

# Transtornos sexuais dolorosos femininos

Ana Patricia Avancini Brasil<sup>1</sup>, Carmita Helena Najjar Abdo<sup>1</sup>

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

## RESUMO

Os transtornos sexuais dolorosos estão classificados na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo das disfunções sexuais, tendo como base o modelo de ciclo de resposta sexual, criado por Masters e Johnson e adaptado por Kaplan. O artigo em pauta apresenta a evolução do diagnóstico e aspectos das classificações atuais, e a semelhança desses transtornos com outras condições dolorosas crônicas. Apesar de primordial, a investigação de causas orgânicas e o tratamento de patologias localizadas se mostrou insuficiente na compreensão da causa e das manifestações clínicas e no tratamento eficaz das mulheres acometidas. A observação clínica minuciosa, contemplando aspectos emocionais, comportamentos decorrentes da experiência da dor, condições psiquiátricas, como depressão e ansiedade, e relacionamento com parceria devem fazer parte da avaliação de todas essas pacientes. Os aspectos terapêuticos enfatizam a importância de uma equipe multidisciplinar, capaz de oferecer à mulher acompanhamento medicamentoso, psicoterápico, fisioterapêutico e psicoeducacional. A validação da experiência da dor, apesar de ausência de correlatos orgânicos, e a informação a respeito da repercussão de aspectos psicológicos na fisiopatologia do processo doloroso facilitam a implicação e postura ativa das pacientes no tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dispareunia, vaginismo, dor pélvica, sexualidade, disfunção sexual fisiológica

## INTRODUÇÃO

O transtorno sexual doloroso (TSD) feminino é uma condição altamente prevalente e acarreta grande impacto negativo na qualidade de vida das mulheres acometidas e de sua parceria sexual. Estão inclusos neste grupo a dispareunia (superficial e profunda), o vaginismo e o transtorno sexual

doloroso não coital.<sup>1,2</sup> No Brasil, 17,8% das mulheres referem dor na relação sexual.<sup>3</sup> Alguns autores defendem que se trata de uma disfunção sexual, enquanto outros defendem sua inclusão dentro do grupo de transtornos dolorosos crônicos.<sup>4,5</sup>

Estima-se que o TSD seja subdiagnosticado, e apesar de atualmente existirem diversas modalidades terapêuticas eficazes na redução da dor, a cura raramente ocorre.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra, membro do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

<sup>2</sup>Psiquiatra, professora livre-docente do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

Editor responsável por esta seção:

**Carmita Helena Najjar Abdo.** Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Ana Patricia Avancini Brasil  
R. Arruda Alvim, 49 — apto. 32 — Pinheiros — São Paulo (SP) — CEP 05410-020  
Cel. (11) 98552-5341  
E-mail: anapabrazil@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 29 de fevereiro de 2016 — Última modificação: 4 de março de 2016 — Aceite: 18 de março de 2016

## OBJETIVO

O objetivo desta publicação é fazer uma revisão da literatura a respeito de diagnóstico, aspectos etiopatológicos, e abordagem medicamentosa dos transtornos dolorosos sexuais. Visa ampliar e antecipar a detecção e tratamento dessa condição crônica tão impactante.

## CLASSIFICAÇÕES DOS TRANSTORNOS SEXUAIS DOLOROSOS

As classificações diagnósticas atualmente vigentes definem disfunções sexuais como a falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo da resposta sexual, proposto por Masters e Johnson<sup>6</sup> e adaptado por Kaplan.<sup>7</sup> Assim, os TSD pertencem ao grupo das disfunções sexuais.<sup>8</sup>

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (1993) para as disfunções sexuais enquadra os TSD dentro do capítulo “Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos” (F50-F59) da Classificação Internacional de Doenças (CID-10),<sup>9</sup> a saber:

- “F52.5. *Vaginismo não orgânico*  
*Vaginismo psicogênico*”
- F52.6. *Dispareunia não orgânica*  
*Dispareunia psicogênica*”

A Associação Psiquiátrica Americana, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição, Texto Revisado (DSM-IV-TR) assim os classifica:<sup>10</sup>

- “302.76. *Dispareunia: dor genital associada ao intercursos sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o intercursos.*”
- 306.51. *Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.*”

A partir de 2013, a quinta edição do DSM entrou em vigor e trouxe mudanças na classificação e critérios diagnósticos dos distúrbios sexuais. As disfunções sexuais passaram a ser distinguidas quanto ao gênero; as dificuldades de desejo e excitação femininos foram condensadas em uma única categoria, assim como dispareunia e vaginismo, que agora representam uma única disfunção:<sup>11,12</sup>

- “302.76 *Transtorno de dor genitopélvica/penetração: Dificuldades persistentes ou recorrentes em um ou mais dos seguintes: penetração vaginal durante intercursos; dor pélvica ou vulvovaginal intensa durante o intercursos ou tentativas de penetração; intenso medo ou ansiedade a respeito de dor pélvica ou vulvovaginal em antecipação, durante, ou como*

*resultado da penetração vaginal; intensa tensão da musculatura do assoalho pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. Estes sintomas devem apresentar duração superior a 6 meses e devem causar sofrimento pessoal significativo.*”

Esta nova classificação foi em função de que os TSD apresentam um grupo heterogêneo, no qual a distinção entre dispareunia e vaginismo nem sempre é possível durante a avaliação clínica. Não se observam espasmos musculares no vaginismo, e ocorre hipertonia da musculatura do assoalho pélvico em ambas as condições.<sup>13</sup>

No entanto, esta nova classificação é controversa.<sup>4,5</sup> As pacientes vaginicas apresentam maior tônus e força muscular que as pacientes com dispareunia superficial e controles; também exibem mais medo associado. Mulheres com dispareunia tendem a continuar o intercursos sexual apesar da dor, motivadas por culpa, senso de dever e preocupações com o parceiro, enquanto mulheres com vaginismo tendem a evitar atividade sexual com penetração; tais comportamentos podem perpetuar a agravar a sintomatologia.<sup>14</sup>

## ETIOPATOLOGIA

A dor pélvica crônica (DPC) é uma síndrome que se manifesta por dor percebida em estruturas relacionadas à pelve com duração de pelo menos seis meses; neste grupo estão incluídas endometriose, síndrome do intestino irritável, hipertonia do assoalho pélvico, síndrome da bexiga dolorosa/cistite intersticial e vestibulodinia.<sup>15-17</sup> A DPC associa-se a uma maior prevalência de disfunções sexuais que a população geral, com maiores índices de desejo sexual hipoativo (53,8%), transtorno da excitação sexual (33,3%), disfunção orgásmica (21,7%), e transtorno doloroso sexual (74,3%).<sup>15</sup>

O TSD pode decorrer de doenças com substrato orgânico evidente, como tumores, fissuras no intróito vaginal, infecções, endometriose; porém muitas vezes a etiologia é indeterminada. A principal causa de dispareunia pré-menopausal é a vestibulodinia provocada, uma condição no qual ocorre dor severa ao toque vestibular, sensibilidade acentuada à palpação com *swab*, e os achados físicos limitam-se a eritema vulvar. Mulheres na menopausa podem apresentar dispareunia secundária à atrofia da mucosa vaginal e redução da lubrificação.<sup>12,18-20</sup>

Há fortes indícios de que a fisiopatologia da DPC e de outras condições dolorosas crônicas envolve a presença de fatores geradores de dor periféricos, muitas vezes não identificados no momento do diagnóstico, e a sensibilização do Sistema Nervoso Central (SNC), no qual ocorre uma alteração do processamento central da dor. Observa-se a amplificação da percepção da dor, alodinia, sensibilização de outras

estruturas anatômicas, e uma série de respostas emocionais e cognitivas que participam da manutenção da dor. A catastrofização da dor é um traço cognitivo marcante nessas condições, e a mulher tende a entrar em um ciclo de medo-evitação, que culmina em inatividade e piora da disfunção.<sup>15,16,20-23</sup>

A dispareunia pode existir em decorrência de mais de uma condição, como endometriose e cistite intersticial. A coexistência de mais de um transtorno doloroso crônico é comum, e corrobora a hipótese da sensibilização central como mecanismo etiopatológico comum a essas entidades.<sup>24-26</sup>

## TRATAMENTO

Existem diversas abordagens terapêuticas, locais ou sistêmicas, para o tratamento dos TSD, as quais têm se mostrado efetivas na redução, porém não na resolução completa da dor. Conforme citado anteriormente, o TSD pode ser compreendido como uma entidade das síndromes dolorosas crônicas, repercutindo em implicações terapêuticas.

O uso de antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina, antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina, como venlafaxina e duloxetina, e anticonvulsivantes, como gabapentina, lamotrigina e pregabalina, tem sido associado a boa resposta no tratamento de dor neuropática e podem ser opções terapêuticas na dispareunia, embora sejam necessários mais estudos para avaliar a real eficácia deste grupo. Os antidepressivos também podem ser utilizados para tratamento de ansiedade e depressão, frequentes nessas pacientes.<sup>27,28</sup>

As terapias locais incluem o uso de cremes estrogênicos, no caso da atrofia da vagina, géis hidrossolúveis para melhorar a lubrificação, aplicação tópica de lidocaína, injeção de toxina botulínica, procedimentos cirúrgicos, como vestibulectomia (na vestibulodinia provocada) e cirurgias laparoscópicas

(endometriose, adesões pélvicas, tumores). Abordagens de fisioterapia com uso de dilatadores, *biofeedback*, exercícios do assoalho pélvico e estimulação elétrica têm apresentado resultados promissores.<sup>29</sup> Psicoterapia também tem sido associada a desfechos favoráveis, em particular técnicas de terapia cognitivo comportamental e práticas de atenção plena.<sup>20,29</sup>

## CONCLUSÃO

Os transtornos sexuais dolorosos crônicos são frequentes, mas muitas vezes não são diagnosticados tanto por inibição da paciente em relatar a queixa sexual, quanto pela falta de inquirição direta do médico. A investigação diagnóstica pode ser exaustiva e invasiva, e ainda assim frustra, sem que uma causa seja completamente elucidada.

A concepção dos TSD e outras condições dolorosas crônicas, como síndromes da sensibilização central, propõe a compreensão de achados clínicos,<sup>30</sup> como a falta de correlação entre as lesões detectáveis (ou a ausência destas) e queixa da paciente e a alta coexistência de transtornos dolorosos em um indivíduo. O estresse e condições psicológicas têm sido associados tanto ao desencadeamento quanto à manutenção das condições dolorosas crônicas.

A abordagem a essas pacientes deve ser multidisciplinar, compreendendo a condição do TSD em um panorama biopsicossocial. O tratamento deve ser individualizado, os riscos e benefícios, especialmente de abordagens invasivas, devem ser ponderados. São necessários mais estudos para elucidação etiológica, distinção das diferentes entidades incluídas nesse grande grupo, além de tratamentos mais efetivos. Maior conhecimento do TSD e investigação ativa deste na prática clínica devem auxiliar na detecção e tratamento desta condição tão impactante na qualidade de vida dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Brauer M, Lakeman M, van Lunsen R, Laan E. Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders. *J Sex Med.* 2014;11(12):3051-63.
2. Boardman LA, Stockdale CK. Sexual pain. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52(4):682-90.
3. Abdo CHN. Descobrimto sexual do Brasil. São Paulo: Summus Editorial; 2004.
4. Binik YM. Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Arch Sex Behav.* 2005;34(1):11-21.
5. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, et al. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1537-50.
6. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little, Brown and Co.; 1996.
7. Kaplan HS. A nova terapia do sexo. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977.
8. Abdo CHN, Fleury HJ. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas [Diagnostic and therapeutic aspects of female sexual dysfunctions]. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 2006;33(3):162-7.
9. Organização Mundial da Saúde. Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Brasília: Independência; 1975.
10. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Texto revisado (DSM-IV-TR). Tradução Cláudia Dornelles. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

11. Associação Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Abdo CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. 5ª ed. São Paulo: Leitura Médica; 2014.
13. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, et al. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med.* 2005;2(3):301-16.
14. Meana M, Binik YM, Khalife S, Cohen DR. Biopsychosocial profile of women with dyspareunia. *Obstet Gynecol.* 1997;90(4 Pt 1):583-9.
15. Hoffman D. Central and peripheral pain generators in women with chronic pelvic pain: patient centered assessment and treatment. *Curr Rheumatol Rev.* 2015;11(2):146-66.
16. Kaya S, Hermans L, Willems T, Roussel N, Meeus M. Central sensitization in urogynecological chronic pelvic pain: a systematic literature review. *Pain Physician.* 2013;16(4):291-308.
17. Verit FF, Verit A, Yeni E. The prevalence of sexual dysfunction and associated risk factors in women with chronic pelvic pain: a cross-sectional study. *Arch Gynecol Obstet.* 2006;274(5):297-302.
18. Ferrero S, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia: causes, treatments, and results. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20(4):394-9.
19. Yong PJ, Sadownik L, Brotto LA. Concurrent deep-superficial dyspareunia: prevalence, associations, and outcomes in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med.* 2015;12(1):219-27.
20. Basson R. The recurrent pain and sexual sequelae of provoked vestibulodynia: a perpetuating cycle. *J Sex Med.* 2012;9(8):2077-92.
21. Warren JW, Morozov V, Howard FM. Could chronic pelvic pain be a functional somatic syndrome? *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(3):199.e1-5.
22. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, Becker CM, Vincent K. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Hum Reprod Update.* 2014;20(5):737-47.
23. Yunus MB. Editorial review: an update on central sensitivity syndromes and the issues of nosology and psychobiology. *Curr Rheumatol Rev.* 2015;11(2):70-85.
24. Triolo O, Laganà AS, Sturlese E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. *J Clin Med Res.* 2013;5(3):153-63.
25. Peters KM, Killinger KA, Carrico DJ, et al. Sexual function and sexual distress in women with interstitial cystitis: a case-control study. *Urology.* 2007;70(3):543-7.
26. Lester RA, Brotto LA, Sadownik LA. Provoked Vestibulodynia and the Health Care Implications of Comorbid Pain Conditions. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37(11):995-1005.
27. Mattia C, Paoletti F, Coluzzi F, Boanelli A. New antidepressants in the treatment of neuropathic pain. A review. *Minerva Anestesiol.* 2002;68(3):105-14.
28. Leo RJ. A systematic review of the utility of anticonvulsant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain. *J Sex Med.* 2013;10(8):2000-8.
29. Al-Abbadey M, Lioffi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of Female Sexual Pain Disorders: A Systematic Review. *J Sex Marital Ther.* 2016;17(42):99-142.
30. Steege JF, Ling FW. Dyspareunia. A special type of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1993;20(4):779-93.