-coito: “A dispareunia pode ocorrer no momento da penetração (superficial/de introito), na penetração profunda, com o movimento peniano ou no pós-coito”. Como Matthes e Zucca-Matthes (2016c, p. 698) afirmam: “a dor pélvica crônica, depressão e ansiedade são consequências da dispareunia e não causa, pois virgens com estes sintomas nunca têm dispareunia”.

A dor que uma mulher sente antes e depois do coito é considerada dor pélvica, e nunca dor sexual. A dor pélvica pode ter causas orgânicas e não orgânicas, como as psicossociais, e podem ser concomitantes e agravadas pela relação sexual ou serem totalmente independentes do ato sexual.

A dor relatada antes do relacionamento sexual é a mesma que se verifica em indivíduos que gritam de dor quando tomam uma injeção, simplesmente ouvindo que lhes será aplicada uma injeção ou simplesmente vendo a injeção, sem que se tenha tido nenhum contato físico, ou

seja, injetado a agulha. Por essa razão, nunca diremos que uma injeção dói antes, durante e depois de ser aplicada.

Essa causa de dor antes da relação, sem contato físico sexual, tem como causa fatores psicológicos, que poderiam ocorrer “em uma jovem de 17 anos que, depois de passar anos ouvindo a mãe repetir, por diversas vezes, que relação sexual é ruim e dolorosa, dizia que não tinha desejo de iniciar sua vida sexual” e, por isso, se afastava dos homens, conforme relato de Gerin (2008, p. 14).

Por outro lado, a dor pós-coital, que permanece após a relação sexual, é dor pélvica, e não dispareunia, e sempre tem uma causa orgânica, exceto se já existe dor pélvica antes do ato sexual. No ato sexual, há um aporte de volume sanguíneo para a região pélvica, que pode permanecer como congestão pélvica e causar dor, principalmente em pacientes com varizes pélvicas. Também a penetração de algo estranho ao corpo da mulher pode ser responsável pela dor que é sentida após a relação sexual – do mesmo modo que ocorre com a dor que permanece na região em que foi aplicada uma injeção e que tem como causa o trauma deixado pela agulha, que cortou o músculo ou pela distensão do líquido injetado, mas não é mais dor da injeção em si, pois, se não tivesse tido a aplicação, não haveria dor no local referido.

A segunda confusão é discutir condições médicas diferentes como problemas iguais, como se verifica no relato de Brasil e Abdo (2016, p. 91): “dispareunia pode existir em decorrência de mais de uma condição, como endometriose e cistite intersticial”, que são exemplos típicos de dispareunia de profundidade de causa secundária sendo discutido genericamente como dispareunia, o que corrobora com a afirmativa de Sorensen e colaboradores (2018, p. 1), “são frequentemente usadas de forma intercambiável, porém são condições distintas, que requerem diferentes abordagens e tratamentos”. Portanto, cada uma deve ter uma revisão clínica independente.

A terceira confusão está na definição errada de dispareunia primária e secundária, ainda usada atualmente, como descrito por Sorensen e colaboradores (2018, p. 1): “a dispareunia primária ocorre na primeira relação sexual e a dispareunia secundária ocorre após algum tempo sem intercurso sem dor”. Essas definições estão totalmente equivocadas, como vemos na definição da Wikipédia: “Doença primária ou causa primária é um termo da saúde para as doenças que surgem espontaneamente, sem ter associação com, ou ser causada por outra doença” (DOENÇA PRIMÁRIA, 2019)

O entendimento correto é: dispareunia primária é definida como dor durante o coito sem causa orgânica, com a dor ocorrendo exclusivamente devido à incompatibilidade entre o tamanho do pênis ou o que penetra e o tamanho da vagina, em condições superficiais e profundas. A dispareunia primária está diretamente relacionada ao objeto que está penetrando a vagina, por isso

sempre ocorrerá dor com o mesmo companheiro, em condições idênticas de atividade sexual. Como afirma Basson (2013): “o tamanho do pênis e a profundidade da penetração influenciam a presença e a gravidade dos sintomas”, entendendo que o órgão sexual é, *per se*, o fator causal da dor sentida durante a relação sexual. Por isso, pode haver relação sem dor, se o que a penetra tem dimensões reduzidas em relação ao que lhe causa dor, como apresentado na SVCR.

Por outro lado, a dispareunia secundária, diferentemente da primária, sempre tem uma causa orgânica e, por isso, independe da dimensão do que penetra a vagina, pois, conforme Basson (2013), além de poder se agravar com a incompatibilidade de tamanho, pode:

ocorrer no momento da penetração (superficial/de introito) e ou na penetração profunda, devido ao movimento sexual peniano e outros órgãos internos acometidos de alguma patologia como as doenças inflamatórias pélvicas, os tecidos pélvicos com endometriose, tumores pélvicos são as causas das dores sentidas durante a relação.

Assim, uma mulher pode ter dispareunia primária, exclusivamente, quando não apresenta nenhuma causa pélvica orgânica, e a dor sentida durante a relação é devido ao estiramento máximo dos ligamentos e tecidos vaginais, mesmo que seja após muitos anos de atividade sexual.

Ainda, uma mulher pode ter dispareunia secundária, exclusivamente, quando apresenta qualquer causa pélvica orgânica, que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual, que a penetra, é insuficiente para causar uma distensão vaginal, mesmo que seja na primeira relação sexual.

Por último, uma mulher pode ter dispareunia primária e secundária ao mesmo tempo – portanto, dispareunia mista – quando apresenta qualquer causa pélvica orgânica que causa dor ao toque ou à movimentação e o órgão sexual que a penetra é suficiente para causar uma distensão vaginal traumática.

Para esclarecer, por exemplo: se uma viúva, que sentia dispareunia no primeiro casamento, casa-se novamente após cinco anos e ainda continua sentindo dor durante a relação sexual, ela deve ser diagnosticada como portadora de dispareunia primária, se a causa da dor for exclusiva da incompatibilidade do pênis com a vagina e secundária se, presentemente, apresentar atrofia vaginal ou outra causa orgânica. Lembrando que a secundária pode ser mista também.

A definição de dispareunia superficial ou de entrada e a definição de dispareunia de profundidade devem ser mantidas como sempre foram entendidas, isto é: a primeira é dor sentida na entrada da vagina – portanto, o vaginismo também é uma dispareunia superficial – e a última como a dor sentida no fundo da vagina. Secundariamente,

diante desses novos conceitos, deve-se introduzir nova sistemática de abordagem da dor pélvica e da dispareunia para solução desse grave problema.

A abordagem dependerá dessa conceituação para ficar muito clara, como afirmam Goldstein e Burrows (2017, p. 2): “os profissionais, que cuidam dessas mulheres, que sofrem de dor sexual, devem ter, não apenas, o conhecimento médico necessário, mas também empatia e compaixão”. Reafirmamos que o conhecimento é obrigatório, porque é necessário esclarecimento com mudanças nas atitudes e resolução de patologias das pacientes, pois, mesmo que empatia e compaixão sejam bem-vindas, continuarão com a má qualidade da vida sexual se não resolverem a causa da dispareunia e, para isso, é necessário conhecer as classificações dos Transtornos Sexuais Dolorosos (TSD).

Classificações dos TSD

O Transtorno da dor gênito-pélvica/penetração está, atualmente, assim redigido, como apresentado por Araujo e Lotufo Neto (2014, p. 78)

A. DSM-5 - Critérios Diagnósticos 302.76 (F52.6)

Dificuldades persistentes ou recorrentes com um (ou mais) dos seguintes:

1. Dificuldade de penetração vaginal durante a relação sexual.
2. Dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual vaginal ou nas tentativas de penetração.
3. Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação a, durante ou como resultado de penetração vaginal.
4. Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal.

Baseados nos conceitos dos TSD, fazemos a seguinte sugestão para a redação do sexto *Manual Diagnóstico e Estatístico* (DSM-6) com os *Critérios Diagnósticos nº 302.76 (F52.6)* transtorno da dor gênito-pélvica/penetração:

1. Transtorno da dor gênito-pélvica relacionada a contexto sexual/penetração

a. Dificuldades persistentes ou recorrentes em mulheres, sempre com vida sexual ativa e queixa de dispareunia, com um (ou mais) dos seguintes critérios:

1.1 Penetração vaginal durante a relação sexual e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

1.2 Dor vulvovaginal – dispareunia superficial, nas tentativas de penetração ou na entrada do pênis ou dispositivos no óstio vaginal, causada por alteração anatômica ou por patologia na entrada da

vagina, como, por exemplo, uma inflamação da glândula de Bartholin, e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

1.3 Medo ou ansiedade intensa de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação ao resultado da penetração vaginal; semelhante ao comportamento do medo de tomar injeção.

1.4 Tensão ou contração acentuada dos músculos do assoalho pélvico durante tentativas de penetração vaginal, correspondente ao vaginismo.

1.5 Dor gênito-pélvica – dispareunia de profundidade, exclusivamente durante o coito, causada por dispareunia primária, que é a desproporção entre o tamanho da vagina pequena em relação ao tamanho do pênis que a penetra, e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins, como na SVCR.

1.6 Dor gênito-pélvica – dispareunia de profundidade relatada durante o coito, quando está ausente antes e depois do coito; ou agravada durante o coito, quando está presente antes ou depois do coito, causada por dispareunia secundária, que é a presença de alteração anatômica ou de patologia no fundo da vagina, como, por exemplo, endometriose, Doença Inflamatória Pélvica (DIP), massas pélvicas e outras, e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

Determinar subtipo:

Ao longo da vida:

A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido:

A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Especificar a gravidade atual:

Leve: evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do critério A.

Moderada: evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do Critério A.

Grave: evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do critério A.

2. Transtorno da dor gênito-pélvica sem queixa de dispareunia, mas com atividade sexual

a. Dificuldades persistentes ou recorrentes em mulheres, sempre com vida sexual ativa, sem dor sexual, com os seguintes critérios:

2.1 Dor gênito-pélvica com causa orgânica definida e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

Encontro clínico ou de imagem de patologias ginecológicas, urológicas, proctogastrointestinais e neuro-osteomusculares.

2.2 Dor gênito-pélvica sem causa orgânica definida e excluídos distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

Ausência de sinais de imagem e de sinais e sintomas clínicos de patologias ginecológicas, urológicas, procto-gastro-intestinais e neuro-osteomusculares.

2.2.1 Psicossocial

2.2.2 Psicoemocional

Determinar subtipo:

Ao longo da vida:

A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido:

A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Especificar a gravidade atual:

Leve: evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas do critério A.

Moderada: evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas do critério A

Grave: evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas do critério A.

3. Transtorno da dor gênito-pélvica não relacionada a contexto sexual

Queixa de dor gênito-pélvica persistente ou recorrente em mulheres, com certeza, sem vida sexual ativa:

3.1 Dor gênito-pélvica com causa orgânica definida e distúrbios mentais, como depressão, ansiedade e outros afins.

Achado clínico ou de imagem de patologias ginecológicas, urológicas, proctogastrointestinais e neuro-osteomusculares;

3.2 Dor gênito-pélvica sem causa orgânica definida.

3.2.1 Psicossocial

3.2.2 Psicoemocional

Exclui dor de causa ginecológica

Exclui dor de causa proctogastrointestinal

Exclui dor de causa urológica

Exclui dor de causa osteoneuromuscular/
SVCR

Ao longo da vida:

A perturbação esteve presente desde que a mulher se tornou sexualmente ativa.

Adquirido:

A perturbação iniciou depois de um período de função sexual relativamente normal.

Especificar a gravidade atual:

Leve: evidência de sofrimento leve em relação aos sintomas.

Moderada: evidência de sofrimento moderado em relação aos sintomas.

Grave: evidência de sofrimento grave ou extremo em relação aos sintomas.

Diagnóstico

O enquadramento desses novos itens facilitará a abordagem de mulheres com dor gênito-pélvica pelos profissionais de saúde que atendem mulheres com essas queixas, pois, conforme Gerin (2008, p. 9):

quando estas conseguiram exteriorizá-las a estes profissionais, receberam orientações desconexas e não foram encaminhadas à profissionais habilitados à temática da sexualidade, o que demonstra o despreparo dos profissionais de saúde e dos serviços para receber e auxiliar esta clientela.

Infelizmente, o que se verifica são tentativas de diagnósticos de dispareunia sem exame clínico efetivo. Por isso, é importante que uma equipe multidisciplinar tenha ginecologista com experiência para fazer exame ginecológico com toque para descobrir possíveis lesões parametriaes, inflamações pélvicas, massas pélvicas e determinar o tamanho da vagina e a sua capacidade de distensão, podendo, assim, detectar causas orgânicas, pois, muitas vezes, exames de imagem não são suficientes e adequados para fazer diagnóstico de muitas lesões pélvicas, como focos de endometriose palpáveis no exame de toque não vistos na ultrassonografia pélvica e transvaginal. Muitas vezes, o diagnóstico de dor pélvica de causa ginecológica, só, é possível de ser afirmado quando o exame físico descarta qualquer possibilidade de patologias pélvicas, que poderiam ser causadoras dessa dor.

Basson (2013) recomenda, para o exame clínico, para a avaliação da dispareunia superficial/de introito:

que seja feita a inspeção de toda a pele vulvar, incluindo as dobras entre os pequenos e os grandes lábios

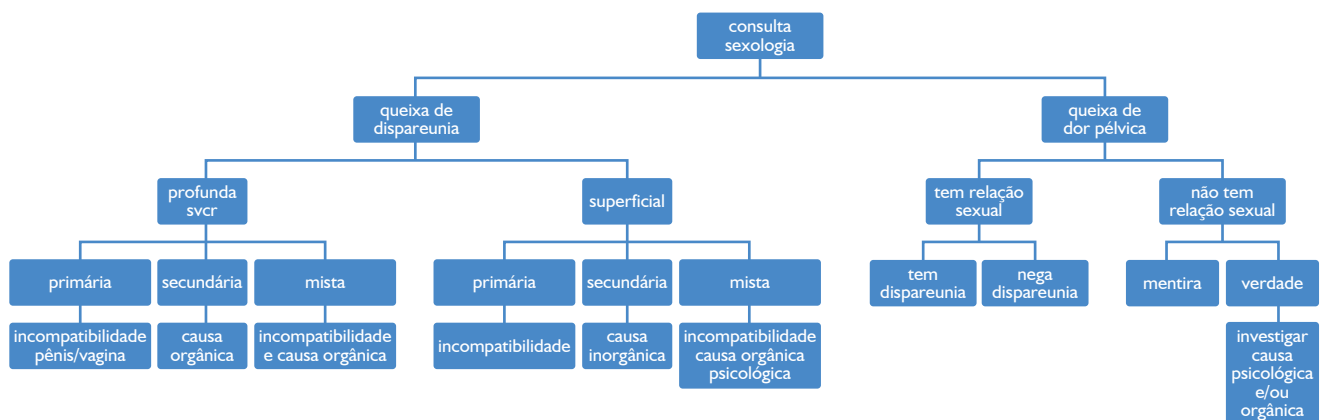
(para verificar se há fissuras típicas de candidíase crônica) e o capuz do clitóris, o meato uretral, o hímen e as aberturas dos ductos das glândulas vestibulares maiores (para verificar se há atrofia, sinais de inflamação e lesões cutâneas anormais que exigem biópsia. A PVD pode ser diagnosticada usando um cotonete para produzir alodinia (dor causada por estímulo não nocivo); deve-se tocar as áreas externas não dolorosas antes de ir para as áreas tipicamente dolorosas (i. e., borda exterior do anel himenal, fendas adjacentes ao meato uretral). Pode-se suspeitar de hipertonicidade do músculo pélvico, se a dor similar à que ocorre durante a relação sexual puder ser reproduzida pela palpação dos profundos músculos levantadores do ânus, em especial em volta da espinha isquiática. A palpação da uretra e da bexiga pode identificar sensibilidade anormal.

Basson (2013) recomenda para a avaliação da dispareunia profunda, que sempre seja feito um exame bimanual cuidadoso, com o qual concordamos e acrescentamos, conforme Matthes e Zucca-Matthes (2012, p. 36):

Também deve-se pesquisar o principal sinal da SVCR, o sinal de Matthes, que é a dor referida pela paciente quando no toque bimanual do exame ginecológico, o médico empurra o colo do útero para cima, como o pênis faria caso tivesse tamanho suficiente para isso; disse-se que o sinal de push é positivo quando a paciente refere dor e negativo caso não tenha dor.

Para abordagem atual da dispareunia e da dor pélvica, bem como para facilitar e abordar adequadamente pacientes com estas queixas, usamos um algoritmo (Figura 1) em todas as consultas, o qual recomendamos a todos os profissionais para o manejo da dor sexual nos dias de hoje.

Figura 1 – Processo e fluxograma da abordagem atual da dispareunia e dor pélvica



Fonte: elaborada pelos autores.

Duas situações se apresentam: 1. a paciente tem como queixa primária a dor pélvica; e 2. a paciente tem como queixa primária a dispareunia.

1. Abordagem da paciente com queixa de dor pélvica:

- a. Deve-se perguntar se tem relação sexual. Mulheres virgens quase nunca relatam dor pélvica e, quando isso ocorre, quase sempre tem uma causa orgânica.
- b. Deve-se tomar cuidado especial em certificar-se de que a paciente não esteja mentindo, pois não é incomum pacientes solteiras e viúvas negarem ter vida sexual mesmo tendo essa prática. O exame físico ginecológico pode confirmar ou duvidar dessa negação.
- c. Se há convencimento de que realmente a paciente não tem relação sexual, deve-se investigar e descartar todas as causas de dor pélvica que correspondem às causas ginecológicas, urológicas, proctológicas-intestinais e neuro-osteomuscular e, quando todas forem descartadas, fica-se com as causas psicológicas.
- d. Paciente relata ter relação sexual com dispareunia, quando questionada.

2. Abordagem da paciente com queixa de dispareunia (algoritmo – Figura 1)

Primeiramente, deve-se caracterizar a dor sexual:

- a. Se a dor é na entrada da vagina ou vulva, trata-se de dispareunia superficial. Deve-se fazer exame ginecológico com foco em alterações anatômicas, investigar vulvodínea, vaginismo. Se presente, preferencialmente, deve-se encaminhar para ginecologistas e fisioterapeutas habilitados em sexologia. Se se descartar causa orgânica, infere-se que a causa é psicológica e deve ser encaminhada para sexólogos clínicos com foco em psicoterapia.
- b. Se a dor é exclusiva no fundo vaginal, trata-se de dispareunia de profundidade, portanto, portadora da SVCR. Deve-se encaminhar para ginecologistas habilitados em sexologia.

Após exame ginecológico minucioso com verificação do tamanho e flexibilidade da vagina, deve-se definir se a dispareunia é primária ou secundária.

- a. Se a dispareunia é primária, orientar o casal para tratamento da SVCR.
- b. Se a dispareunia é secundária, resolver a causa orgânica.

c. Se mista, deve-se resolver a causa orgânica e orientar o casal para tratamento da SVCR.

Tratamento

O tratamento deve ser individualizado e os riscos e benefícios, especialmente de abordagens invasivas, devem ser ponderados. Matthes e colaboradores (2012) recomendam, para o tratamento das pacientes portadoras da SVCR, repouso sexual por, pelo menos, 15 dias e uso de anti-inflamatórios pelo mesmo período. As mulheres são orientadas, para ao retornar às atividades sexuais, a adotar posições que impeçam a penetração total do pênis, pois, se a mulher tiver ciência da extensão do seu canal vaginal, poderá mensurar o comprimento do pênis do parceiro. A mulher conhecedora do tamanho de sua vagina poderá orientar seu parceiro sexual para realizar uma penetração controlada, proporcional/parcial ou evitar posições sabidamente que permitem a penetração maior do pênis. Tal como Basson (2013), também recomendamos que se faça os seguintes procedimentos:

1. Tratar a causa quando possível (p. ex., estrogênio tópico para vaginite atrófica, endometriose, líquen escleroso, distrofias vulvares, infecções vaginais, malformações congênitas, fibrose por irradiação), muitas vezes podem ajudar.
2. Usar estrogênio tópico quando houver vaginite atrófica e rompimento recorrente do frênilo posterior.
3. Usar anestésico tópico ou banhos de assento quentes para aliviar a dispareunia superficial.
4. Realizar terapias psicológicas, muitas vezes podem ajudar; como terapia cognitivo-comportamental e terapia cognitiva baseada na plena atenção.
5. Realizar fisioterapia pélvica, nas mulheres com hipertonicidade do músculo pélvico, incluindo aquelas com PVD- para relaxar este músculo.
6. Promover mudanças de comportamento: Os casais devem ser encorajados e ensinados a desenvolver formas satisfatórias de sexo sem penetração.
7. Adquirir conhecimentos sobre dor crônica e seus efeitos sobre a sexualidade.
8. Discutir questões psicológicas que contribuem e são causadas pela dor crônica,
9. Tratar comorbidade com transtornos sexuais de desejo/interesse ou excitação.

Brasil e Abdo (2016) recomendam o uso de antidepressivos, que podem ser utilizados para tratamento de ansiedade e depressão, frequentes nessas pacientes. Podem ser usados antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina; bem como os inibidores da recaptação

Medicine, v. 2, n. 6, p. 1-3, 2016a. Disponível em:
<https://www.oatext.com/pdf/COGRM-2-168.pdf>

MATTHES, A. C. S.; ZUCCA-MATTHES, G. The Genito Urinary Syndrome of Menopause Presents Sexual Symptoms that can be Best Explained by the Relative Short Vagina Syndrome. *Gynecology & Obstetrics*, Brussels, v. 6, n. 5, 2016b.

MATTHES, A. C. S.; ZUCCA-MATTHES, G. Dyspareunia: an ever-present discussion. *Revista Menopause*, v. 23, n. 6, p. 698-699, 2016c.

SORENSEN, J. *et al.* Evaluation and Treatment of Female Sexual Pain: a Clinical Review. *Cureus*, Palo Alto, v. 10 n. 3, 2018.

WEIJMAR, S.; BASSON. R.; BINIK, Y. *et al.* Women's sexual pain and its management. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 2, n. 3, p. 301-316, 2005.