



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE D
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARA ELISA SANTOS VASCONCELOS

***DOR GÉNITO-PÉLVICA CRÓNICA FEMININA: UMA REVISÃO DA
LITERATURA***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO
DRA. SUSANA MARIA NUNES RENCA

MARÇO 2020

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

DOR GÉNITO-PÉLVICA CRÓNICA FEMININA: UMA
REVISÃO DA LITERATURA

Mara Elisa Santos Vasconcelos¹

Susana Maria Nunes Renca^{1, 2}

Manuel João Rodrigues Quartilho^{1, 2}

1. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2. Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Morada Institucional: Polo III – Polo das Ciências da Saúde. Azinhaga de Santa Comba,
Celas – 3000-548 Coimbra

Endereço de Correio Eletrónico: miquarti@ci.uc.pt

“A sexualidade é parte da herança biológica do homem e do comportamento humano que envolve o sexo e reprodução. É um tema que diz respeito a todos nós enquanto pessoas e que deve ser contemplado no exercício de “profissões de relação”, como é o caso das profissões na área da saúde.”

Fortunato Barros e Rute Figueiredo

ABSTRACT

Introduction and Objectives: genito-pelvic pain/penetration disorder (GPPPD) is a female sexual dysfunction recently categorized in the DSM-5 and includes both vaginismus and dyspareunia in its definition. It is an entity which bears resemblance to vulvodynia, but these two illnesses are considered different and are both neglected by the health professionals due to their complexity and the general lack of data. In the present review we pretend to characterize GPPPD and vulvodynia according to the most recent literature so we can empower physicians to the best approach and management of these two pathologies.

Material and Methods: we searched the medical literature relating to the epidemiology, etiology, clinical signs and symptoms, diagnosis, treatment, prevention and prognosis of GPPPD and vulvodynia within PubMed and Embase. We didn't establish a specific temporal limit for the publication dates.

Results: a total of 564 papers were assessed and of those 174 were analyzed and 390 were excluded because pertained to areas not directly related to the two diseases under review.

Conclusion: GPPPD and vulvodynia are two diseases with a high prevalence among fertile women. The multifactorial etiologies interconnect biomedical, psychological and relational variables which have an important role in the development and maintenance of these two pathologies. Symptoms and signals are similar between these two entities and most women have a genito-pelvic pain that is frequently associated with coitus. The diagnosis is based on a thorough clinical history and physical examination with exclusion of organic pathologies. The clinician must be aware of signals that may be suggestive of a specific etiology that can be directly addressed by a therapeutic approach. The treatment of these two entities must be multidisciplinary and adapted to each patient needs. Psychotherapy, sexual therapy and physical rehabilitation are starting to have significant outcomes in the decrease of pain intensity and in the improvement of sexual function, resulting in a better quality of life and in a fulfilling and satisfactory romantic relationship. The use of topic, intradermal and systemic medications it's not recommended to all patients and must be weighted since most studies didn't show benefit or are still ongoing. Surgery seems to have a positive effect on provoked vulvodynia's pain intensity, but it is considered as a last treatment resource since it is a very invasive method. The way the couple regulates together it's emotions and cognitive and motivational responses has a determinant role in the prognosis of GPPPD and vulvodynia and is of extreme importance to approach it during the treatment protocol so the remission of these two diseases can occur.

Keywords: pelvic pain; penetration disorder; vaginismus; dyspareunia; vulvodynia.

RESUMO

Introdução e Objetivos: a disfunção da dor gínito-pélvica/penetração (DDGPP) é uma disfunção sexual feminina recentemente estabelecida no DSM-5 e abrange na sua definição o vaginismo e a dispareunia. Apesar de semelhantes, a DDGPP e a vulvodinia são consideradas duas afeções distintas e são muitas vezes negligenciadas pelos profissionais de saúde devido à sua complexidade e à carência generalizada de informação. Através do levantamento bibliográfico pretende-se caracterizar a DDGPP e a vulvodinia de acordo com o panorama atual presente na literatura de forma a capacitar os médicos para a melhor abordagem e acompanhamento destas condições.

Materiais e Métodos: procedeu-se à pesquisa de literatura médica relativa à epidemiologia, etiologia, clínica, diagnóstico, tratamento, prevenção e prognóstico da DDGPP e da vulvodinia contida nas bases bibliográficas médicas Pubmed e Embase. Não foi estabelecido um limite temporal da datação dos estudos. A pesquisa foi realizada na língua inglesa.

Resultados: de um total de 564 artigos, 174 foram usados para a construção deste trabalho e 390 foram excluídos por não abordarem em específico as duas entidades sob revisão.

Conclusão: a DDGPP e a vulvodinia possuem prevalências significativas e afetam, maioritariamente, mulheres em idade reprodutiva. As etiologias multifatoriais interlaçam variáveis biomédicas, psicológicas e interpessoais, que têm um papel no desencadeamento e na manutenção destas entidades. Clinicamente são semelhantes e cursam predominantemente com dor vulvovaginal associada ao coito. O diagnóstico é baseado numa história clínica e num exame físico detalhados, formalizados após a exclusão de outras patologias orgânicas. O médico deverá estar atento a sinais na história e no exame ginecológico que sejam sugestivos de fatores etiológicos específicos, passivos de uma abordagem terapêutica dirigida. O tratamento destas duas condições deve ser multidisciplinar e adaptado a cada caso. A psicoterapia, a terapia sexual e a fisioterapia começam a obter resultados significativos na diminuição da dor e na melhoria da função sexual, levando a uma qualidade de vida aumentada e a uma maior satisfação e realização do casal no seu relacionamento romântico. O uso de fármacos tópicos, injetáveis ou sistémicos não é recomendado para todos os casos, devendo ser ponderados visto que grande parte não mostrou benefício ou ainda está a ser alvo de estudos. Os procedimentos cirúrgicos parecem ter efeitos positivos na vulvodinia provocada ao nível da intensidade da dor, mas devem ser usados como último recurso terapêutico por serem extremamente invasivos. A forma como o casal regula as suas emoções e as suas respostas cognitivas e motivacionais em conjunto tem um papel determinante no prognóstico da DDGPP e da vulvodinia, sendo fundamental abordá-la no tratamento de forma a que ocorra a remissão destas duas entidades.

Palavras-chave: dor pélvica; perturbação da penetração; vaginismo; dispareunia; vulvodinia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial de dispareunia e exames complementares dirigidos; adaptado de Tam e Levine. [24].....	8
Tabela 2 – Consenso de Terminologia e Classificação de Vulvodinia de 2015; adaptado de Bornstein et al. [77].....	22
Tabela 3 – Fatores potencialmente associados à etiologia da vulvodinia; adaptado de Bornstein et al. [77].....	27
Tabela 4 – Opções terapêuticas da fisioterapia; adaptado de Prendergast. [89].....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de regulação emocional interpessoal para a DDGPP; adaptado de Rosen e Bergeron. [29].....	10
Figura 2 – Abordagem multidisciplinar nas DSF; adaptado de Fugl-Meyer et al. [59]	17
Figura 3 – Modelo de desenvolvimento e manutenção da DSF; adaptado de Basson. [74].....	21
Figura 4 – Etiologia multifatorial da vulvodinia; adaptado de Fugl-Meyer et al. [59]	30
Figura 5 – Abordagem multidisciplinar na vulvodinia; adaptado de De Andres et al. [99]	31

LISTA DE ABREVIATURAS

ACO – Anticoncepcional oral.

AEE – Ambivalência sobre a expressão emocional.

DDGPP – Disfunção da dor génito-pélvica/penetração.

DGP – Dor génito-pélvica.

DSF – Disfunções da sexualidade feminina.

EMG – Eletromiografia.

FSFI – Female Sexual Function Index.

INF – Interferão.

ISRS – Inibidores seletivos da recaptção da serotonina.

ISRSN – Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina.

MPP – Músculos do pavimento pélvico.

PNS – Estimulação de nervo periférico.

SNC – Sistema nervoso central.

SNP – Sistema nervoso periférico.

TCC – Terapia cognitiva-comportamental.

TENS – Estimulação nervosa elétrica transcutânea.

VE – Vulvodinia espontânea.

VG – Vulvodinia generalizada.

VP – Vulvodinia provocada.

VPL – Vulvodinia provocada e localizada.

VPAQ – Vulvar Pain Assessment Questionnaire.

ÍNDICE

Introdução	1
Objetivos	2
Materiais e métodos	3
Resultados	4
Disfunção da dor génito-pélvica/penetração.....	4
Definição	4
Epidemiologia.....	5
Clínica e diagnóstico	7
Etiologia	10
Tratamento.....	17
Prevenção e prognóstico	21
Vulvodinia	22
Definição	22
Epidemiologia.....	23
Clínica e diagnóstico	25
Etiologia	27
Tratamento.....	31
Prevenção e prognóstico	37
Conclusão	38
Agradecimentos	40
Referências bibliográficas	41

INTRODUÇÃO

As disfunções da sexualidade feminina (DSF) dividem-se em 3 entidades principais: disfunção do interesse/excitação, disfunção do orgasmo e disfunção da dor génito-pélvica/penetração (DDGPP). No geral caracterizam-se por uma incapacidade para experienciar o ato sexual em pleno, prejudicando a relação com o próprio e com o parceiro. O embaraço e o preconceito relativos à sexualidade feminina levaram a um desconhecimento marcado destas entidades, com negligência das suas variantes fisiológicas e patológicas e, em especial, as secundárias a perturbações do foro psicológico e funcional.

A DDGPP é uma entidade recentemente integrada no DSM-5 e que engloba a dispareunia e o vaginismo na sua definição. A vulvodinia é uma entidade semelhante à DDGPP, mas não é incluída neste último conceito.

A incidência e a prevalência dos quadros de dor sexual não são bem conhecidas, estimando-se uma frequência superior à que é admitida. A DDGPP associa-se a quadros de ansiedade e de insatisfação que motivam um impacto negativo na saúde física e mental da mulher, e que, por sua vez, predispõem a uma deterioração das relações interpessoais e conjugais.

Apesar da grande morbilidade que provoca na qualidade de vida da população feminina, a DDGPP e a vulvodinia são muitas vezes negligenciadas pelos profissionais de saúde pela sua complexidade e pela carência de dados organizados e fidedignos sobre estas entidades.

OBJETIVOS

Através do levantamento bibliográfico pretende-se caracterizar a DDGPP e a vulvodinia de acordo com o panorama atual descrito na literatura: será efetuada uma análise dos estudos epidemiológicos mais recentes, das possibilidades etiológicas, da clínica e das respectivas classificações para o diagnóstico, das várias modalidades terapêuticas, dos fatores preventivos e dos prognósticos.

Esta revisão da literatura tem como objetivo proporcionar um maior entendimento destas patologias e capacitar os profissionais de saúde, em especial os envolvidos nos cuidados de saúde primários, para o estabelecimento dos diagnósticos e das terapêuticas adequadas e que culminam na restituição da saúde sexual e da qualidade de vida dos casais afetados por estas duas entidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

A redação deste artigo de revisão narrativa teve como base a leitura e compilação da informação relativa à epidemiologia, etiologia, clínica, diagnóstico, tratamento, prevenção e prognóstico da DDGPP e da vulvodinia, contida em artigos científicos e de revisão, capítulos de livros, casos clínicos e registros de conferências indexados nas bases bibliográficas médicas Pubmed e Embase.

A pesquisa foi realizada na língua inglesa e as palavras-chave usadas foram “dor pélvica”, “perturbação da penetração”, “vaginismo”, “dispareunia” e “vulvodinia”. De um total de 564 artigos, 174 foram usados para a construção deste trabalho e 390 foram excluídos por não abordarem em específico as duas entidades sob revisão.

Não foi estabelecido um limite temporal para a datação dos artigos e foram avaliados estudos compreendidos entre 1976 e 2019. Aproximadamente 2/3 dessa literatura foi publicada durante o ano de 2010 ou posteriormente.

Optou-se pela revisão narrativa como metodologia de trabalho pois a longa ausência de classificações internacionais diagnósticas bem definidas levou a que apenas recentemente existisse um foco da investigação nestas duas entidades, sendo a revisão bibliográfica um método adequado à síntese de uma visão global do conhecimento atual e à identificação de novas hipóteses etiológicas, de abordagens terapêuticas modernas e de falhas existentes na investigação.

RESULTADOS

DISFUNÇÃO DA DOR GÊNITO-PÉLVICA/PENETRAÇÃO

DEFINIÇÃO

A DDGPP está classificada no DSM-5 [1] como uma dor persistente e recorrente, com pelo menos 6 meses de evolução, tendo um impacto significativo na qualidade de vida da mulher, caracterizada por pelo menos um dos seguintes: (1) dificuldade na penetração vaginal/relações sexuais vaginais; (2) dor vulvovaginal ou pélvica intensa durante a relação sexual ou tentativa de penetração vaginal; (3) medo e/ou ansiedade marcada de dor vulvovaginal ou pélvica em antecipação, durante ou resultante da penetração vaginal; (4) tensão e compressão marcada dos músculos do pavimento pélvico durante a tentativa de penetração vaginal. O DSM-5 engloba nesta categoria o vaginismo e a dispareunia [1].

Estas duas entidades foram sempre consideradas patologias distintas de dor sexual. No DSM-IV-TR, o vaginismo era definido como um espasmo involuntário recorrente ou persistente da musculatura do terço distal da vagina que dificultava a penetração vaginal no contexto sexual e a dispareunia era catalogada como uma dor genital recorrente ou persistente associada à atividade sexual, tanto no homem como na mulher [2]. Consideravam-se, ainda, quatro subtipos de vaginismo: crônico (nunca conseguiu consumir uma penetração vaginal); adquirido (dor surge após um período de tempo com coito não doloroso); generalizado (atividade sexual sempre dolorosa); situacional (atividade sexual nem sempre dolorosa) [2].

Atualmente sabe-se que o vaginismo é complexo, sendo caracterizado por um evitamento do coito secundário ao medo da experiência dolorosa e afetando igualmente a penetração vaginal não sexual (e.g., introdução do dedo no exame ginecológico, colocação de tampão) [3]. A dispareunia acaba por ser uma dor sexual secundária ao vaginismo, à vulvodinia ou a outras patologias orgânicas [3]. A dificuldade em encontrar evidência que apoiasse a consideração do vaginismo e da dispareunia como entidades distintas levou a que se formulasse uma nova definição para a sua junção no DSM-5, uma decisão apoiada por Binik e outros autores [3].

No subcapítulo “Clínica e Diagnóstico” relativo à DDGPP explora-se esta definição recente e algumas diferenças clínicas entre vaginismo e dispareunia, passíveis de pesquisa durante a avaliação da mulher e que devem ser tidas em consideração para a individualização do tratamento.

Em 2006, a OMS realizou uma revisão sistemática sobre a prevalência da dor génito-pélvica (DGP) crónica a nível mundial [4]. Foram revistos artigos desde 1924, sendo a maioria posterior a 1980. Concluiu-se que a prevalência de dispareunia estava compreendida entre os 8% e os 21,1% e que a variação geográfica podia ser devida às características dos estudos (e.g., faixas etárias incluídas, qualidade) ou a fatores intrínsecos às populações estudadas (e.g., prevalência de infeções sexualmente transmissíveis, meio social e cultural, apoio médico). Nesta revisão é mencionado que as alterações demográficas e sociais recentes podem ter um impacto na prevalência da DGP e que os estudos de maior qualidade transmitem um maior número de casos comparativamente aos escassos estudos válidos realizados em países em desenvolvimento [4].

Em 2018, Righarts et al. concluíram que 54,5% das mulheres estudadas sentiram DGP nos 12 meses anteriores, sendo que cerca de 11,6% (8.7–15.2%) dessas mulheres sofriam com dispareunia [5]. Este estudo obteve resultados muito semelhantes ao realizado pela OMS.

Um estudo de 1990 afirma que as estimativas da prevalência do vaginismo estavam entre os 5,1% e os 17% [6], com outro estudo de 1997 a reportar a existência de uma dificuldade real em obter prevalências corretas das disfunções sexuais a partir da literatura internacional devido à variabilidade de denominações relativas a uma entidade específica, registando dor durante a atividade sexual em 3,1% das mulheres e vaginismo em 0,5% [7].

Relativamente à dispareunia, Simons e Carey, em 2001, reportaram que há diferenças entre as estimativas de prevalência de vários estudos devido aos diferentes critérios de diagnóstico e às várias localizações geográficas e populações abordadas [8]. Ao analisarem estudos realizados à população geral verificaram que os números variavam entre 3% e 18%, com as menores percentagens correspondentes a estudos do norte europeu e as maiores percentagens relatadas por estudos estadunidenses [8]. Nos estudos realizados em cuidados primários, a prevalência estimada estava entre os 3% e 46% e pensa-se que esta grande diferença se deva ao facto de não serem usadas as mesmas definições de dispareunia [8].

Lewis et al. num artigo de revisão de 2010 relataram uma grande variação geográfica da prevalência da dispareunia, com a Austrália a reportar a prevalência mais baixa, de 1%, e com sete outros estudos internacionais a reportar prevalências entre os 14% e os 27% [9].

Nappi et al., em 2016, citaram o Estudo Global de Atitudes e Comportamentos Sexuais, um artigo baseado numa amostra de 27500 mulheres com mais de 40 anos e de um total de 29 países, que indicou que a dispareunia variava entre os 5% no Norte da Europa e os 22% no Sudeste Asiático [10]. Estes autores também citaram o The National Health and Social Life Survey, um estudo rigoroso que indicou uma prevalência de DSF de 43% em mulheres numa faixa etária entre os 18 e os 59 anos, sendo que apenas cerca de 20% dessas mulheres procuravam ajuda médica para a sua disfunção [10].

Em 2009, Shifren et al. concluíram que a maioria das mulheres se dirigiu ao seu médico de família em busca de ajuda e de suporte, mas acabaram por se sentir insatisfeitas com a assistência, levando a que a grande maioria das mulheres evitasse recorrer novamente aos cuidados de saúde. O estudo americano diz, ainda, que apenas um terço das mulheres com algum tipo de perturbação do foro sexual se dirige a consultas em busca de ajuda médica. Segundo a amostra desse estudo, as grandes barreiras à realização de pedidos de ajuda nos cuidados de saúde primários são a vergonha da discussão de problemas sexuais e uma pobre perceção da sua própria saúde [11].

No ano seguinte, Van Lankveld et al. apuraram que a prevalência de dispareunia afetava 14% a 34% das mulheres pré-menopausa e 6,5% a 45% das mulheres pós-menopausa, sendo que apenas 60% das mulheres que padeciam de DSF procuravam ajuda médica e 52% dessas doentes não recebiam um diagnóstico formalizado [12]. Nguyen et al., em 2013, concluíram também que apenas cerca de metade das mulheres que sofriam de DDGPP procuraram apoio dos cuidados de saúde e que muitas acabaram por se sentir estigmatizadas pelos seus médicos, que as rotularam com a comum frase *“está tudo na sua cabeça”* devido à falta de confirmação de patologia orgânica [13].

Em 2006, Cerejo mostrou que a prevalência de DSF em Portugal rondava os 74,2%, com a dispareunia e o vaginismo a constituírem os subtipos mais frequentes – 57,9% e 34,3%, respetivamente [14]. A autora também reportou que apenas 16,3% das mulheres sexualmente ativas foram questionadas, espontaneamente, pelo seu médico assistente relativamente à sua saúde sexual [14]. Mais recentemente, em 2013, Ribeiro et al. confirmaram uma alta prevalência nacional de DSF, de 77,2%, com a dispareunia e o vaginismo a apresentarem uma prevalência inferior comparativamente ao estudo de Cerejo, mas igualmente relevante, de 40,9% e 16,7%, respetivamente [15].

Apesar da prevalência da DDGPP ser elevada a nível mundial, os seus estudos epidemiológicos são escassos e os resultados observados são heterogéneos, em grande parte devido à longa ausência de um consenso relativo à classificação das DSF.

A dor vulvovaginal que é experienciada durante a atividade sexual tem um impacto negativo direto na mulher e indireto no parceiro, a nível psicológico e sexual, com diminuição do bem-estar do casal e conseqüente degradação da relação [16], [17]. As mulheres com dor sexual reportam um maior sofrimento psicológico que pode englobar sintomas ansiosos e depressivos, baixa autoestima e/ou preocupações com a autoimagem [16], [17]. Algumas mulheres também relatam uma disrupção geral da atividade sexual ou por possuírem outra DSF, como a disfunção do interesse/excitação, ou por terem maior ansiedade e maior foco nos aspetos negativos da penetração, com cognições mal adaptativas e com conseqüente má função e satisfação sexual [17], [18].

O vaginismo e a dispareunia foram, durante muito tempo, consideradas entidades distintas, mas devido à sua semelhança clínica na literatura e à conseqüente dificuldade na realização de diagnóstico diferencial entre elas foi decidido reuni-las no DSM-5 e formar uma única entidade – a DDGPP. A nova denominação está a ser bem aceite no geral, mas existe ainda alguma dúvida relativamente ao vaginismo e à dispareunia serem diferentes patologias ou constituírem um continuum [19].

Foram realizados estudos com o objetivo de diferenciar o vaginismo e a dispareunia pela clínica, tendo sido reportado que os níveis de medo e de ansiedade são significativamente maiores no vaginismo quando comparados com a dispareunia, com as cognições mal adaptativas e emoções negativas (e.g., irritação, nojo) relativamente à penetração vaginal também a serem mais graves no vaginismo [20], [21], [22]. O melhor diferenciador destas duas entidades parece ser a maior relutância à penetração vaginal sentida pela mulher portadora de vaginismo [20], [21], [22].

São também reportadas diferenças a nível das tensões dos músculos do pavimento pélvico, com o vaginismo a mostrar maiores pressões à palpação digital relativamente à dispareunia em vários estudos [20]. A avaliação das tensões musculares à eletromiografia (EMG) obteve resultados inconsistentes, o que pode ser devido às variantes na execução do exame [20].

As vantagens de sobrepor o vaginismo e a dispareunia numa única entidade são o aumento da credibilidade diagnóstica e do cuidado à avaliação médica que atenta para toda a sintomatologia relevante [20], [23]. Esta nova classificação pretende, também, motivar à abordagem multidisciplinar da DDGPP, com cooperação entre as especialidades de ginecologia, medicina física da reabilitação, psiquiatria e psicologia [20].

Uma grande desvantagem da nova classificação poderá ser a diminuição da procura de tratamentos específicos, o que poderá agravar as respostas aos tratamentos e aos prognósticos [20]. A criação de critérios diagnósticos diferenciadores e claros continua a ser um desafio [20], [21], [22]. Reissing et al. também criticaram a nova classificação por excluir o subtipo crónico do vaginismo, sugerindo que os médicos acrescentem o critério “nunca conseguiu realizar coito vaginal” de forma a incluir as mulheres que têm esta forma de vaginismo [23]. Os autores também apontam que o evitamento significativo das mulheres com vaginismo, com características de fobia, não faz parte do diagnóstico mas deve ser tido em consideração e reportado pelos médicos aquando do diagnóstico de

DDGPP [23]. Os autores concluem que este acréscimo aos critérios do DSM-5 proporcionam mais diagnósticos corretos e tratamentos mais individualizados e com melhores respostas [23].

A história clínica e o exame físico são essenciais para o diagnóstico definitivo de DSF e de DGP, devendo ser detalhados e complementados com o relato do parceiro [21], [24]. O médico deve pedir às mulheres que descrevam os primeiros momentos em que sentiram a dor e a sua progressão, inquirindo sobre fatores desencadeantes (e.g., humor, stress) e comparando o início do quadro com o padrão doloroso atual [21]. Uma caracterização pormenorizada da dor contribui para uma maior acuidade diagnóstica e para uma abordagem dirigida caso a caso [21], [25]. A história clínica pode ajudar o médico a desvendar fatores predisponentes, tais como, um quadro de distímia prolongado ou um episódio de abuso sexual na adolescência [24]. À inspeção do exame físico podem ser feitos diagnósticos de causas orgânicas e as manobras pélvicas podem avaliar a anatomia ginecológica, desde o tamanho uterino à tonicidade dos músculos do pavimento pélvico [24]. Uma zaragatoa pode evidenciar dor vulvar quando pressionada contra a mucosa, sendo assim sugestiva de DDGPP ou vulvodinia [24]. É importante distinguir a dor que ocorre durante o coito e a dor que acontece à introdução de um espéculo vaginal ou de um exame digital – esta última tem tendência a ser de causa orgânica – sendo também necessário atentar para o facto de que um exame ginecológico abrupto pode despoletar dor pélvica que mimetiza o vaginismo ou a dispareunia [24].

A partir das conclusões retiradas com esta primeira avaliação procede-se para a construção de um diagnóstico diferencial (ver Tabela 1), podendo ser necessária a realização de exames laboratoriais (e.g., hemograma com fórmula leucocitária, função tiroideia, análises e culturas urinárias, medição dos níveis de hormonas sexuais) e de estudos imagiológicos consoante o diferencial [24].

Diagnóstico diferencial de dispareunia e exames complementares dirigidos	
Diagnóstico	Exame complementar
Dispareunia Superficial	
Vulvovaginite	Análise de secreções e pH vaginais
Vaginite atrófica	Análise de hormonas sexuais e secreções vaginais
Vaginismo	História clínica e exame ginecológico
Vulvodinia	História clínica e exame ginecológico
Dispareunia Profunda	
Endometriose	Ecografia vaginal, RM, laparoscopia exploratória
Doença inflamatória pélvica	Pesquisa de Chlamydia ou Neisseria gonorrhoeae
Cistite intersticial	Cistoscopia
Quisto ovárico	Ecografia abdominal
RM – Ressonância magnética	

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial de dispareunia e exames complementares dirigidos; adaptado de Tam e Levine. [24]

Pela dificuldade em avaliar o mal-estar psicológico e emocional e em estabelecer um diagnóstico seguro de DGP, os especialistas recomendam questionários com parâmetros psicométricos para a abordagem da dor [24]. O Female Sexual Function Index (FSFI) é uma boa ferramenta para investigar

mulheres com sintomas suspeitos de DSF e está disponível em versão curta de 6 perguntas, o FSFI-6, concebida especificamente para uso em consulta [26]. Caso uma mulher obtenha um score igual ou inferior a 19, está indicada investigação complementar que inclui uma entrevista dirigida à disfunção sexual e a versão extensa deste questionário, o FSFI-19 [26]. Não é específico da DDGPP, mas é um utensílio rápido e eficiente para o diagnóstico de DSF [26].

Em Portugal, os autores Nobre, Gouveia e Gomes criaram o Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais, que objetiva a presença de crenças que poderão estar na base do desenvolvimento e da manutenção das disfunções femininas e masculinas do foro sexual [27]. Existem duas versões do mesmo questionário, cada uma englobando 40 questões específicas para o sexo feminino ou masculino, com capacidade de discriminação dos indivíduos com crenças disfuncionais. É uma ferramenta útil para uso na clínica e em programas de educação sexual, sendo um indicador de vulnerabilidade para o desenvolvimento de DSF [27].

ETIOLOGIA

A etiologia da DDGPP é multifatorial, pensando-se na existência de uma interdependência entre fatores biomédicos e fatores cognitivo-comportamentais, afetivos e interpessoais [28].

Fatores biomédicos.

A literatura relativamente ao papel dos fatores biomédicos no vaginismo e na dispareunia é escassa, contudo nos últimos anos observou-se um aumento da investigação destes fatores na vulvodinia [28]. Tendo em conta que a vulvodinia e a DDGPP são entidades semelhantes e que resultam em DGP, é provável que os fatores biomédicos da dor vulvovaginal sejam comuns [28].

No subcapítulo “Etiologia” da vulvodinia encontram-se descritos em detalhe os principais fatores biomédicos que se pensa estarem associados à DGP.

Fatores psicológicos e interpessoais.

Em 2019, os autores Rosen e Bergeron propuseram um modelo de regulação emocional interpessoal para a DDGPP (ver Figura 1), criado a partir de um agregado de vários estudos etiológicos e clínicos relativos à dispareunia, ao vaginismo e à vulvodinia [29]. Neste modelo, os fatores cognitivo-comportamentais e interpessoais são tidos como fulcrais na génese desta disfunção e são diferenciados em duas categorias principais: fatores distais e fatores proximais [29].



Figura 1 – Modelo de regulação emocional interpessoal para a DDGPP; adaptado de Rosen e Bergeron. [29]
Fatores distais.

São experiências relacionais e/ou contextos pessoais que predisõem para a incidência da DDGPP (mas não são específicos desta entidade) e que, simultaneamente, exercem influência sobre os fatores distais e sobre as estratégias de regulação emocional em casal, tendo assim efeitos na dor e na sexualidade da mulher [29]. Foram identificados 7 fatores:

Contexto social.

Donaldson e Meana num estudo de 2011 reportaram que a falta de informação do público acerca da dispareunia e a relutância dos prestadores de cuidados de saúde em inquirir sobre os problemas sexuais contribuem para que muitas mulheres, especialmente as mais jovens, adiem a procura de ajuda e do tratamento para a dispareunia, o que por sua vez culmina num impacto negativo a nível psicológico e social [30]. As mulheres tornam-se apreensivas relativamente a abordar o assunto com os outros [31]. Os sentimentos de isolamento e de invalidação são comuns, assim como atitudes negativas contra o seu corpo, sensações de inadequação e de inutilidade e sentimentos de culpa e de vergonha [31].

Abuso infantil.

É uma forma de trauma interpessoal determinante para a saúde física e mental do indivíduo, incluindo as suas relações românticas e sexuais [32]. Khandker et al. observaram que mulheres com DGP tinham maior probabilidade de possuir antecedentes pessoais de abuso sexual e/ou físico e níveis elevados de medo por episódios de abuso quando comparadas com mulheres saudáveis [33].

Corsini-Munt et al. num estudo de 2017 analisaram outras formas de abuso infantil para além da sexual (e.g., negligência) e os resultados indicaram que o abuso infantil está associado a baixa função sexual e a altos níveis de ansiedade na vítima quando adulta [34]. Estes mesmos antecedentes no parceiro de uma mulher saudável estão também associados a baixa função sexual, a baixa satisfação no relacionamento e a ansiedade aumentada no homem, assim como a satisfação no relacionamento diminuída e ansiedade aumentada na mulher [34]. Assim, o abuso infantil na mulher e/ou no parceiro está associado a dor durante a atividade sexual e a stress emocional na mulher [34], o que complica o ajuste mental do casal às repercussões sexuais, psicológicas e relacionais da DGP, com consequente impacto negativo na saúde sexual e relacional do casal e na dor sentida pela mulher [29].

Vinculação.

A segurança associada às relações afetivas que se desenvolvem na infância é um pré-requisito para a geração de relações saudáveis, de compreensão e de aceitação, durante a vida adulta [29]. A vinculação desenvolve-se ao longo da infância e tem como base a estabilidade e a segurança da relação criança-progenitor, podendo-se depreender que o abuso infantil perturba a criação dos laços afetivos interpessoais [35].

Existem duas categorias dentro da vinculação não segura: vinculação insegura-ambivalente (representação negativa do eu, medo do abandono e necessidade de proximidade exagerada) e vinculação insegura-evitante (representação negativa do outro, desconforto com intimidade emocional e autoconfiança elevada). Mulheres e parceiros com vinculação insegura-ambivalente tendem a sobrevalorizar a ameaça da dor e têm dificuldade em gerir o impacto negativo da dor nos seus pensamentos e sentimentos [36]. No contexto da DDGPP, estas mulheres experienciam sensações de medo pela fuga do parceiro devido à sua dor, o que resulta em hipervigilância e catastrofização da dor, com atribuição de culpa a si mesma [29]. Em oposição, o casal com vinculação insegura-evitante minimiza a ameaça e emprega estratégias cognitivas e comportamentais de distanciamento, como a

negação e a supressão de emoções negativas e de ansiedade [37]. Mulheres com vinculação insegura-evitante são mais relutantes a partilhar a sua ansiedade e a pedir ajuda ao parceiro na gestão da sua experiência de dor [29]. Parceiros com esta vinculação tendem a suprimir as emoções relativas à dor da mulher e são relutantes a oferecer apoio, o que acaba por exacerbar as dificuldades sexuais em ambos os membros do casal [29].

Leclerc et al. [38] reportaram que vinculações insegura-ambivalentes e insegura-evitantes na mulher não estavam associadas à intensidade da dor, mas sim a uma diminuição da função e satisfação sexual. Quando estas mesmas vinculações estavam presentes no parceiro, verificou-se igualmente uma associação à função sexual diminuída.

Catastrofização, hipervigilância e atribuição causal.

A catastrofização da dor (ideia de que o resultado final da experiência dolorosa será desastroso) e a hipervigilância (um enviesamento da atenção para a dor e para a sua monitorização) são estilos cognitivos frequentemente associados às perturbações de dor sexual na mulher [39]. Melles et al. documentam a ocorrência de um viés atencional que vai ao encontro dos estímulos dolorosos e que estimula a percepção dolorosa entre mulheres com DDGPP, com a catastrofização e a hipervigilância a levarem ao evitamento dos estímulos sexuais [40]. Este viés interfere com a capacidade de utilização de estratégias de regulação emocional adaptativas, tais como a reavaliação cognitiva (e.g., reformular a antecipação da dor de modo a focar na sua gestão e na redução da ansiedade a ela associada) [40].

Altos níveis de catastrofização no parceiro resultam numa maior DGP sentida pela mulher [41] e níveis aumentados de atribuição causal da dor (e.g., “ficaremos com este problema de dor para sempre e vai afetar toda a nossa vida”) resultam num maior sofrimento psicológico do parceiro e numa consequente diminuição da satisfação sexual e relacional do casal [42]. Davis et al. concluíram que a catastrofização e a atribuição causal negativa nos parceiros estavam associadas a maiores respostas negativas (e.g., hostilidade) e/ou preocupadas/ansiosas dos próprios, que por sua vez induziam uma maior intensidade de dor e de sintomas depressivos na mulher [43]. Estes resultados destacam o papel dos fatores cognitivo-afetivos do parceiro na experiência de dor da mulher e no seu sofrimento psicológico [29].

Ambivalência sobre a expressão emocional (AEE).

Definida como a extensão do conforto relativo à forma como o próprio expressa as suas emoções. Uma AEE alta indica que a forma como o indivíduo lida com as suas próprias emoções é problemática e acarreta consequências negativas para o próprio. Uma AEE baixa indica um conflito baixo na regulação de emoções, o que em geral leva a uma melhor regulação emocional. Casais que lidam com DGP e cujos membros possuam uma AEE reduzida parecem experienciar um menor impacto negativo na função e na satisfação sexual, uma menor presença de sintomas depressivos e um aumento generalizado da satisfação na relação [44]. Nos casais onde ambos os membros, ou apenas um, tenham AEE elevadas, existe uma diminuição da função sexual e uma menor satisfação sexual e relacional [44].

Comunicação relativa à atividade sexual.

Uma boa comunicação relativa ao coito está associada a melhor função e satisfação sexual, a menores queixas depressivas e a menores intensidades de DGP [45]. Padrões de colaboração mútua de ambos os parceiros na comunicação sexual promovem uma melhor saúde sexual e um melhor relacionamento romântico em casais com DGP [46]. Estes padrões de comunicação sexual são indicativos de uma adaptação de ambos os parceiros para a dor, caracterizada por uma maior consciência emocional, uma melhor resposta empática e uma maior tolerância ao impacto negativo da dor vulvovaginal [29].

Fatores proximais.

São os que ocorrem antes, durante, e logo após a atividade sexual, atuando na modulação e manutenção da DDGPP [29]. O facto de cada membro do casal trazer pensamentos, emoções e comportamentos únicos e influenciados pelo ambiente vivido no dia onde ocorre uma experiência sexual partilhada, tem consequências diretas e indiretas na vivência psicológica e relacional dessa atividade sexual e na gestão conjunta da dor da mulher durante essa mesma experiência [29]. Foram identificados 5 fatores proximais importantes:

Resposta do parceiro à dor da mulher durante o ato sexual.

A resposta do parceiro pode ser preocupada (e.g., expressões de atenção e simpatia), negativa (e.g., expressões de hostilidade ou frustração) ou facilitativa (e.g., afeto e encorajamento ao coping adaptativo). A resposta facilitativa está associada a menor intensidade de dor durante o coito [47], a melhor função sexual e a melhor satisfação sexual e relacional para ambos os membros do casal [48]. Parece também promover uma melhor regulação emocional adaptativa e a ulterior cogestão eficaz de episódios dolorosos [47]. Em contraste, respostas preocupadas e negativas estão associadas a maiores intensidades de DGP [47], mais sintomas depressivos [49], menor função sexual e menor satisfação sexual e relacional [48]. Os autores postulam que as respostas preocupadas e negativas do parceiro rompem a regulação adaptativa do casal, reforçando o evitamento da dor e do sexo e aumentando o nível de ameaça da dor – fatores conhecidos por aumentarem a intensidade da dor e as consequências negativas a ela associadas [29].

Comunicação e catastrofização na atividade sexual.

A comunicação do casal antes, durante, ou após o coito pode ser particularmente relevante, quer pela qualidade [50] quer pelo grau de partilha e de intimidade [51].

Apesar de ser relativamente estável ao longo do tempo, a catastrofização da dor varia com a pessoa de tal forma que, nos dias em que o indivíduo com dor crónica reporta um agravamento da catastrofização relativamente ao seu habitual, também reporta um agravamento da dor, da incapacidade e do humor, que levam a alterações nas emoções e comportamentos do parceiro (e.g., respostas solidárias ou hostis) [52]. Isto sugere que a catastrofização da dor afeta o ambiente interpessoal e a regulação emocional do casal [29].

Afeto antes, durante e após o coito.

Apesar das mulheres com DDGPP evitarem o afeto físico com os parceiros por provocar emoções negativas, das quais a principal é o medo de coito doloroso, um maior afeto (e.g., abraçar e beijar) fora do contexto sexual foi associado a uma maior satisfação e função sexual nos dias de atividade sexual, assim como a uma maior satisfação diária na relação [53]. Assim, a manutenção de um contacto afetuoso com o parceiro pode atuar como um moderador protetor – talvez através do aprimoramento dos sentimentos de intimidade e união diádica – que ajudam os casais a lidarem melhor com as suas emoções aquando de eventos stressantes (e.g., iniciação de coito ou coito doloroso) para que consigam ultrapassar essas situações de forma eficiente e mutuamente satisfatória [29].

Humor coincidente à atividade sexual.

Quando as mulheres com DDGPP reportaram uma maior ansiedade e uma maior presença de sintomas depressivos nos dias de atividade sexual, concomitantemente relataram uma maior intensidade de dor durante o coito e uma menor função sexual [54]. Quando os parceiros sentiram maior ansiedade e mais queixas depressivas, tanto as mulheres como os parceiros reportaram pior sofrimento sexual [54].

Motivação sexual.

Foram estudados três aspetos da motivação sexual de modo a perceber os potenciais efeitos benéficos e nefastos da motivação na DDGPP: objetivos sexuais (e.g., as razões para participar no ato sexual); motivação intrínseca (e.g., a extensão da motivação para satisfazer as necessidades do parceiro, sem excluir as suas próprias); motivação extrínseca (e.g., estar motivado para satisfazer as necessidades do parceiro, ao ponto de excluir as suas próprias) [29].

Nos dias em que as mulheres relataram participar em atividades sexuais de maneira a atingir resultados positivos na sua relação, como maior intimidade (e.g., objetivos de aproximação), reportaram níveis menores de dor durante o ato sexual, um maior foco em pensamentos e sentimentos positivos durante o sexo e uma melhor função sexual e satisfação na relação [55]. Adicionalmente, os parceiros reportaram um maior foco em sinais positivos durante o sexo e, por sua vez, tiveram uma melhor função sexual e uma maior satisfação na relação [55]. Objetivos sexuais de aproximação criam um contexto interpessoal positivo que promove a validação e a expressão emocional [55]. Em contraste, quando as mulheres reportaram participar no ato sexual de modo a evitar outcomes negativos na relação, tais como conflitos ou desilusões do parceiro (e.g., objetivos de evitamento), tanto a mulher como o parceiro concentraram-se em sinais sexuais negativos e relataram uma função sexual diminuída, tendo a mulher reportado maior DGP durante o coito [56]. Objetivos sexuais de evitamento estão conectados a emoções negativas relativas à dor (e.g., medo da dor) e podem sensibilizar o casal ao foco das consequências negativas da dor na sua vida sexual, assim como promover o uso de estratégias de regulação emocional pouco adaptativas (e.g., evitamento do coito) [56].

Quando ambos os membros do casal reportavam estarem mais motivados para satisfazer o parceiro (e.g., maior motivação intrínseca), relatavam uma maior função e satisfação sexual e uma

maior satisfação relacional, e as mulheres reportavam menores níveis de ansiedade e de dor durante o sexo [57]. Contudo, quando as mulheres estavam demasiado focadas nas necessidades sexuais do parceiro e ignoravam as suas próprias vontades (e.g., alta motivação extrínseca), a relação sexual do casal, o bem-estar psicológico e a DGP sofriam repercussões negativas [22]. Mulheres com DDGPP mencionam que a razão principal para continuarem a participar em atividades sexuais dolorosas é a de satisfazerem as necessidades sexuais do parceiro [22].

Em suma, objetivos sexuais de evitamento e motivação extrínseca são prováveis fatores de risco para a má regulação emocional antes, durante, e após o coito, enquanto que objetivos sexuais de aproximação e a motivação intrínseca promovem um maior processamento emocional adaptativo dentro do casal, com implicações positivas no ajuste à disfunção e na gestão da DGP desse dia [29].

Outros fatores não abrangidos por este modelo.

Comorbilidades Psiquiátricas.

Khandker et al. reportaram que os sintomas ansiosos e depressivos podiam constituir quadros pré-existentes à DGP e que predispõem ao desenvolvimento de dor sexual [58]. Está descrito que a ansiedade e a depressão podem ser antecedentes ou consequentes à DGP.

Sintomas depressivos como tristeza, anedonia, baixa concentração e fadiga estão associados a uma maior severidade da dor e, possivelmente, à manutenção do ciclo vicioso característico da dor sexual [39].

A ansiedade influencia a resposta sexual através da diminuição do foco nos estímulos eróticos, levando a uma menor excitação subjetiva e genital, o que, por sua vez, contribui para o ciclo vicioso da DGP [39].

Crenças sexuais.

Nas perturbações de dor sexual é frequente surgirem crenças conservadoras e religiosas que são muitas vezes consequentes a uma educação sexual pobre ou inexistente [27], [39]. As crenças mais significantes na população feminina parecem ser: o conservadorismo sexual (“todo o coito não vaginal é pecaminoso”, “a mulher deve ter um papel passivo no coito”, “a virgindade deve ser preservada até ao casamento”), o desejo sexual como pecado (“o sexo é uma atividade masculina”, “a mulher deve refrear o seu desejo por ser pecaminoso”), crenças acerca da idade (“na menopausa o desejo e prazer diminuem”), crenças relativas à imagem corporal (“a aparência física é central à sexualidade feminina”), crenças relacionadas com a negação da primazia do afeto (“o sexo serve só para satisfazer os homens”) e primazia da maternidade (“o sexo só é legítimo como forma de procriação”) [27], [39]. Este padrão de valores conservadores está possivelmente na base de uma sexualidade experienciada de forma insatisfatória pelas mulheres com vaginismo e dispareunia [39].

Autoestima na DGP.

Os estudos que abordam de forma direta o papel da autoestima na DGP e na dor sexual são escassos, contudo sugerem que mulheres com dispareunia ou vaginismo possuem níveis menores de

autoestima comparativamente à população geral [39]. Baixos níveis de autoestima levam à catastrofização e à dificuldade de adaptação ao quadro de dor, à menor satisfação sexual e à instabilidade relacional entre a mulher e o parceiro [39].

Na atualidade, a etiologia da DDGPP é compreendida como um fenómeno complexo, que resulta da reunião de variáveis biomédicas, psicológicas e interpessoais, sendo considerada análoga à etiologia da vulvodinia. Os fatores psicossociais têm sido cada vez mais discutidos na investigação, compreendendo-se atualmente a sua importância no desenvolvimento e na manutenção destas duas entidades. Os fatores biomédicos foram pouco explorados no contexto do vaginismo e da dispareunia sem causa orgânica óbvia, sendo importante incentivar o seu estudo no âmbito da DDGPP de maneira a compreendermos se são, de facto, sobreponíveis aos fatores biomédicos da vulvodinia.

TRATAMENTO

Devido ao universo biopsicossocial e aos múltiplos mecanismos fisiopatológicos associados à DDGPP, uma abordagem multidisciplinar (ver Figura 2) será ideal para dirigir o tratamento às várias dimensões desta entidade, com obtenção de melhores resultados tanto na gestão e na melhoria da dor da mulher, como no aumento da qualidade de vida e da função sexual do casal [21], [24], [59].

Consoante o contexto clínico de cada mulher, formado a partir da recolha de uma história pormenorizada e de um exame físico adequado, define-se uma estratégia terapêutica individualizada que deve ser aceite e compreendida pela doente [59].

Existem várias modalidades para abordagem à dor sexual, no entanto o nível de evidência é baixo pela parca literatura no âmbito da terapêutica dirigida ao vaginismo e à dispareunia isolada [59]. No vaginismo há tendência para maior foco na eliminação dos espasmos vaginais (e.g., com recurso a dilatadores para dessensibilização sistemática e técnicas de relaxamento), na dilatação vaginal progressiva e na educação sexual [20]. A dispareunia é abordada de forma semelhante à vulvodinia, com tratamento direcionado para causas físicas e/ou psicológicas que estejam na origem da dor [20]. A semelhança entre a vulvodinia e a DDGPP leva a que a abordagem seja idêntica entre estas entidades [21].

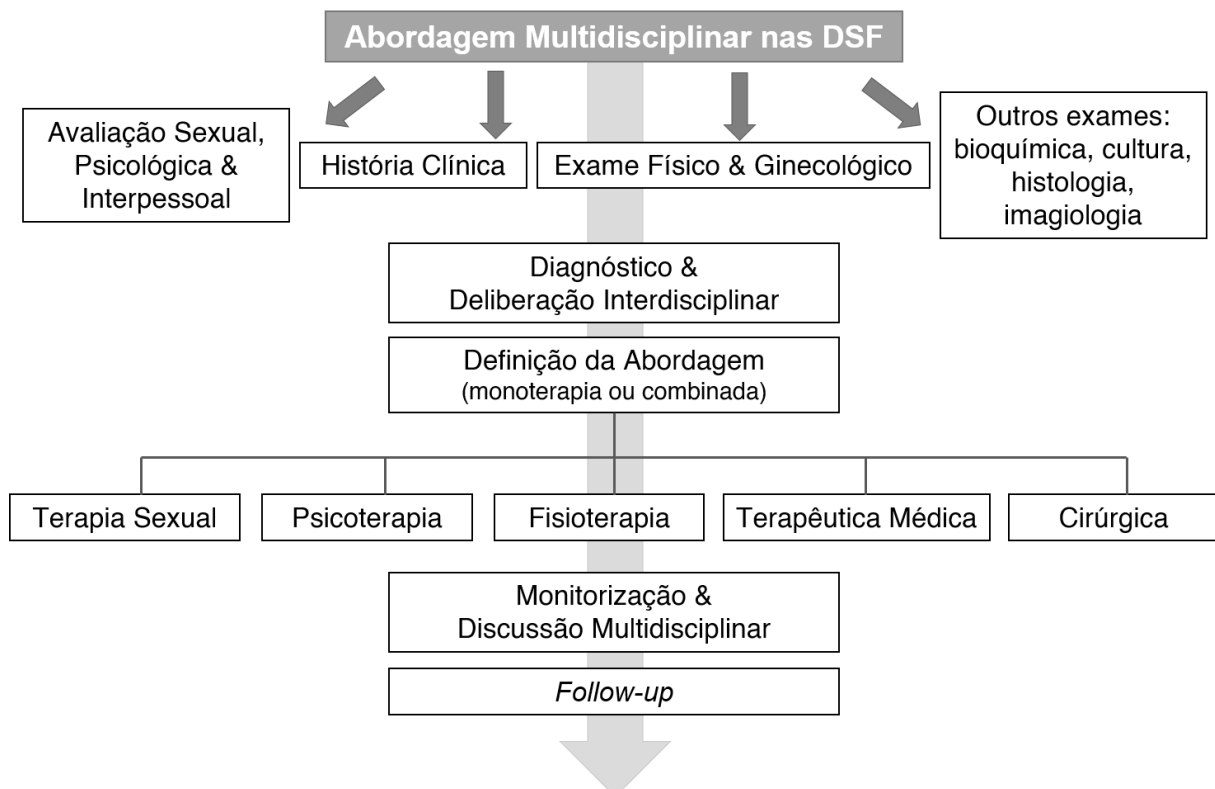


Figura 2 – Abordagem multidisciplinar nas DSF; adaptado de Fugl-Meyer et al. [59]
Modificações do estilo de vida.

Medidas gerais que promovam o bem-estar e que consigam abordar em simultâneo vários sintomas mostram benefício em todas as patologias, incluindo as DSF [24]. A dieta saudável e o

exercício cardiovascular aliviam sintomas de ansiedade, stress e depressão, aligeirando igualmente o quadro doloroso [24].

Psicoterapia e terapias sexuais.

A abordagem psicológica tem um papel importante na gestão da dor sexual e tem como alvo experiências cognitivas, comportamentais, emocionais e relacionais consequentes à DGP [24]. Tem a grande vantagem de não ser invasiva e de não causar efeitos secundários.

Pode ser realizada individualmente, em casal ou em grupo, devendo ser especialmente recomendada a mulheres e casais que reportam problemas do foro psicológico (e.g., quadros de ansiedade, eventos de vida traumáticos) e/ou relacional (e.g., sentimentos de rejeição, hostilidade) que têm impacto marcado na DGP e na qualidade de vida [59].

Terapia cognitiva-comportamental (TCC).

Os múltiplos fatores psicológicos e relacionais possivelmente envolvidos na etiologia da DDGPP dificultam a regulação emocional, sendo importante orientar o casal para o desenvolvimento de estratégias adaptativas que mitiguem as emoções negativas e os conflitos interpessoais provocados pela DGP [29]. Alguns estudos mostraram que a TCC é relativamente eficaz em monoterapia no vaginismo, pois permite a reestruturação cognitiva e a correção de vias mal adaptativas e desenvolve técnicas de relaxamento com dessensibilização gradual para a dor – no entanto é necessária mais investigação nesta terapia [60], [61]. Estão a ser desenvolvidas TCC interventivas para casais que sofrem com DGP [62].

O mindfulness é um subtipo de terapia cognitiva que tem ganho relevância no tratamento da dispareunia [63]. É uma terapêutica que visa o empoderamento da mulher através de técnicas que ajudam a encontrar mecanismos de gestão e de tolerância à dor, sensibilizando para eventuais fatores de agravamento ou de melhoria da DGP e para o foco em acontecimentos positivos na vida e no relacionamento [63].

Terapia sexual e conjugal.

A terapia sexual e a terapia conjugal são boas opções e idealmente têm como objetivo principal a promoção da cogestão da dor vulvovaginal [21]. Isto implica que o casal melhore a sua capacidade de comunicação, reduza os sentimentos comuns de vergonha e de culpa e construa atividades sexuais positivas ao mesmo tempo que gere a DGP [21].

Quanto mais cedo for abordado o papel dos fatores relacionais diádicos na dor e nas suas consequências, maior será a probabilidade de sucesso terapêutico [41].

Terapia de exposição.

Técnicas de psicoterapia dirigidas a fobias podem ser adaptadas para o vaginismo caso a mulher manifeste um quadro de medo e de evitamento marcado [21]. O medo da dor deve ser sempre pesquisado e trabalhado pois é uma componente importante para a manutenção do vaginismo [21].

A terapia de exposição mostrou ser eficaz na diminuição dos sintomas de vaginismo e no aumento das associações positivas ao estímulo sexual [64].

Reabilitação física.

Nas mulheres com DGP crónica observa-se redução da função e aumento da tensão da musculatura pélvica, alterações que contribuem para a manutenção do quadro doloroso [59]. A reabilitação física é assim considerada componente importante da abordagem à dor sexual, no entanto é um recurso relativamente inexplorado e de uso infrequente [65].

Hartmann et al. num estudo sobre DGP crónica concluíram que a referência à medicina física da reabilitação e à fisioterapia deve ser parte integrante na abordagem de rotina à mulher com dor vulvovaginal [66].

A fisioterapia pode ser realizada na sua forma convencional por estimulação manual, podendo incrementar-se a libertação miofascial através de massagem, alongamento, mobilização articular, por uso recorrente de espumas de reabilitação ou por outras técnicas de libertação de pontos gatilho, como vibração e agulhas [65]. As sessões de estimulação manual aumentam a flexibilidade, o equilíbrio e a estabilidade e diminuem progressivamente o número de pontos gatilho dolorosos [65].

Outras estratégias que visam a diminuição da DGP incluem exercícios respiratórios e de relaxamento gerais ou específicos, que contribuem para o empoderamento da mulher na gestão da sua própria dor – fazendo-se assim uma abordagem simultânea às componentes física e psicológica, aprimorando as técnicas de coping da doente [65].

Outras modalidades que vão além da fisioterapia convencional são os programas de gestão de dor que promovem alterações comportamentais, o treino dos músculos do pavimento pélvico (MPP), o biofeedback, a estimulação elétrica e os balões para dilatação dos tecidos vaginais [65].

Medidas tópicas e intradérmicas.

A escassez de estudos relativos à medicação tópica no vaginismo e na dispareunia isolada leva a que não se possam retirar conclusões fidedignas [67], [68]. O uso da toxina botulínica A é promissor nestas entidades, mas requer mais estudos para poder ser recomendado com segurança [69], [70].

Estudos mais recentes relativos à eficácia destas terapêuticas na vulvodinia desvalorizam os tratamentos tópicos e estão descritos com maior pormenor no subcapítulo “Tratamento” da vulvodinia.

Medidas sistémicas.

Neste campo, a literatura torna a ser escassa e pouco criteriosa, com os estudos sobre a terapia farmacológica no vaginismo a mostrarem-se inconclusivos [70], [71].

Estudos relativos a estas terapêuticas na vulvodinia desvalorizam a medicação sistémica e estão descritos com maior detalhe no subcapítulo “Tratamento” da vulvodinia.

A indústria farmacêutica tem mostrado um interesse agressivo na DSF, patrocinando estudos que reduzem os problemas sexuais à sua alta prevalência e ao possível sucesso terapêutico através da monoterapia farmacológica [39], [72]. A excessiva publicitação e medicalização das DSF levou à desvalorização da história individual de cada mulher e da sua esfera relacional, cultural, social e psicológica como fatores fundamentais ao desenvolvimento das disfunções [39], [72].

É importante que o profissional de saúde possua uma visão global da mulher e que não sinta a tentação de prescrever um fármaco para uma condição que, na grande maioria dos casos, necessita de uma abordagem holística e multidisciplinar para que haja a sua remissão [39].

As doentes em geral olham para a medicalização como algo atrativo, pois para além de constituir uma solução simples, há um bypass do trabalho que deve ser realizado no sentido de diminuir a ignorância, a vergonha e outros sentimentos e cognições negativos em relação à sexualidade [72]. Os profissionais de saúde devem elucidar sobre a falácia da medicalização como uma solução simples e sublinhar a importância da identificação das verdadeiras etiologias da dor, incentivando a mulher para a obtenção de um maior entendimento da sua patologia e para a adoção de um papel ativo no seu tratamento.

O desenvolvimento e a manutenção das DSF têm sido conceptualizados como um ciclo vicioso (ver Figura 3), onde os fatores fisiológicos, psicológicos e interpessoais influenciam as vias cognitivas e os padrões comportamentais, culminando na exacerbação do quadro de dor sexual ao longo do tempo [73], [74]. Os três principais componentes deste modelo cíclico são os fatores psicológicos, a disfunção dos músculos pélvicos e a menor função sexual. Uma primeira experiência dolorosa desencadeia respostas psicológicas negativas como a catastrofização, a hipervigilância e o medo, que vão aumentar as sensações negativas e as experiências dolorosas, à semelhança do aumento das tensões basais dos músculos pélvicos que condicionam o agravamento da percepção da dor pelos episódios repetidos de coito doloroso. A dor sexual resulta numa progressiva diminuição do desejo e da lubrificação vaginal, levando ao aumento da sua própria intensidade. Todos estes componentes podem ser compreendidos como predisponentes da dor e como sua consequência [73], [74]. O evitamento da atividade sexual também é considerado um componente importante deste ciclo, pois impede a descrença dos pensamentos automatizados e é particularmente marcado no vaginismo [73], [74].

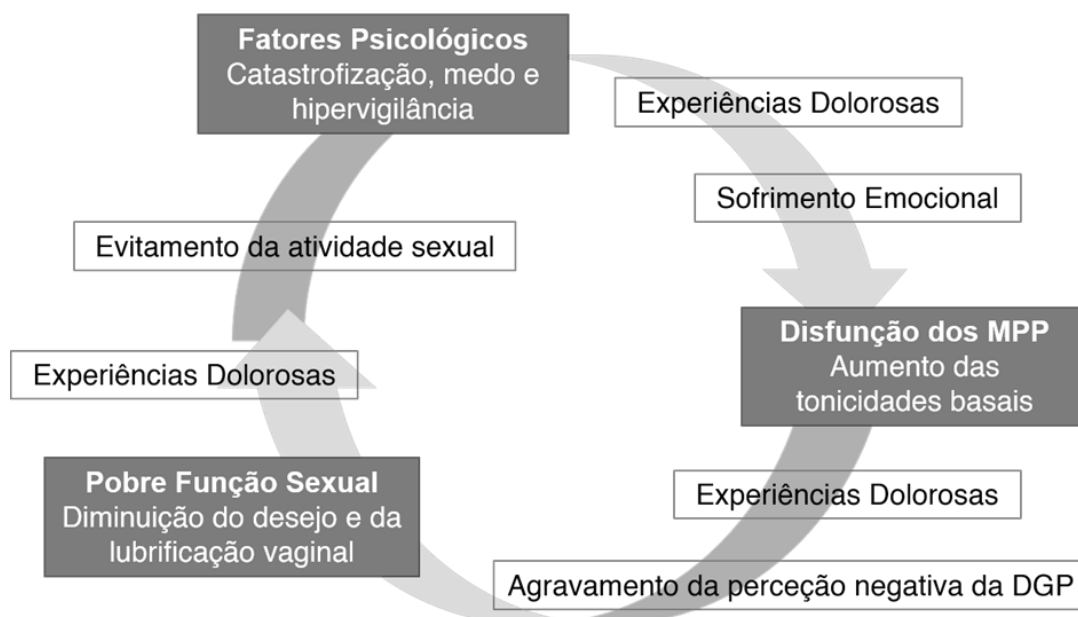


Figura 3 – Modelo de desenvolvimento e manutenção da DSF; adaptado de Basson. [74]

Para a prevenção da DDGPP é necessário identificar as variáveis que possuem um papel no desenvolvimento da dor vulvovaginal e combinar estratégias terapêuticas que corrijam os fatores físicos e psicossociais, com estes últimos a mostrarem-se potenciais mecanismos de manutenção da DGP e das suas sequelas [29], [75]. Na abordagem aos fatores relacionais, o parceiro deve ser também envolvido no tratamento – pois a atividade sexual experiencia-se em casal – de forma a que as intervenções dirigidas ao casal sejam bem-sucedidas na correção das respostas mal adaptativas, criando uma aliança para a cogestão da dor vulvovaginal e para a melhoria da função sexual entre a mulher e o seu parceiro [29], [76].

VULVODINIA

DEFINIÇÃO

Em 2015, a Sociedade Internacional para o Estudo da Doença Vulvovaginal (ISSVD), juntamente com a Sociedade Internacional para o Estudo da Saúde Sexual da Mulher (ISSWSH) e a Sociedade Internacional da Dor Pélvica (IPPS) atualizaram o Consenso de Terminologia e Classificação de Dor Vulvar (ver Tabela 1) [77].

A clínica está descrita em maior detalhe no subcapítulo “Clínica e Diagnóstico” da vulvodinia e os fatores que poderão estar associados a esta condição estão descritos no subcapítulo “Etiologia” da vulvodinia.

Vulvodinia – dor vulvar com pelo menos 3 meses de duração, sem uma causa aparente identificável, mas que poderá ter fatores associados

Pode ser descrita consoante:

- O local doloroso: localizada (e.g., vestibulodinia, clitoridinia) ou generalizada ou mista (localizada e generalizada)
- Os fatores desencadeantes: provocada (e.g., por inserção, por contacto) ou espontânea ou mista (provocada ou espontânea)
- A instalação: primária (atividade sexual sempre dolorosa) ou secundária (dor surge após um período de tempo com coito ou outro tipo de contactos não dolorosos)
- O padrão temporal: intermitente ou persistente ou constante ou imediata (durante o coito) ou adiada (após o coito)

A vulvodinia pode surgir isoladamente ou em associação com alterações orgânicas vulvares

Tabela 2 – Consenso de Terminologia e Classificação de Vulvodinia de 2015; adaptado de Bornstein et al. [77]

Reed et al., em 2012, concluíram que a vulvodinia é uma entidade comum, apesar de raramente diagnosticada, com a prevalência a manter-se alta entre mulheres sexualmente ativas e de todas as faixas etárias [78]. Outros estudos entram em conformidade com estas conclusões e relatam que a dor vulvar crónica sem causa patológica objetiva tem uma prevalência alta, com as estimativas a rondar entre os 10% e os 28% nas mulheres em idade reprodutiva [79].

No seu estudo de 2012, Reed et al. reportaram uma prevalência de vulvodinia de 8.3%, que se mantinha estável até aos 70 anos de idade e que declinava a partir dessa idade [78] e Harlow et al., em 2014, chegaram a resultados semelhantes, relatando que 8% das mulheres dos 18 aos 40 anos narram uma história de dor vulvar com características de queimadura e/ou despoletada por qualquer contacto, que persistia por mais de 3 meses e que limitava a atividade sexual [80]. Também concluíram que a maioria dos primeiros episódios de dor ocorriam antes dos 25 anos e diminuía progressivamente ao longo da terceira e início da quarta décadas de vida, aumentando gradualmente a partir da segunda metade da quarta década de vida até à menopausa [80].

Harlow et al. também apuraram que mulheres hispânicas possuíam uma probabilidade de desenvolver dor vulvar 1.4 vezes superior às mulheres brancas e afro-americanas, tendo estas duas últimas populações aproximadamente o mesmo nível de prevalência [80]. No seu estudo de 2015, Nguyen, Reese e Harlow também observaram que as mulheres hispânicas tinham uma prevalência superior de dor vulvar crónica comparativamente às mulheres brancas e que a maioria dessas mulheres reportava uma vulvodinia de instalação primária [81].

Harlow et al. analisaram a procura de ajuda nos cuidados de saúde por parte das mulheres que padeciam desta entidade, chegando-se à conclusão de que mulheres com vulvodinia primária procuravam mais apoio comparativamente às mulheres com vulvodinia secundária. Contudo, 50% das doentes que procuraram ajuda reportaram não receber um diagnóstico, independentemente da instalação do quadro de dor vulvar [80]. Reed et al. também observaram que das mulheres com critérios de vulvodinia, 48,6% recorreram aos cuidados de saúde em busca de soluções para a DGP e apenas 1,4% recebeu um diagnóstico formal [78]. Também observaram que 16,9% das mulheres tornavam-se assintomáticas sem tratamento após uma média de 12,5 anos [78].

Vieira-Baptista et al. mostraram que em Portugal, no ano de 2014, havia uma prevalência de vulvodinia de 6,5% e, dessas mulheres, 9,5% reportavam episódios anteriores da doença – os autores concluíram que a prevalência crónica desta entidade a nível nacional ronda os 16% [82]. Outros estudos na população portuguesa reportaram prevalências que variavam entre os 6,1% e os 20,8%, o que pode ser explicado parcialmente pelo uso dos cut-offs temporais anteriormente aceites para a classificação diagnóstica (e.g., 3 meses) [82]. Os autores anteriormente referidos também detetaram um pico de incidência na faixa dos 21-25 anos, seguido por outros aos 41-45 anos e 51-55 anos. Não foi feita distinção entre os subtipos de vulvodinia, mas as mulheres mais jovens tinham maior tendência a

apresentar vulvodinia localizada [82]. A idade média de mulheres com vulvodinia no momento do estudo foi de 33,0 anos, o que não mostra a real distribuição da doença [82].

Em 2015, Vieira-Baptista et al. reportaram que aproximadamente um quarto das mulheres portuguesas com vulvodinia não procura ajuda médica [83]. O embaraço em discutir questões do foro sexual ou a normalização da dor durante o coito devem ser combatidos e, segundo os autores, os médicos devem questionar as suas utentes sobre eventuais queixas ginecológicas sempre que possível [83]. Este estudo também revelou que a maioria das doentes procurou o apoio de um ou dois médicos, mas 16,1% chegaram a recorrer a três ou mais profissionais [83]. Um quarto das mulheres reportou uma desvalorização das suas queixas álgicas por parte dos médicos e menos de 40% obtiveram um diagnóstico formalizado, sendo que, desses mesmos diagnósticos, menos de 20% corresponderam a vulvodinia [83]. A maioria das queixas ginecológicas foram atribuídas a candidose, tendo sido o diagnóstico mais frequentemente estabelecido [83].

Apesar da vulvodinia ser cada vez mais reconhecida como uma entidade frequente, os estudos são ainda limitados e os resultados são desuniformes devido à longa carência de um consenso relativo à classificação desta doença. Com a nova definição é necessário dirigir a investigação de forma a perceber a real prevalência desta condição e a aprimorar a sua identificação pelos profissionais de saúde.

A mulher com vulvodinia espontânea (VE) descreve sintomas vulvares vagos, que podem ser desde parestesias a dores, havendo uma dificuldade na precisão das características e localizações das alterações [24]. Os sintomas podem surgir tanto na ausência como na presença de contactos, tendo repercussões no coito se coincidirem com essa mesma atividade, e quando muito debilitantes podem interferir com as atividades da vida diária [24]. É uma perturbação com clínica semelhante à fibromialgia no sentido em que existem padrões de dor de difícil caracterização [24].

A vulvodinia provocada (VP) difere da VE na medida em que só há sintomas quando ocorre algum tipo de contacto ou de pressão na região vulvar quer em contexto sexual, quer durante manobras ginecológicas, inserção de tampões ou outro tipo de situação não sexual [24]. As mulheres com este subtipo de vulvodinia têm maior facilidade na caracterização da dor, descrevendo dores do tipo facada ou queimadura em pontos específicos da região vulvar [84]. A VP localizada (VPL) (e.g., vestibulodinia provocada) parece ser o subtipo de vulvodinia mais comum [84].

Brotto et al. pesquisaram diferenças clínicas entre a vulvodinia de instalação primária e de instalação secundária, notando que o espaço de tempo entre o início da sintomatologia e o diagnóstico era superior na vulvodinia primária e que essas mulheres apresentavam dismenorreias mais intensas e maior probabilidade de reportar que os seus parceiros não estavam a par do seu quadro de DGP [85]. Estas características encontradas na vulvodinia primária induzem o raciocínio de que as mulheres que sempre experienciaram dor no coito tenham menor sofrimento por associarem a experiência dolorosa à “normalidade” [85]. Em contraste, as mulheres com vulvodinia secundária reportavam um maior número de episódios dolorosos e uma maior intensidade de dor, com piores funções sexuais e maior sofrimento psicológico associado [85]. A atividade sexual que deixa de ser prazerosa possivelmente leva a um maior número de pensamentos negativos e de cognições mal adaptativas que promovem um maior stress pela DGP [85].

Pelo impacto marcado da vulvodinia na saúde da mulher e na sua qualidade de vida geral e sexual, a avaliação detalhada e completa da história do quadro de dor vulvovaginal, dos antecedentes médicos e do estado psicológico anterior e consecutivo à DGP é fundamental [84]. Para além da história clínica será igualmente necessário a realização de um exame físico e ginecológico completo e, quando possível, deverá ser marcada uma consulta com o parceiro de modo a perceber como o casal lida com a DGP e se o companheiro apresenta alguma sintomatologia que poderá ser consequente à dor da mulher – à semelhança do que ocorre na DDGPP, a vulvodinia afeta o casal [84], [86].

O profissional deve pedir à doente para descrever o primeiro episódio doloroso, comparando o início do quadro com o padrão doloroso atual. Na VE é importante perceber se a dor é constante ou flutuante e se existem variáveis comuns aos episódios dolorosos. Na VP será relevante identificar tipos de contactos que desencadeiam dor e potenciais fatores de alívio e/ou de agravamento. A caracterização da dor é crucial para o diagnóstico e para a escolha da melhor abordagem (e.g., na

vulvodinia localizada e provocada (VLP) pode haver indicação para vestibulectomia ab initio, enquanto que na vulvodinia generalizada (VG) prefere-se uma terapêutica conservadora) [84].

É indispensável compreender o impacto da DGP na sexualidade do casal, devendo ambos ser questionados sobre a frequência da atividade sexual, os níveis de desejo e de excitação, a função e a satisfação sexual [84]. Os pensamentos, emoções e comportamentos experienciados pela mulher e pelo parceiro e as eventuais interações conflituosas e respostas negativas que surjam quer durante o coito, quer nos contextos não sexuais, devem ser abordadas, pois os fatores psicológicos são fundamentais para o prognóstico [84].

O teste com zaragatoa ao exame ginecológico é útil para o diagnóstico de VP [84]. Enquanto o médico executa a palpação com zaragatoa de vários pontos da região vulvar, a doente deve indicar os que despoletam dor e atribuir valores de intensidade numa escala numérica de 0 (ausência de dor) a 10 (dor mais intensa que alguma vez experienciou) [84]. O exame ginecológico minucioso complementa a história clínica e ajuda a determinar a etiologia da vulvodinia, excluindo alterações orgânicas que sejam causa de dor vulvar [84]. É importante considerar a ansiedade que a mulher com DGP sente durante o exame das estruturas genitais externas e internas, sendo recomendada uma abordagem interativa onde o médico explica a anatomia e a fisiologia e encoraja a doente a colocar dúvidas e questões [84].

A partir das conclusões retiradas com esta avaliação inicial procede-se para a construção de um diagnóstico diferencial (ver Tabela 1), podendo ser necessária a realização de exames laboratoriais e imagiológicos adicionais para a exclusão de patologias orgânicas [24]. No contexto da vulvodinia será importante a recolha de amostras do fluído vaginal para exclusão de infeções vaginais e a avaliação laboratorial de hormonas sexuais. A análise histológica com recurso a biópsia só deve ser realizada se houver lesões visíveis e sugestivas de lesões orgânicas (e.g., dermatoses, neoplasias) [84].

Durante todo o processo de avaliação é importante que o profissional de saúde utilize linguagem simples, com uma comunicação que transmita recetividade, conforto e confiança à doente e ao companheiro, sendo essencial a construção de uma relação médico-doente empática e de uma imagem geral do problema e das experiências do casal de forma a atingir a melhor abordagem terapêutica e potenciar o melhor prognóstico [84].

Como referido no subcapítulo “Clínica e Diagnóstico” da DDGPP, questionários com parâmetros psicométricos são benéficos no contexto da DGP, pois auxiliam o profissional na avaliação do mal-estar psicológico [24]. O Vulvar Pain Assessment Questionnaire (VPAQ) é uma ferramenta que pode ser utilizada por qualquer médico, mesmo os que não sejam experientes na abordagem à dor vulvar, visto que assiste na realização do diagnóstico de vulvodinia [87]. A utilização do FSFI está também recomendada para esta entidade [84].

ETIOLOGIA

Atualmente, a etiologia da vulvodinia é considerada multifatorial (ver Figura 4), pensando-se na existência de uma interdependência entre fatores biomédicos e fatores psicológicos e relacionais [77]. O Consenso de 2015 identificou fatores que estão provavelmente associados ao desenvolvimento e à manutenção da vulvodinia (ver Tabela 2) e que influenciam a abordagem e o tratamento [77].

Fatores potencialmente associados ao desenvolvimento e à manutenção da vulvodinia ^a

- Alterações hormonais (e.g., por medicação crónica)
- Comorbilidades e síndromes de dor crónica (e.g., fibromialgia, síndrome de intestino irritável)
- Genética
- Inflamação
- Mecanismos neurológicos centrais e/ou periféricos)
- Musculoesqueléticos (e.g., hiperatividade dos músculos do pavimento pélvico)
- Psicossociais (e.g., humor, coping, função sexual)
- Estruturais (e.g., alterações no períneo)

a. Os fatores estão enumerados por ordem alfabética

Tabela 3 – Fatores potencialmente associados à etiologia da vulvodinia; adaptado de Bornstein et al. [77]

Fatores biomédicos.

Alterações musculoesqueléticas do pavimento pélvico

Os MPP estão organizados em três camadas: superficial, intermédia e profunda, com a camada superficial a apresentar um tônus aumentado comparativamente às restantes camadas nas mulheres com vulvodinia [88]. Os MPP estão envolvidos no suporte dos órgãos pélvicos, na estabilidade e mobilidade do tronco, na abertura/encerramento dos esfíncteres anal e urinário e na função sexual [88]. Como tal, a sua disfunção possibilita a ocorrência de múltiplos sintomas dentro dos sistemas aos quais se associam (e.g., urgência urinária, obstipação, dispareunia, parestesias vulvares) e geralmente refere-se a alterações da lassidão (hipotonia) e/ou da hiperatividade (hipertonía), com vários estudos a reportar a existência de uma maior conexão entre a hipertonicidade dos MPP e os distúrbios de DGP e de dispareunia [88], [89].

Foi demonstrado que 90% das mulheres com vulvodinia possuem algum tipo de disfunção dos MPP, com alterações que incluem um tônus basal aumentado, uma contratilidade aumentada em resposta a estímulos dolorosos, uma flexibilidade diminuída, uma capacidade de relaxamento debilitada, limiares de dor diminuídos e menor força muscular comparativamente a mulheres sem história de DGP [88].

O mecanismo fisiopatológico ainda é desconhecido, no entanto existem algumas hipóteses para a disfunção musculoesquelética [88]. Uma hipótese descreve a hipertonicidade como uma resposta reflexa inicial à dor, como objetivo protetivo contra a dor vulvovaginal, mas que eventualmente

transforma-se num fator de manutenção e de exacerbação da vulvodinia [88], [90]. Outra teoria sugere que a disfunção dos MPP é secundária à inflamação da mucosa vestibular, que causa hiperatividade da musculatura pélvica e sensibilização do sistema nervoso periférico (SNP) localizado na musculatura, que consecutivamente leva à sensibilização do SNC e à diminuição dos limiares dolorosos, com a formação de um ciclo de inflamação e contração muscular [88]. Também foi hipotizada a via oposta, com a disfunção muscular a induzir alterações sensitivas da mucosa através do comprometimento crônico do SNP e do SNC [88].

Infeção e inflamação.

Akopians et al., no seu estudo de 2015, referem que começam a surgir evidências de que a inflamação e a infeção têm um papel importante no desenvolvimento e na manutenção da vulvodinia [91]. Vieira-Baptista et al. observam igualmente esse padrão, com o Herpes simplex a mostrar-se um fator de risco importante para a vulvodinia [82]. Antecedentes pessoais de vaginose bacterianas e de infeções por *Candida albicans* e por Human papillomavirus também constituem possíveis fatores de risco para VPL [82], [91]. O risco parece aumentar proporcionalmente com o maior número de infeções vaginais, no entanto deve ter-se presente que os estudos são baseados em autodiagnósticos de infeções anteriores [91].

Foi sugerido que a infeção vulvovaginal na mulher suscetível ao desenvolvimento de vulvodinia poderá desencadear uma produção aumentada de citocinas, neuroquinas e quimiocinas pró inflamatórias que, após o término da infeção, mantêm-se nos tecidos vulvares e vaginais e desencadeiam alterações que sensibilizam as fibras aferentes neuronais do vestíbulo, levando ao desenvolvimento de alodinia, hiperalgesia e alterações reflexas no pavimento pélvico [92].

As características do agente infeccioso, a suscetibilidade do hospedeiro, a resposta do sistema imune, a alteração do microbioma vaginal e dos seus metabolitos e o desenvolvimento reflexo anormal do pavimento pélvico durante ou após o insulto infeccioso podem ser fatores importantes na fisiopatologia da vulvodinia [93].

Mulheres com vulvodinia têm também maior probabilidade de possuir antecedentes de urticária comparativamente a mulheres saudáveis e vários estudos tentaram averiguar se os mastócitos, mediadores reconhecidos de urticária, seriam uma possível causa de sensibilização de fibras aferentes neuronais e de DGP. A maioria dos estudos encontraram um infiltrado inflamatório predominantemente linfocítico, acompanhado por um grande número de células mastocitárias nas regiões vestibulares dolorosas, sugerindo uma associação entre a inflamação e a vulvodinia [79].

Polimorfismos genéticos e influências no sistema imunitário.

Vários estudos sugerem que algumas mulheres poderão ter predisposição genética para o desenvolvimento de vulvodinia e esta variável parecer ter maior responsabilidade na vulvodinia de instalação primária [79].

Polimorfismos genéticos que interfiram com genes codificadores dos recetores dos antagonistas de interleucinas, das citocinas ou de outros componentes da resposta inflamatória, podem levar a

respostas exacerbadas do sistema imunitário no trauma ou na infecção, com possível diminuição da capacidade de término do processo inflamatório ou de combate ao agente infeccioso, que conseqüentemente pode induzir o desenvolvimento de sensações dolorosas [94].

Também foram estudados polimorfismos em genes associados a hiperalgesia, como o gene que codifica o recetor de serotonina 5-HT_{2A}, e em genes envolvidos no efeito das alterações hormonais causadas pela toma de anticoncepcional oral (ACO) [79], [88].

Hiperinervação e neuroinflamação.

Vários estudos demonstraram o aumento da densidade de fibras nociceptivas na endoderme dos tecidos do vestíbulo vaginal das mulheres com VPL, considerando-se atualmente que a hiperinervação seja a causa da alodinia mecânica aumentada e da hiperalgesia [79]. Esta neuroproliferação é possivelmente congénita ou adquirida, pois a VP de instalação primária tem uma hipertrofia neuronal marcada comparativamente à VP de instalação secundária, sugerindo que tenham vias fisiopatológicas distintas [88]. É possível que a vulvodinia de instalação primária seja congénita ou adquirida em fases iniciais da vida, sendo reconhecida apenas durante a adolescência [88].

O papel da hipertrofia das fibras nociceptivas é controverso e apesar de alguns investigadores considerarem-na secundária a trauma ou a inflamação da mucosa, é necessária mais investigação nesta área [88].

Inicialmente incluía-se esta entidade nas condições de inflamação crónica (justificando-se, assim, a denominação anterior de vestibulite vulvar), mas várias avaliações histológicas de tecidos do vestíbulo vulvar foram inconsistentes, visto que mulheres saudáveis apresentavam alterações inflamatórias semelhantes às que padeciam de vulvodinia – passou-se a incluir esta patologia nas síndromes de dor [79], [88].

No entanto, múltiplos estudos sugerem que a inflamação tem um papel no desenvolvimento da vulvodinia, existindo a hipótese de que as citocinas, neuroquinas e quimiocinas pró inflamatórias levam a uma hiperplasia de fibras nociceptivas e alteram a atividade dos canais iónicos dos axónios dos neurónios aferentes vulvares, que resultam numa diminuição dos limiares nociceptivos [79], [88]. Consecutivamente, o limiar para experiências dolorosas diminui e passa a ser ultrapassado por estímulos mecânicos (e.g., distensão ou pressão na parede vaginal com uma zaragatoa), térmicos ou químicos (e.g. acidez) considerados não dolorosos para a população geral, com as fibras sensibilizadas a desencadear uma libertação exagerada de mediadores pró-inflamatórios e uma ativação de células neuroendócrinas e de mastócitos que, por seu turno, acrescentam compostos pró-inflamatórios à reação. A perpetuação deste processo inflamatório neurogénico é pensado como o responsável da manutenção da inflamação local na VPL [79], [88], [95].

Alterações hormonais.

Um estudo reportou um risco aumentado de instalação secundária de VPL nas mulheres que tomam ACO, especialmente nas que iniciaram a toma antes dos 16 anos de idade [96]. Foi também

mostrado que o risco era maior quando os ACO continham estrogénio de baixa potência e progesterona e androgénio de alta potência.

Os ACO possivelmente têm um efeito multifatorial. Modificam a mucosa vestibular através da diminuição da camada epitelial, com exposição das terminações nervosas e alteração dos recetores hormonais que resultam numa diminuição do limiar nociceptivo mecânico [79], [88]. É também sugerido que a supressão da produção de testosterona ovárica, a redução do estradiol ovárico e o aumento da sex hormone binding globulin (SHBG) levem à diminuição da testosterona livre e do estradiol circulantes, com consequente atrofia da mucosa vestibular nas doentes com VPL de instalação secundária [79], [88].

Comorbilidades e síndromes de dor crónica.

A hipersensibilidade demonstrada pelas mulheres com vulvodinia não se limita à região genital ou a estímulos estáticos [79]. Existe um padrão de agregação de comorbilidades e de condições de dor crónica em mulheres com vulvodinia, com alguns estudos a demonstrar uma possível associação entre o sistema serotoninérgico e a fisiopatologia da vulvodinia [79], [97]. Um estudo recente demonstrou que as mulheres com vulvodinia têm uma baixa probabilidade de apresentar ausência de comorbilidades ou apenas uma comorbilidade adicional, com 50% das mulheres a possuir duas condições de dor crónica associadas [98]. A fibromialgia e a síndrome do intestino irritável foram as entidades mais frequentes nesse estudo, no entanto a cistite intersticial, as infeções do trato urinário e vulvovaginais, a depressão e a síndrome de fadiga crónica são também comuns [97]. Estes resultados sugerem que o SNC está envolvido na etiologia da vulvodinia [79].

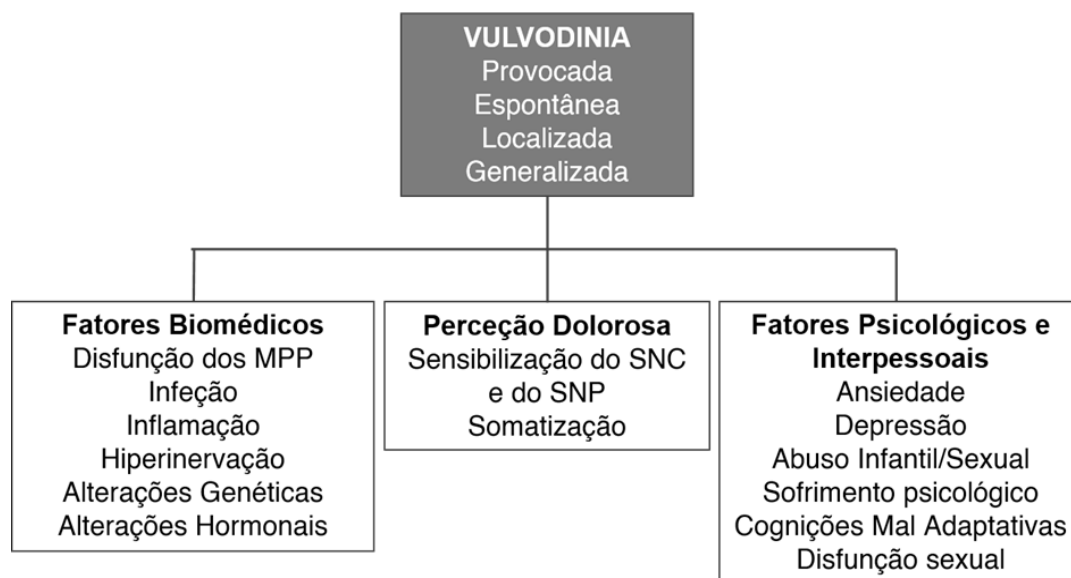


Figura 4 – Etiologia multifatorial da vulvodinia; adaptado de Fugl-Meyer et al. [59]
Fatores psicológicos e interpessoais.

No subcapítulo “Etiologia” da DDGPP encontram-se descritos os principais fatores psicológicos e relacionais possivelmente associados à vulvodinia.

TRATAMENTO

A vulvodinia é uma condição que para além de impor perturbações na saúde física e psicológica, acarreta consequências negativas consideráveis na relação interpessoal e na atividade sexual [99]. A pluralidade e a complexidade das variáveis etiológicas que se encontram interligadas nesta patologia enfatizam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e dirigida às características individuais da doente, ao invés de uma abordagem rígida one-size-fits-all [77]. Andres et al., no seu estudo de 2016, sugerem uma abordagem multidimensional para a vulvodinia (ver Figura 5) [99].

Os objetivos do tratamento devem ser decididos em conjunto pelo médico e pela doente e o seu parceiro, sendo extremamente importante que todas as partes envolvidas estejam cientes de que a cura não é facilmente atingida, especialmente num curto espaço de tempo, mesmo quando os tratamentos adotados são os mais adequados e eficazes ao caso [100]. O profissional de saúde deve fornecer informação realista e explicar a importância da abordagem multidisciplinar e do seu cumprimento para que seja possível atingir a maior eficácia terapêutica e o melhor prognóstico a longo prazo [100]. No plano terapêutico típico da vulvodinia é costume optar por técnicas não invasivas como a fisioterapia ou a TCG em primeiro lugar e, dependendo da resposta, mantém-se ou progride-se para terapêuticas invasivas como o tratamento médico e cirúrgico [84].

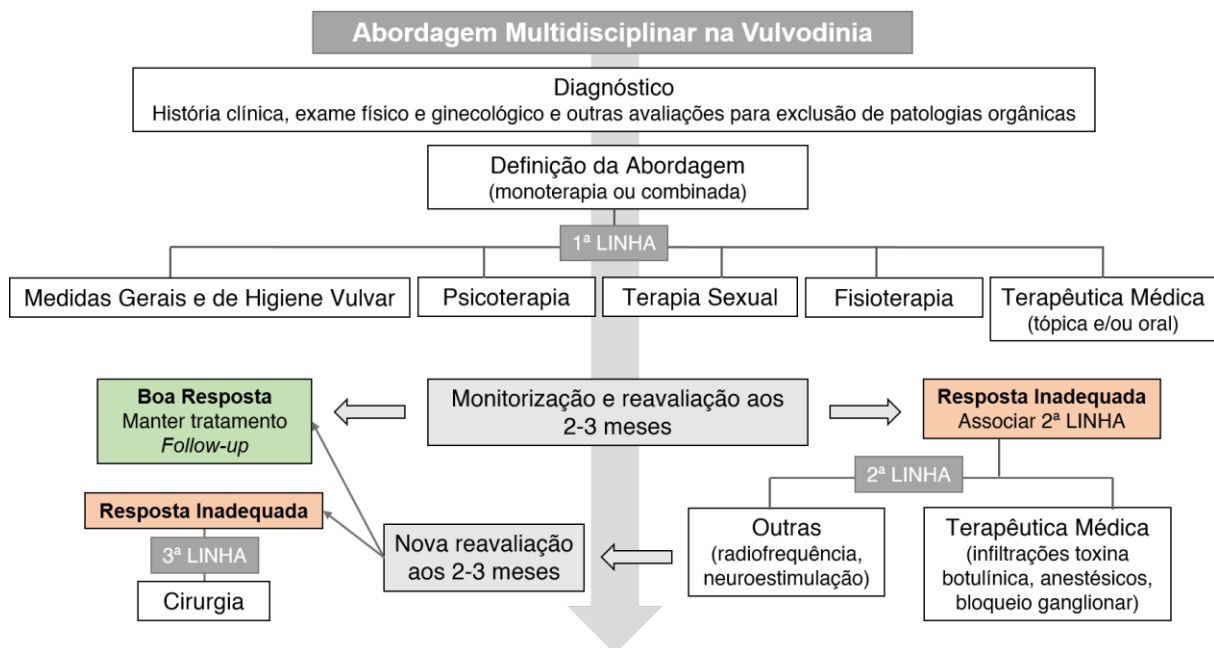


Figura 5 – Abordagem multidisciplinar na vulvodinia; adaptado de De Andres et al. [99]

Medidas gerais de higiene vulvar.

Estão incluídas na primeira abordagem apesar da falta de evidência. A doente deve evitar o uso de compostos irritantes na região vulvar (e.g., perfumes, champôs, sabões) e é recomendado o uso de roupa interior de algodão no período diurno e evitar o seu uso no período noturno [100]. A aplicação de

emolientes melhora a umidade da mucosa vulvar e os lubrificantes diminuem a fricção e a irritação durante o coito [100].

Psicoterapia e terapia sexual.

Como referido no subcapítulo “Tratamento” da DDGPP, a abordagem psicológica tem como objetivos a diminuição da dor vulvar, a melhoria da função sexual e o fortalecimento da relação romântica do casal através da diminuição das experiências cognitivas, comportamentais, emocionais e relacionais negativas e consequentes à dor sexual [24]. Tem a grande vantagem de ser não invasiva e segura e é, em geral, recomendada na vulvodinia [84].

Pode ser realizada individualmente, em casal ou em grupo, sendo especialmente recomendada a mulheres e casais que reportam problemas do foro psicológico e/ou relacional [59]. As necessidades de cada mulher e casal devem ser tidas em consideração para compreender qual o número de horas e quais as modalidades de terapia psicológica que devem ser recomendadas [99]. Aos casais com VP será preferível uma abordagem psicosssexual, enquanto que na VE a TCC para a gestão de dor e a psicoterapia de suporte serão melhores opções [99].

A redução da dor vulvovaginal é o objetivo primário do tratamento da vulvodinia, mas está recomendada a manutenção da terapêutica dirigida ao casal após a redução da dor de forma a que a melhoria das cognições e dos comportamentos do casal quebre o ciclo vicioso típico da DGP [21].

Terapia cognitiva-comportamental (TCC).

A diversidade de fatores psicológicos e relacionais envolvidos na etiologia da vulvodinia dificultam a regulação emocional, sendo importante orientar o casal para o desenvolvimento de estratégias adaptativas que mitiguem as emoções negativas e os conflitos interpessoais provocados pela dor vulvar [29]. A TCC é a terapia psicológica mais usada na vulvodinia, sendo também a mais estudada até à data, e condiciona resultados positivos quer ao nível da gestão da dor e da melhoria da função sexual, quer na diminuição da catastrofização da dor e de outras cognições negativas, com melhoria destes parâmetros no curto e no longo prazo [63], [101], [102].

O mindfulness é um subtipo de terapia cognitiva que tem também ganho relevância no tratamento da vulvodinia [63]. Ajuda a encontrar mecanismos de gestão e de tolerância à dor, sensibilizando para eventuais fatores de agravamento ou de alívio da dor vulvar e para o foco em acontecimentos positivos na vida e no relacionamento [63].

Terapia sexual e conjugal.

A terapia sexual e a terapia conjugal são boas opções e idealmente têm como objetivo principal a promoção da cogestão da dor vulvovaginal através da melhoria da comunicação do casal dentro e fora da atividade sexual [21]. O papel dos fatores relacionais diádicos na dor e nas suas consequências deve ser abordado cedo para aumentar a probabilidade de sucesso terapêutico [41].

Reabilitação física.

As alterações musculoesqueléticas que ocorrem no pavimento pélvico estão profundamente interligadas à etiologia da vulvodinia e, por isso, a reabilitação física será uma componente essencial na abordagem multidisciplinar desta entidade [99].

Os principais objetivos da fisioterapia na vulvodinia são a diminuição da hipertonicidade, o aumento da força muscular e a melhoria da dor vulvar através da dessensibilização dos MPP [84], [99]. Os espasmos musculares aumentados, os ciclos de contração-relaxamento pobres e a instabilidade do pavimento pélvico podem também ser identificados e melhorados com exercícios dirigidos [100].

A fisioterapia pode ser realizada através de uma gama extensa de exercícios e de técnicas que, por sua vez, podem ser combinados em inúmeros conjuntos e sequências (ver Tabela 3) [89]. Não existem estudos que reportem uma técnica ou uma sequência de técnicas ideal [99]. O sucesso terapêutico depende do tempo e do número de sessões de terapia física, da experiência do terapeuta e da rede de suporte e força de vontade da doente, com a VP a ser o subtipo que até à atualidade mostrou retirar maior benefício a partir das técnicas de reabilitação motora [99].

Opções terapêuticas da fisioterapia ^a

- Educação sobre a fisiologia da dor
- Estratégias de dessensibilização do SNC e do SNP
- Modificações do comportamento e do estilo de vida para a redução do medo/evitamento e da catastrofização
- Programas de exercícios para realização em casa:
 - Exercícios de flexibilidade
 - Exercícios de força
 - Exercícios de relaxamento dos MPP
 - Rolo em espuma para exercício
- Reeducação neuromuscular dos MPP
- Técnicas terapêuticas manuais:
 - Libertação miofascial e de pontos gatilho
 - Manipulação de tecido conectivo
 - Mobilização articular
 - Mobilização neural

a. As modalidades estão enumeradas por ordem alfabética

Tabela 4 – Opções terapêuticas da fisioterapia; adaptado de Prendergast. [89]

Para além do treino orientado pelo terapeuta, uma recomendação fácil e que deve ser dada às mulheres que sofram com dor vulvovaginal é a execução regular de três exercícios básicos: manobra de Kegel, manobra de Kegel reversa e massagem superficial do períneo. Estes três exercícios simples auxiliam no relaxamento da camada superficial dos MPP [99].

Outros métodos de terapia física envolvem ultrassom, estimulação elétrica, dilatadores vaginais e técnicas de biofeedback e todas estas modalidades trabalham no sentido de diminuir o tônus basal da musculatura pélvica [84], [99]. O biofeedback auxilia a mulher no desenvolvimento de estratégias de controlo e de regulação da dor vulvovaginal, tendo mostrado sucesso em mulheres com VP [90], [101], [103].

Um programa extenso de fisioterapia que conjugou educação sobre a DGP, terapia manual, biofeedback por EMG, estimulação elétrica, inserções com dilatadores e programas de exercícios em casa mostrou uma normalização do comportamento dos MPP e uma melhoria ao nível do tônus basal, da flexibilidade, da força e da capacidade de relaxamento muscular, com a camada muscular superficial a mostrar melhor resposta à fisioterapia [90]. Este regime também demonstrou efeitos ao nível da sensibilidade mecânica, com melhoria da dor e da tolerância à penetração vaginal [90]. Outro estudo que analisou os efeitos da fisioterapia associada ao biofeedback, estimulação elétrica e dilatadores vaginais também verificou uma melhoria da DGP e da função sexual e uma diminuição da catastrofização da dor e da ansiedade secundária à dor vulvovaginal [104].

Pelo acompanhamento frequente da doente, o terapeuta de reabilitação física é o profissional de saúde que possui a melhor perspetiva sobre o progresso do tratamento e pode ser a ponte entre as várias especialidades, intercalando os tratamentos multidisciplinares de forma a serem eficientes e bem tolerados [89]. Regimes terapêuticos longos estão associados a uma diminuição dos sentimentos de impossibilidade de recuperação e predizem um bom prognóstico, com as melhorias a manterem-se ou a aumentarem ao longo do acompanhamento [104].

Medidas tópicas e intradérmicas.

Apesar de os agentes tópicos serem usualmente prescritos às mulheres com vulvodinia, a qualidade da investigação é variável e limitada quando dirigida à comparação da eficácia entre as opções tópicas [99].

Durante muito tempo a pomada de lidocaína a 5% foi a mais prescrita para a vulvodinia, com a posologia mais comum e recomendada a consistir na aplicação da pomada aquando da ocorrência de sintomatologia, durante o período noturno e nos 30 minutos prévios à atividade sexual nas mulheres com VPL [100]. No entanto, a fraca melhoria obtida com a lidocaína reportada por alguns estudos em mulheres com vulvodinia [105] levou Goldstein et al. a argumentarem que não há benefício na toma a longo prazo de lidocaína [84] e Andres et al. sugerem que poderá ser uma opção inicial, mas o seu uso não deve ser prolongado [99].

A capsaicina é outra opção de medicação tópica e Goldstein et al. recomendam o seu uso apenas como terapêutica de segunda linha (e.g., caso não haja resposta a outras terapêuticas), pois só foram realizados dois estudos sobre o efeito deste agente na vulvodinia e ambos não obtiveram respostas significativas [84], [106].

O bloqueio de nervos periféricos (BNP) (e.g., nervo pudendo) e a infiltração da região vestibular com anestésicos locais foi alvo de alguns estudos na vulvodinia, que mostraram melhoria na dor e nos

seus impactos psicológicos [99], [107]. O bloqueio do último gânglio parassimpático da cadeia paravertebral está indicado nas síndromes dolorosas de dor visceral e perineal, pensando-se que poderá ser uma opção terapêutica na vulvodinia [99].

Um estudo recente de 2019 evidenciou que injeções intramusculares de toxina botulínica A são seguras na vulvodinia [108], no entanto a atual evidência não é suficiente para a sua recomendação e são necessários mais estudos para comprovar a eficácia e a técnica ideal de administração [99].

A terapêutica com corticosteroides tópicos mostrou ter efeitos positivos mínimos na vulvodinia [109]. Pela falta de eficácia das baixas dosagens e pelos efeitos secundários associados às altas doses de corticoide, o seu uso na vulvodinia não é recomendado [84].

Injeções na submucosa vestibular com interferão (INF) α e β mostraram resultados positivos modestos na vulvodinia, mas são necessários mais estudos que investiguem a sua eficácia em monoterapia e em combinação e, por isso, não são recomendadas como terapêutica de primeira linha [84], [99].

A administração de estrogénios tópicos só está indicada em situações onde haja uma clara diminuição do nível de estrogénios locais (e.g., estado pós-menopausa, distúrbios da tiróide, líquen escleroso) associada a atrofia da mucosa vulvovaginal [110]. São necessários mais estudos para averiguar o efeito das terapêuticas hormonais na vulvodinia [84].

Medidas sistémicas.

Há pouca evidência relativamente à eficácia dos antidepressivos tricíclicos (ADT), dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e dos inibidores seletivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (ISRSN), sendo que os estudos efetuados não mostraram um benefício suficiente na vulvodinia que justifique a sua recomendação [111]. O uso de anticonvulsivantes (e.g., gabapentina) na vulvodinia também não se mostrou eficaz [112]. Goldstein et al. não recomendam o uso dos ADT, ISRS ou ISRSN nesta patologia e relativamente à administração de anticonvulsivantes referem que será necessário esperar por estudos controlados e dirigidos à sua eficácia para que possam ser recomendados [84]. Caso a doente refira a presença de um quadro depressivo e/ou de ansiedade como comorbilidade associada à vulvodinia, deve receber tratamento dirigido a essa sintomatologia.

Cirurgia.

Por ser uma opção terapêutica extremamente invasiva e irreversível, deve ser reservada às mulheres com um quadro doloroso de duração superior a 6 meses e que condicione incapacidade parcial ou total para a realização de atividade sexual ou com ausência de resposta a outras terapêuticas médicas [113].

Quando falamos de cirurgia no contexto da VPL normalmente referimo-nos à vestibulectomia [99]. A vestibulectomia pode ser local, caso a dor esteja circunscrita a pontos específicos do vestíbulo vulvar, ou total, quando a dor abrange maior área e é removida a pele, a membrana mucosa, o hímen e tecido adjacente, as glândulas vestibulares e também parte do canal das glândulas de Bartholin [100].

A perinioplastia é outra técnica que remove o equivalente a uma vestibulectomia total, associada à excisão do tecido que se estende desde a vulva até à região anal [100].

A experiência do cirurgião é fundamental para a boa execução do procedimento e, apesar de não existirem recomendações de técnicas específicas, as taxas de eficácia na melhoria da DGP são muito semelhantes nos vários tipos de cirurgia e têm um impacto positivo na função sexual e na saúde mental das doentes [113]. As complicações são pouco frequentes e incluem infecção, hemorragia, hematoma, deiscência da sutura, sensibilidade dolorosa aumentada, cistos das glândulas de Bartholin e formação de tecido cicatricial [84].

Estudos que compararam os níveis de DGP a longo prazo entre o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador, verificaram que a dor sexual estava diminuída em ambos os grupos e que a satisfação sexual era também semelhante entre eles [84]. Tendo em conta que existem poucos estudos clínicos randomizados sobre a eficácia cirúrgica e que não existe uma definição standard para o sucesso terapêutico, a cirurgia mantém-se como terapêutica de última linha [99].

Outras terapêuticas complementares.

Radiofrequência

A radiofrequência das raízes nervosas da região sacral e do último gânglio parassimpático da cadeia paravertebral resulta no alívio da dor perineal, tendo já sido usada na vulvodinia e com obtenção de alívio da DGP [99].

Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) e estimulação de nervo periférico (PNS)

A TENS é um tratamento não farmacológico e não invasivo que apresenta resultados positivos no alívio da dor secundária a várias síndromes e patologias, tendo sido avaliada em dois estudos no âmbito da vulvodinia que verificaram uma melhoria na dor e na dispareunia em 3 meses [99].

A PNS foi usada num caso de vulvodinia refratária (com ausência de resposta à cirurgia, última linha terapêutica) e resultou numa melhoria significativa da dor, da função sexual e da qualidade de vida da doente [114]. A introdução de um eletrodo estimulante em áreas afetadas do SNP é um procedimento potencialmente eficaz sobre a dor neuropática e que deve ser estudado no âmbito da vulvodinia [99].

Terapêuticas alternativas.

Muitas mulheres procuram terapêuticas da medicina não convencional antes, durante e após a procura de um profissional de saúde [100]. A preocupação com a sua sintomatologia e a informação confusa dada pelo seu médico são as principais causas da procura de tratamentos alternativos [100].

A acupuntura foi reportada como uma terapêutica com eficácia na diminuição da dor e na melhoria da função sexual, parecendo ser uma opção promissora [115]. A hipnose mostrou também eficácia nesses parâmetros, se bem que a curto prazo [116]. No entanto, tendo em conta a falta de estudos, não são para já terapêuticas recomendadas [84].

PREVENÇÃO E PROGNÓSTICO

A vulvodinia era considerada como uma condição de dor crónica onde a remissão sintomática seria um fenómeno raro [117]. No entanto, estudos mais recentes têm mostrado que uma subpopulação das mulheres com vulvodinia torna-se assintomática com o passar do tempo e outra proporção significativa de mulheres apresenta períodos sintomáticos intercalados por períodos de remissão – estes achados sugerem que a vulvodinia poderá ter uma evolução cíclica, com períodos de atividade e de inatividade [118], [119]. As taxas anuais de incidência de novo e de remissão sintomática em mulheres com vulvodinia são, respetivamente, 1,8% e 11,1% [117].

Apesar da vulvodinia não ser considerada uma DSF, o seu desenvolvimento e manutenção é muito semelhante e pode ser igualmente considerada um ciclo vicioso (ver Figura 3), onde os fatores fisiológicos, psicológicos e interpessoais influenciam as vias cognitivas e os padrões comportamentais, culminando na exacerbação do quadro de dor vulvovaginal ao longo do tempo [73], [74]. A prevenção da vulvodinia pode então ser realizada da mesma forma que a DDGPP, com a identificação e correção dos fatores físicos e psicossociais que são potenciais mecanismos de manutenção da DGP e das suas sequelas [29], [75]. Na abordagem aos fatores relacionais, o parceiro deve ser envolvido no tratamento de forma a que as intervenções sejam bem-sucedidas e corrijam as respostas mal adaptativas para a melhoria da função sexual do casal [29], [76]. A combinação das estratégias terapêuticas que visam a correção dos fatores psicossociais e relacionais com o tratamento sintomático parece ser a abordagem ótima para a remissão da vulvodinia e para o regresso à saúde e à melhor qualidade de vida sexual.

Heddini et al. pesquisaram fatores relevantes para o prognóstico da vulvodinia e relataram que o tipo de instalação provocava um impacto significativo no outcome pós-tratamento, estando a instalação primária associada a um pior prognóstico, ao invés da instalação secundária que mostrava taxas de melhoria e de remissão superiores [120].

A vulvodinia com padrão temporal adiado, ou seja, uma vulvodinia caracterizada por uma dor vulvar que surge após a atividade sexual, também está associada a pior prognóstico, com a remissão sintomática a ser mais rara nestes casos [117].

As comorbilidades médicas têm também um impacto negativo no prognóstico da vulvodinia [120]. Heddini et al. verificaram que as mulheres que, associadamente à vulvodinia, possuíam mais do que uma comorbilidade de dor crónica tinham maior propensão a obter uma resposta negativa ao tratamento, comparativamente às mulheres sem comorbilidades associadas [120].

CONCLUSÃO

A DDGPP e a vulvodinia são duas patologias com prevalências mais significativas do que as inicialmente pensadas e que afetam, maioritariamente, mulheres em idade reprodutiva. Ambas possuem etiologias multifatoriais extremamente similares onde se interlaçam variáveis biomédicas, psicológicas e interpessoais que, para além de serem fatores importantes no desencadeamento destas entidades, têm também um papel fundamental na sua manutenção que poderá ser caracterizada como um ciclo vicioso.

Clinicamente, estas duas doenças divergem em algumas especificidades, mas acabam por cursar com uma queixa fundamental: DGP, concomitante com o coito na maioria dos casos. Os diagnósticos destas duas entidades devem ser baseados numa história clínica e num exame físico extremamente detalhados e formalizados após a exclusão de outras patologias que constituem o diagnóstico diferencial de DGP. O médico deverá estar atento para sinais na história e no exame ginecológico que sejam sugestivos de fatores etiológicos específicos, passivos de uma abordagem terapêutica dirigida.

O tratamento destas duas condições deve ser multidisciplinar e adaptado a cada caso. De acordo com os estudos efetuados, a psicoterapia e a terapia sexual começam a obter resultados significativos ao nível da diminuição da DGP e da melhoria da função sexual, levando a uma qualidade de vida aumentada e a uma maior satisfação do casal pela gestão do problema a dois, com melhoria da comunicação e da intimidade sexual a longo prazo. A fisioterapia com intervenção nos MPP, seja convencional ou associada a técnicas de dilatação vaginal, biofeedback, estimulação elétrica, entre outras, tem demonstrado resultados promissores apesar de ser uma modalidade pouco explorada. O uso de fármacos tópicos, injetáveis ou sistémicos não é recomendado para todos os casos, devendo ser ponderados visto que grande parte não mostrou benefício ou ainda está a ser alvo de estudos. Os procedimentos cirúrgicos parecem ter efeitos positivos ao nível da intensidade da dor, mas devem ser usados como último recurso terapêutico por serem invasivos.

Uma regulação emocional saudável providencia um ajuste sexual, relacional e psicológico de ambos os membros do casal e resulta numa menor experiência dos impactos negativos da DGP, num melhor humor e numa melhor vivência da sexualidade e da relação íntima em casal. A forma como o casal regula as suas emoções e as suas respostas afetivas, cognitivas e motivacionais em conjunto tem um papel determinante no prognóstico da DDGPP e da vulvodinia, sendo fundamental abordá-la no tratamento, de forma a que ocorra remissão destas duas entidades.

Há uma grande necessidade de estudos populacionais que caracterizem a prevalência correta da DDGPP e da vulvodinia. As duas patologias são debilitantes e condicionam repercussões graves na saúde, mas o estigma associado à sexualidade e à DGP é um motivo pelo qual as mulheres não procuram ajuda médica – contudo, as razões para não recorrer aos cuidados de saúde podem ser multifatoriais e será necessária investigação para delinear esses fatores. É fundamental consciencializar as mulheres para a importância do reconhecimento dos sintomas sexuais que devem

ser reportados – da diferenciação entre o normal e o patológico – de forma a que lhes seja providenciado um tratamento e suporte adequados. É também essencial incentivar os casais que sofrem com uma sexualidade e um ambiente relacional desestabilizados a dirigirem-se aos serviços de saúde, sem pudores ou vergonhas, de forma a receberem orientações que os encaminhem para o restabelecimento da saúde sexual. Campanhas de sensibilização, tanto em plataformas virtuais (e.g., páginas em redes sociais, documentários televisivos) como em espaços físicos (e.g., panfletos disponibilizados nos centros de saúde, atividades escolares relativas a esta temática), que apelem à importância da saúde sexual e do contributo positivo masculino nas DSF, poderão ser uma forma de ultrapassar o tabu relativo à sexualidade na sociedade portuguesa.

Para além do problema relacionado com o evitamento das doentes e dos casais em procurar auxílio para a sua sintomatologia e problemas sexuais, existe também uma outra dificuldade relatada pelas mulheres que efetivamente se dirigem aos postos de saúde: diagnóstico errado ou ausente, com prescrição de tratamentos que não geram resultados positivos.

É necessário consciencializar os médicos e os enfermeiros, em particular os especialistas em medicina geral e familiar por serem regularmente o primeiro contato com os serviços de saúde, para a importância da identificação da DDGPP e da vulvodinia. É necessário que os profissionais de saúde tomem a iniciativa e questionem as suas utentes sobre a sua atividade sexual, alertando para sintomas sugestivos destas duas entidades. Um maior número de diagnósticos acertados e uma maior discussão clínica relativamente a estas duas patologias irá conduzir à realização de mais estudos, que, por sua vez, irão identificar os tratamentos mais eficazes entre os atualmente disponibilizados e conceber novas modalidades terapêuticas que culminarão numa abordagem interdisciplinar ativa e determinante para o bom prognóstico destas entidades.

É, assim, fundamental que ocorra uma maior investigação no âmbito da DDGPP e da vulvodinia, de forma a habilitar os profissionais de saúde para a melhor compreensão e intervenção nos fatores etiológicos e para o aprimoramento de guidelines diagnósticas e terapêuticas.

A formação e a sensibilidade para as disfunções da sexualidade devem ser lecionadas e incutidas durante a escola médica e de enfermagem, sendo que atualmente este campo é minimamente abordado junto dos estudantes das áreas da saúde. Quanto mais cedo houver uma consciencialização dos profissionais de saúde para a relevância da atividade sexual saudável na qualidade de vida, mais depressa serão alcançados os melhores resultados terapêuticos na DGP crónica feminina.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o seu trabalho e por todo o seu esforço que permitiu a minha educação e o meu percurso no ensino superior, e pelo seu amor incondicional que trago sempre comigo.

Ao meu irmão, ao Rui Miguel e aos meus amigos e amigas, por me ajudarem na preservação da sanidade mental com muito humor e carinho.

À Sofia e ao Carlos, que para além de pertencerem à frase anterior são também duas pessoas adoráveis que se disponibilizaram para ler e opinar sobre a minha tese.

Ao Professor Quartilho e à Dra. Susana, por toda a sua dedicação e por todo o tempo que dispensaram dos seus dias para assistir-me na conceção deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [2] American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2000.
- [3] Y. M. Binik, "The DSM diagnostic criteria for vaginismus," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 39, no. 2, pp. 278–291, 2010.
- [4] P. Latthe, M. Latthe, L. Say, M. Gülmezoglu, and K. S. Khan, "WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: A neglected reproductive health morbidity," *BMC Public Health*, vol. 6, pp. 1–7, 2006.
- [5] A. Righarts, L. Osborne, J. Connor, and W. Gillett, "The prevalence and potential determinants of dysmenorrhoea and other pelvic pain in women: a prospective study," *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 125, no. 12, pp. 1532–1539, 2018.
- [6] I. P. Spector and M. P. Carey, "Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 19, no. 4, pp. 389–408, 1990.
- [7] S. Ventegodt, "Sex and the quality of life in Denmark," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 27, no. 3, pp. 295–307, Jun. 1998.
- [8] J. S. Simons and M. P. Carey, "Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 30, no. 2, pp. 177–219, 2001.
- [9] R. W. Lewis et al., "Definitions/Epidemiology/Risk Factors for Sexual Dysfunction," *J. Sex. Med.*, vol. 7, no. 4 PART 2, pp. 1598–1607, 2010.
- [10] R. E. Nappi, L. Cucinella, S. Martella, M. Rossi, L. Tiranini, and E. Martini, "Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL)," *Maturitas*, vol. 94, pp. 87–91, 2016.
- [11] J. L. Shifren, C. B. Johannes, B. U. Monz, P. A. Russo, L. Bennett, and R. Rosen, "Help-seeking behavior of women with self-reported distressing sexual problems," *J. Women's Heal.*, vol. 18, no. 4, pp. 461–468, 2009.
- [12] J. J. D. M. Van Lankveld et al., "Women's sexual pain disorders," *J. Sex. Med.*, vol. 7, no. 1 PART 2, pp. 615–631, 2010.
- [13] R. H. N. Nguyen, R. M. Turner, S. A. Rydell, R. F. Maclehose, and B. L. Harlow, "Perceived Stereotyping and Seeking Care for Chronic Vulvar Pain," *Pain Med.*, vol. 14, no. 10, pp. 1461–1467, 2013.
- [14] A. C. Cerejo, "Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados," *Rev. Port.*

Med. Geral e Fam., vol. 22, no. 6, pp. 701–20, Nov. 2006.

- [15] B. Ribeiro, A. T. Magalhães, and I. Mota, “Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados,” *Rev. Port. Med. Geral e Fam.*, vol. 29, no. 1, pp. 16–24, 2013.
- [16] S. Bergeron, S. Corsini-Munt, L. Aerts, K. Rancourt, and N. O. Rosen, “Female Sexual Pain Disorders: a Review of the Literature on Etiology and Treatment,” *Curr. Sex. Heal. Reports*, vol. 7, no. 3, pp. 159–169, 2015.
- [17] M. Meana, Y. M. Binik, S. Khalife, and D. R. Cohen, “Biopsychosocial profile of women with dyspareunia,” *Obstet. Gynecol.*, vol. 90, no. 4, pp. 583–589, 1997.
- [18] R. A. Cherner and E. D. Reissing, “A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong Vaginismus,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 42, no. 8, pp. 1605–1614, 2013.
- [19] M. Z. Sungur and A. Gündüz, “A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges,” *J. Sex. Med.*, vol. 11, no. 2, pp. 364–373, 2014.
- [20] M. A. Lahaie, R. Amsel, S. Khalifé, S. Boyer, M. Faaborg-Andersen, and Y. M. Binik, “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.*, vol. 44, no. 6, pp. 1537–1550, 2015.
- [21] C. Simonelli, S. Eleuteri, F. Petrucci, and R. Rossi, “Female sexual pain disorders: Dyspareunia and Vaginismus,” *Curr. Opin. Psychiatry*, vol. 27, no. 6, pp. 406–412, 2014.
- [22] M. Brauer, M. Lakeman, R. van Lunsen, and E. Laan, “Predictors of task-persistent and fear-avoiding behaviors in women with sexual pain disorders,” *J. Sex. Med.*, vol. 11, no. 12, pp. 3051–3063, 2014.
- [23] E. D. Reissing et al., “‘Throwing the Baby Out with the Bathwater’: The Demise of Vaginismus in Favor of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 43, no. 7, pp. 1209–1213, 2014.
- [24] T. Tam and E. M. Levine, “Female Sexual Dysfunction in Women with Pelvic Pain,” *Semin. Reprod. Med.*, vol. 36, no. 2, pp. 152–158, 2018.
- [25] B. L. Harlow, G. Vazquez, R. F. MacLehose, D. J. Erickson, J. M. Oakes, and S. J. Duval, “Self-reported vulvar pain characteristics and their association with clinically confirmed vestibulodynia,” *J. Women’s Heal.*, vol. 18, no. 9, pp. 1333–1340, Sep. 2009.
- [26] A. M. Isidori et al., “Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction,” *J. Sex. Med.*, vol. 7, no. 3, pp. 1139–1146, 2010.

- [27] P. J. Nobre, J. P. Gouveia, and F. A. Gomes, "Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems," *Sex. Relatsh. Ther.*, vol. 18, no. 2, pp. 171–204, 2003.
- [28] S. Bergeron, N. O. Rosen, and M. Morin, "Genital pain in women: Beyond interference with intercourse.," *Pain*, vol. 152, no. 6, pp. 1223–1225, Jun. 2011.
- [29] N. O. Rosen and S. Bergeron, "Genito-Pelvic Pain Through a Dyadic Lens: Moving Toward an Interpersonal Emotion Regulation Model of Women's Sexual Dysfunction," *J. Sex Res.*, vol. 56, no. 4–5, pp. 440–461, 2019.
- [30] R. L. Donaldson and M. Meana, "Early dyspareunia experience in young women: Confusion, consequences, and help-seeking barriers," *J. Sex. Med.*, vol. 8, no. 3, pp. 814–823, 2011.
- [31] K. Ayling and J. M. Ussher, "'If sex hurts, am I still a woman?' the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 37, no. 2, p. 294–304, 2008.
- [32] N. Bigras, N. Godbout, M. Hébert, and S. Sabourin, "Cumulative Adverse Childhood Experiences and Sexual Satisfaction in Sex Therapy Patients: What Role for Symptom Complexity?," *J. Sex. Med.*, vol. 14, no. 3, pp. 444–454, Mar. 2017.
- [33] M. Khandker, S. S. Brady, E. G. Stewart, and B. L. Harlow, "Is chronic stress during childhood associated with adult-onset vulvodynia?," *J. Women's Heal.*, vol. 23, no. 8, pp. 649–656, 2014.
- [34] S. Corsini-Munt, S. Bergeron, N. O. Rosen, N. Beaulieu, and M. Steben, "A Dyadic Perspective on Childhood Maltreatment for Women With Provoked Vestibulodynia and Their Partners: Associations With Pain and Sexual and Psychosocial Functioning.," *J. Sex Res.*, vol. 54, no. 3, pp. 308–318, 2017.
- [35] M. Frías, A. Brassard, and P. Shaver, "Childhood sexual abuse and attachment insecurities as predictors of women's own and perceived-partner extradyadic involvement," *Child Abuse Negl.*, vol. 38, Sep. 2014.
- [36] T. Ein-Dor, M. Mikulincer, and P. Shaver, "Attachment Insecurities and the Processing of Threat-Related Information: Studying the Schemas Involved in Insecure People's Coping Strategies," *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 101, pp. 78–93, Feb. 2011.
- [37] G. E. Birnbaum, I. Orr, M. Mikulincer, and V. Florian, "When Marriage Breaks Up-Does Attachment Style Contribute to Coping and Mental Health?," *J. Soc. Pers. Relat.*, vol. 14, no. 5, pp. 643–654, Oct. 1997.
- [38] B. Leclerc, S. Bergeron, A. Brassard, C. Belanger, M. Steben, and B. Lambert, "Attachment, Sexual Assertiveness, and Sexual Outcomes in Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: A Mediation Model.," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 44, no. 6, pp. 1561–1572, Aug. 2015.
- [39] C. Oliveira, "Determinantes psicossociais da dor sexual na mulher portuguesa." Ph.D.

Dissertation, DEP, UA, Aveiro, PT, 2013.

- [40] R. J. Melles, M. D. Dewitte, M. M. Ter Kuile, M. M. L. Peters, and P. J. de Jong, "Attentional Bias for Pain and Sex, and Automatic Appraisals of Sexual Penetration: Differential Patterns in Dyspareunia vs Vaginismus?," *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 8, pp. 1255–1262, Aug. 2016.
- [41] A. J. Lemieux, S. Bergeron, M. Steben, and B. Lambert, "Do Romantic Partners' Responses to Entry Dyspareunia Affect Women's Experience of Pain? The Roles of Catastrophizing and Self-Efficacy," *J. Sex. Med.*, vol. 10, no. 9, pp. 2274–2284, Sep. 2013.
- [42] M. Jodoin, S. Bergeron, S. Khalifé, M. Dupuis, G. Desrochers, and B. Leclerc, "Male Partners of Women with Provoked Vestibulodynia: Attributions for Pain and Their Implications for Dyadic Adjustment, Sexual Satisfaction, and Psychological Distress," *J. Sex. Med.*, vol. 5, no. 12, pp. 2862–2870, Dec. 2008.
- [43] S. N. P. Davis, S. Bergeron, K. Bois, G. Sadikaj, Y. M. Binik, and M. Steben, "A prospective 2-year examination of cognitive and behavioral correlates of provoked vestibulodynia outcomes," *Clin. J. Pain*, vol. 31, no. 4, pp. 333–341, 2015.
- [44] N. Awada, S. Bergeron, M. Steben, V. Hainault, and P. McDuff, "To say or not to say: Dyadic ambivalence over emotional expression and its associations with pain, sexuality, and distress in couples coping with provoked vestibulodynia.," *Journal of Sexual Medicine*, vol. 11, no. 5, pp. 1271–1282, 2014.
- [45] E. Pazmany, S. Bergeron, J. Verhaeghe, L. Van Oudenhove, and P. Enzlin, "Dyadic sexual communication in pre-menopausal women with self-reported dyspareunia and their partners: associations with sexual function, sexual distress and dyadic adjustment.," *J. Sex. Med.*, vol. 12, no. 2, pp. 516–528, Feb. 2015.
- [46] K. Rancourt, M. Flynn, S. Bergeron, and N. Rosen, "It Takes Two: Sexual Communication Patterns and the Sexual and Relational Adjustment of Couples Coping With Provoked Vestibulodynia," *J. Sex. Med.*, vol. 14, Feb. 2017.
- [47] N. O. Rosen, S. Bergeron, M. Glowacka, I. Delisle, and M. Lou Baxter, "Harmful or helpful: perceived solicitous and facilitative partner responses are differentially associated with pain and sexual satisfaction in women with provoked vestibulodynia.," *J. Sex. Med.*, vol. 9, no. 9, pp. 2351–2360, Sep. 2012.
- [48] N. Rosen, A. Muise, S. Bergeron, I. Delisle, and M. Baxter, "Daily Associations Between Partner Responses and Sexual and Relationship Satisfaction in Couples Coping with Provoked Vestibulodynia: Daily Partner Responses in Provoked Vestibulodynia," *J. Sex. Med.*, vol. 12, Feb. 2015.
- [49] N. O. Rosen, S. Bergeron, G. Sadikaj, M. Glowacka, M.-L. Baxter, and I. Delisle, "Relationship satisfaction moderates the associations between male partner responses and depression in women with vulvodnyia: a dyadic daily experience study.," *Pain*, vol. 155, no. 7, pp. 1374–

1383, Jul. 2014.

- [50] K. M. Rancourt, N. O. Rosen, S. Bergeron, and L. J. Nealis, "Talking About Sex When Sex Is Painful: Dyadic Sexual Communication Is Associated With Women's Pain, and Couples' Sexual and Psychological Outcomes in Provoked Vestibulodynia," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 45, no. 8, pp. 1933–1944, 2016.
- [51] K. Bois, S. Bergeron, N. Rosen, M.-H. Mayrand, A. Brassard, and G. Sadikaj, "Intimacy, sexual satisfaction, and sexual distress in vulvodynia couples: An observational study.," *Health Psychol.*, vol. 35, no. 6, pp. 531–540, Jun. 2016.
- [52] J. W. Burns et al., "The Communal Coping Model of Pain Catastrophizing in Daily Life: A Within-Couples Daily Diary Study," *J. Pain*, vol. 16, no. 11, pp. 1163–1175, 2015.
- [53] S. A. Vannier, N. O. Rosen, S. P. Mackinnon, and S. Bergeron, "Maintaining Affection Despite Pain: Daily Associations Between Physical Affection and Sexual and Relationship Well-Being in Women with Genito-Pelvic Pain," *Arch. Sex. Behav.*, vol. 46, no. 7, pp. 2021–2031, 2017.
- [54] M. Paquet, N. O. Rosen, M. Steben, M.-H. Mayrand, M. Santerre-Baillargeon, and S. Bergeron, "Daily Anxiety and Depressive Symptoms in Couples Coping With Vulvodynia: Associations With Women's Pain, Women's Sexual Function, and Both Partners' Sexual Distress.," *J. Pain*, vol. 19, no. 5, pp. 552–561, May 2018.
- [55] A. Muise, S. Bergeron, E. A. Impett, I. Delisle, and N. O. Rosen, "Communal motivation in couples coping with vulvodynia: Sexual distress mediates associations with pain, depression, and anxiety.," *J. Psychosom. Res.*, vol. 106, pp. 34–40, Mar. 2018.
- [56] N. Claes, G. Crombez, A. Meulders, and J. W. S. Vlaeyen, "Between the Devil and the Deep Blue Sea: Avoidance-Avoidance Competition Increases Pain-Related Fear and Slows Decision-Making.," *J. Pain*, vol. 17, no. 4, pp. 424–435, Apr. 2016.
- [57] A. Muise, S. Bergeron, E. A. Impett, and N. O. Rosen, "The costs and benefits of sexual communal motivation for couples coping with vulvodynia.," *Health Psychol.*, vol. 36, no. 8, pp. 819–827, Aug. 2017.
- [58] M. Khandker, S. S. Brady, A. F. Vitonis, R. F. MacLehose, E. G. Stewart, and B. L. Harlow, "The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia," *J. Women's Heal.*, vol. 20, no. 10, pp. 1445–1451, 2011.
- [59] K. S. Fugl-Meyer, N. Bohm-Starke, C. Damsted Petersen, A. Fugl-Meyer, S. Parish, and A. Giraldi, "Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain," *J. Sex. Med.*, vol. 10, no. 1, pp. 83–93, 2013.
- [60] M. Engman, K. Wijma, and B. Wijma, "Long-term coital behaviour in women treated with cognitive behaviour therapy for superficial coital pain and vaginismus," *Cogn. Behav. Ther.*, vol. 39, no. 3, pp. 193–202, 2010.

- [61] J. J. D. M. Van Lankveld, R. Melles, M. Zandbergen, M. M. Ter Kuile, H. E. De Groot, and J. Nefs, "Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list controlled trial of efficacy," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 74, no. 1, pp. 168–178, 2006.
- [62] S. Corsini-Munt, S. Bergeron, N. O. Rosen, M.-H. Mayrand, and I. Delisle, "Feasibility and preliminary effectiveness of a novel cognitive-behavioral couple therapy for provoked vestibulodynia: a pilot study.," *J. Sex. Med.*, vol. 11, no. 10, pp. 2515–2527, Oct. 2014.
- [63] L. A. Brotto, R. Basson, K. B. Smith, M. Driscoll, and L. Sadownik, "Mindfulness-based Group Therapy for Women with Provoked Vestibulodynia," *Mindfulness (N. Y.)*, vol. 6, no. 3, pp. 417–432, 2015.
- [64] M. M. Ter Kuile, R. Melles, H. E. de Groot, C. C. Tuijnman-Raasveld, and J. J. D. M. van Lankveld, "Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy.," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 81, no. 6, pp. 1127–1136, Dec. 2013.
- [65] B. Berghmans, "Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource," *Int. Urogynecol. J.*, vol. 29, no. 5, pp. 631–638, 2018.
- [66] D. Hartmann and J. Sarton, "Chronic pelvic floor dysfunction," *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, vol. 28, pp. 977–990, 2014.
- [67] B. Hassel, "Resolution of primary vaginismus and introital hyperesthesia by topical anesthesia.," *Anesthesia and analgesia*, vol. 85, no. 6. United States, pp. 1415–1416, Dec-1997.
- [68] R. Peleg, Y. Press, and I. Ben-Zion, "Glyceryl trinitrate ointment as a potential treatment for primary vaginismus," *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, vol. 96, pp. 111–112, Jun. 2001.
- [69] S. Ghazizadeh and M. Nikzad, "Botulinum toxin in the treatment of refractory vaginismus.," *Obstet. Gynecol.*, vol. 104, no. 5 Pt 1, pp. 922–925, Nov. 2004.
- [70] M.-A. Lahaie, S. C. Boyer, R. Amsel, S. Khalife, and Y. M. Binik, "Vaginismus: A review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment," *Women's Heal.*, vol. 6, no. 5, pp. 705–719, 2010.
- [71] A. R. Mikhail, "Treatment of vaginismus by i.v. diazepam (Valium) abreaction interviews.," *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 53, no. 5, pp. 328–332, May 1976.
- [72] L. Tiefer, "Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance," *PLoS Med.*, vol. 3, no. 4, pp. 436–440, 2006.
- [73] S. C. Boyer, C. Goldfinger, S. Thibault-Gagnon, and C. F. Pukall, "Management of female sexual pain disorders," *Adv. Psychosom. Med.*, vol. 31, pp. 83–104, 2011.
- [74] R. Basson, "The Recurrent Pain and Sexual Sequelae of Provoked Vestibulodynia: A

- Perpetuating Cycle,” *J. Sex. Med.*, vol. 9, no. 8, pp. 2077–2092, 2012.
- [75] S. Bergeron, W. M. Likes, and M. Steben, “Psychosexual aspects of vulvovaginal pain,” *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, vol. 28, no. 7, pp. 991–999, 2014.
- [76] N. O. Rosen, M. Dewitte, K. Merwin, and S. Bergeron, “Interpersonal Goals and Well-Being in Couples Coping with Genito-Pelvic Pain,” *Arch. Sex. Behav.*, vol. 46, no. 7, pp. 2007–2019, 2017.
- [77] J. Bornstein et al., “2015 ISSVD, ISSWSH, and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia,” *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 4, pp. 607–612, 2016.
- [78] B. D. Reed et al., “Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 206, no. 2, pp. 170.e1-170.e9, 2012.
- [79] C. F. Pukall et al., “Vulvodynia: Definition, Prevalence, Impact, and Pathophysiological Factors,” *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 3, pp. 291–304, 2016.
- [80] B. L. Harlow, C. G. Kunitz, R. H. N. Nguyen, S. A. Rydell, R. M. Turner, and R. F. Maclehorse, “Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: Population-based estimates from 2 geographic regions,” *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 210, no. 1, pp. 40.e1-40.e8, 2014.
- [81] R. H. N. Nguyen, R. L. Reese, and B. L. Harlow, “Differences in pain subtypes between Hispanic and non-Hispanic White women with chronic vulvar pain,” *J. Women’s Heal.*, vol. 24, no. 2, pp. 144–150, 2015.
- [82] P. Vieira-Baptista, J. Lima-Silva, J. Cavaco-Gomes, and J. Beires, “Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal,” *Int. J. Gynecol. Obstet.*, vol. 127, no. 3, pp. 283–287, 2014.
- [83] P. Vieira-Baptista, J. Lima-Silva, J. Cavaco-Gomes, and J. Beires, “Vulvodynia in Portugal: are we diagnosing and treating it adequately?,” *Acta Obs. Ginecol Port*, vol. 9, no. 3, pp. 228–234, 2015.
- [84] A. T. Goldstein, C. F. Pukall, C. Brown, S. Bergeron, A. Stein, and S. Kellogg-Spadt, “Vulvodynia: Assessment and Treatment,” *J. Sex. Med.*, vol. 13, no. 4, pp. 572–590, Apr. 2016.
- [85] L. A. Brotto et al., “A comparison of demographic and psychosexual characteristics of women with primary versus secondary provoked vestibulodynia,” *Clin. J. Pain*, vol. 30, no. 5, pp. 428–435, 2014.
- [86] W. I. van der Meijden et al., “2016 European guideline for the management of vulval conditions,” *J. Eur. Acad. Dermatology Venereol.*, vol. 31, no. 6, pp. 925–941, 2017.
- [87] E. Dargie, R. R. Holden, and C. F. Pukall, “The Vulvar Pain Assessment Questionnaire

- inventory," *Pain*, vol. 157, no. 12, pp. 2672–2686, 2016.
- [88] A. Lev-Sagie and S. S. Witkin, "Recent advances in understanding provoked vestibulodynia," *F1000Research*, vol. 5, p. 2581, Oct. 2016.
- [89] S. A. Prendergast, "Pelvic Floor Physical Therapy for Vulvodynia: A Clinician's Guide," *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.*, vol. 44, no. 3, pp. 509–522, 2017.
- [90] E. Gentilcore-Saulnier, L. McLean, C. Goldfinger, C. F. Pukall, and S. Chamberlain, "Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program.," *J. Sex. Med.*, vol. 7, no. 2 Pt 2, pp. 1003–1022, Feb. 2010.
- [91] A. L. Akopians and A. J. Rapkin, "Vulvodynia: The Role of Inflammation in the Etiology of Localized Provoked Pain of the Vulvar Vestibule (Vestibulodynia)," *Semin. Reprod. Med.*, vol. 33, no. 4, pp. 239–245, 2015.
- [92] M. A. Farmer et al., "Repeated vulvovaginal fungal infections cause persistent pain in a mouse model of vulvodynia.," *Sci. Transl. Med.*, vol. 3, no. 101, p. 101ra91, Sep. 2011.
- [93] M. L. Falsetta et al., "Identification of novel mechanisms involved in generating localized vulvodynia pain," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 213, no. 1, pp. 38.e1-38.e12, 2015.
- [94] U. Wesselmann, A. Bonham, and D. Foster, "Vulvodynia: Current state of the biological science.," *Pain*, vol. 155, no. 9, pp. 1696–1701, Sep. 2014.
- [95] C. F. Pukall, Y. M. Binik, S. Khalife, R. Amsel, and F. V Abbott, "Vestibular tactile and pain thresholds in women with vulvar vestibulitis syndrome.," *Pain*, vol. 96, no. 1–2, pp. 163–175, Mar. 2002.
- [96] C. Bouchard, J. Brisson, M. Fortier, C. Morin, and C. Blanchette, "Use of oral contraceptive pills and vulvar vestibulitis: a case-control study.," *Am. J. Epidemiol.*, vol. 156, no. 3, pp. 254–261, Aug. 2002.
- [97] L. D. Arnold, G. A. Bachmann, R. Rosen, and G. G. Rhoads, "Assessment of vulvodynia symptoms in a sample of US women: a prevalence survey with a nested case control study.," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 196, no. 2, pp. 128.e1–6, Feb. 2007.
- [98] R. Nguyen, Veasley, and Smolenski, "Latent class analysis of comorbidity patterns among women with generalized and localized vulvodynia: preliminary findings," *J. Pain Res.*, vol. 6, pp. 303–309, 2013.
- [99] J. De Andres et al., "Vulvodynia - An Evidence-Based Literature Review and Proposed Treatment Algorithm," *Pain Pract.*, vol. 16, no. 2, pp. 204–236, 2016.
- [100] H. K. Haefner et al., "The vulvodynia guideline," *J. Low. Genit. Tract Dis.*, vol. 9, no. 1, pp. 40–51, 2005.

- [101] S. Bergeron, S. Khalife, H. I. Glazer, and Y. M. Binik, "Surgical and Behavioral Treatments for Vestibulodynia: Two-and-One-Half-Year Follow-up and Predictors of Outcome," *Obstet. Gynecol.*, vol. 111, no. 1, pp. 159–166, Jan. 2008.
- [102] S. Bergeron, S. Khalife, M.-J. Dupuis, and P. McDuff, "A randomized clinical trial comparing group cognitive-behavioral therapy and a topical steroid for women with dyspareunia.," *J. Consult. Clin. Psychol.*, vol. 84, no. 3, pp. 259–268, Mar. 2016.
- [103] I. Danielsson, T. Torstensson, G. Brodda-Jansen, and N. Bohm-Starke, "EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis.," *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 85, no. 11, pp. 1360–1367, 2006.
- [104] C. Goldfinger, C. F. Pukall, E. Gentilcore-Saulnier, L. Mclean, and S. Chamberlain, "A prospective study of pelvic floor physical therapy: Pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia," *J. Sex. Med.*, vol. 6, no. 7, pp. 1955–1968, 2009.
- [105] D. C. Foster et al., "Oral desipramine and topical lidocaine for vulvodynia: A randomized controlled trial," *Obstet. Gynecol.*, vol. 116, no. 3, pp. 583–593, 2010.
- [106] A. C. Steinberg, I. A. Oyama, A. E. Rejba, S. Kellogg-Spadt, and K. E. Whitmore, "Capsaicin for the treatment of vulvar vestibulitis.," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 192, no. 5, pp. 1549–1553, May 2005.
- [107] A. J. Rapkin, J. S. McDonald, and M. Morgan, "Multilevel local anesthetic nerve blockade for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 198, no. 1, pp. 41.e1-41.e5, 2008.
- [108] B. I. Karp, H. Tandon, D. Vigil, and P. Stratton, "Methodological approaches to botulinum toxin for the treatment of chronic pelvic pain, vaginismus, and vulvar pain disorders," *Int. Urogynecol. J.*, vol. 30, no. 7, pp. 1071–1081, 2019.
- [109] P. E. Munday, "Treatment of vulval vestibulitis with a potent topical steroid," *Sex. Transm. Infect.*, vol. 80, no. 2, pp. 154 LP – 155, Apr. 2004.
- [110] C. D. Petersen, L. Lundvall, E. Kristensen, and A. Giraldi, "Vulvodynia. Definition, diagnosis and treatment," *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 87, no. 9, pp. 893–901, 2008.
- [111] R. J. Leo and S. Dewani, "A systematic review of the utility of antidepressant pharmacotherapy in the treatment of vulvodynia pain.," *J. Sex. Med.*, vol. 10, no. 10, pp. 2497–2505, Oct. 2013.
- [112] S. K. Spoelstra, C. Borg, and W. C. M. Weijmar Schultz, "Anticonvulsant pharmacotherapy for generalized and localized vulvodynia: a critical review of the literature.," *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, vol. 34, no. 3, pp. 133–138, Sep. 2013.
- [113] P. Tammola, L. Unkila-Kallio, and J. Paavonen, "Surgical treatment of vulvar vestibulitis: a review.," *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, vol. 89, no. 11, pp. 1385–1395, Nov. 2010.

- [114] J. De Andres, N. Sanchis-Lopez, J. M. Asensio-Samper, G. Fabregat-Cid, and V. M. Dolz, "Peripheral Subcutaneous Vulvar Stimulation in the Management of Severe and Refractory Vulvodynia," *Obstet. Gynecol.*, vol. 121, pp. 495–498, 2013.
- [115] J. M. Schlaeger, N. Xu, C. L. Mejta, C. G. Park, and D. J. Wilkie, "Acupuncture for the treatment of vulvodynia: a randomized wait-list controlled pilot study.," *J. Sex. Med.*, vol. 12, no. 4, pp. 1019–1027, Apr. 2015.
- [116] C. Pukall, K. Kandyba, R. Amsel, S. Khalife, and Y. Binik, "Effectiveness of hypnosis for the treatment of vulvar vestibulitis syndrome: a preliminary investigation.," *J. Sex. Med.*, vol. 4, no. 2, pp. 417–425, Mar. 2007.
- [117] B. D. Reed, H. K. Haefner, A. Sen, and D. W. Gorenflo, "Vulvodynia Incidence and Remission Rates Among Adult Women," *Obstet. Gynecol.*, vol. 112, no. 2, Part 1, pp. 231–237, 2008.
- [118] B. L. Harlow and E. G. Stewart, "A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia?," *J. Am. Med. Womens. Assoc.*, vol. 58, no. 2, pp. 82–88, 2003.
- [119] B. D. Reed, S. Crawford, M. Couper, C. Cave, and H. K. Haefner, "Pain at the vulvar vestibule: a web-based survey.," *J. Low. Genit. Tract Dis.*, vol. 8, no. 1, pp. 48–57, Jan. 2004.
- [120] U. Heddini, N. Bohm-Starke, K. W. Nilsson, and U. Johannesson, "Provoked Vestibulodynia- Medical Factors and Comorbidity Associated with Treatment Outcome," *J. Sex. Med.*, vol. 9, no. 5, pp. 1400–1406, 2012.