

Abordagem fisioterápica na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico

Marciane de Sousa Cavalcante Costa

Abordagem fisioterápica na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico



Todo o conteúdo apresentado neste livro é de
responsabilidade do(s) autor(es).
Esta obra está licenciada com uma Licença
Creative Commons Atribuição-SemDerivações
4.0 Internacional.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)
Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA
Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP
Prof^a. Dr^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar
Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA
Prof^a. Dr^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro
Prof^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG
Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves-IFF
Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ
Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF
Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA
Prof.^a Dr^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE
Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA
Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL
Prof.^a Dr^a. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA
Prof.^a Dr^a. Dayse Marinho Martins-IEMA
Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM
Prof.^a Dr^a. Elane da Silva Barbosa-UERN
Prof. Dr. Piter Anderson Severino de Jesus-Université Aix Marseille

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora

Marciene de Sousa Cavalcante Costa

Abordagem fisioterápica na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico

1ª Edição

Belém-PA
RFB Editora
2023

© 2023 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2023 Texto
by Autor
Todos os direitos reservados

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
Telefone: 91988857730
Belém-PA, 66075-000, R. João de Deus, 63

Editor-Chefe:
Prof. Dr. Ednilson Souza
Diagramação e capa
Worges Editoração
Revisão de texto
Autora

Bibliotecária:
Janaina Karina Alves Trigo
Ramos-CRB 8/9166
Produtor editorial:
Nazareno Da Luz

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)



A532

Abordagem fisioterápica na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico / Marciene de Sousa Cavalcante Costa. – Belém: RFB, 2023.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5889-672-2

DOI 10.46898/rfb.a585abab-075b-4a3c-8b37-3354e752ed8b

1. Sexualidade Humana. I. Costa, Marciene de Sousa Cavalcante. II. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde.

AGRADECIMENTO

A Deus, o motivo da minha existência.

Aos meus pais, irmãos, meu esposo e meus filhos, por acreditarem que sou capaz e pela compreensão.

Aos amigos e pacientes, pelo apoio, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

Aos amigos das Instituições de Educação à qual fiz minha formação e que tive o prazer de conhecer e que me auxiliaram durante aulas, seminários, provas e dúvidas sobre a conclusão deste trabalho científico ao longo dos anos de formação.

A todas as pessoas que participaram direta e indiretamente da realização deste trabalho.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO I	
SEXUALIDADE HUMANA.....	11
Ciclo de Resposta Sexual	13
CAPÍTULO II	
DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS.....	19
CAPÍTULO III	
CÂNCER GINECOLÓGICO	27
CAPÍTULO IV	
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA DISPAREUNIA PÓS CÂNCER GINECOLÓGICO	37
Cinesioterapia	39
Terapia Manual	40
Eletroterapia	41
Terapia Comportamental.....	44
<i>Biofeedback</i>	44
Dilatadores Vaginais.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
ÍNDICE REMISSIVO.....	53
SOBRE A AUTORA	54

APRESENTAÇÃO

A partir do final do século XIX, Sigmund Freud desenvolveu um conceito amplo sobre o significado da sexualidade. Segundo sua teoria, a sexualidade está presente desde o nascimento e é desenvolvida ao longo do tempo (ETIENNE; WAITMAN, 2006). A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental podendo ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais (FERREIRA et al., 2007).

A vida sexual de pessoas saudáveis é coordenada pela relação entre os sistemas neurológico, vascular e endocrinológico. Quaisquer alterações em algum destes sistemas podem gerar descompassos na resposta sexual (MARQUES et al., 2008). O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode levar o surgimento de disfunções sexuais (FERREIRA et al., 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

As disfunções sexuais femininas são caracterizadas por alterações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que levam ao sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria (MENDONÇA et al., 2012; FERREIRA et al., 2015).

Para considerar a existência de disfunção sexual é necessário que haja alteração de uma ou mais dessas fases, incluindo prejuízo na experiência subjetiva do prazer, do desejo ou do desempenho esperado. Esta alteração pode ocorrer de modo isolado ou combinado, ser primária ocorrendo ao longo da vida ou secundária sendo adquirida, generalizada ou situacional devida a fatores psicológicos ou a fatores combinados (ABDO, 2012).

A dispareunia é a queixa sexual mais comum entre mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico. (FALK; DIZON, 2013). Nesta

população, a causa mais comum de dispareunia é a atrofia vulvovaginal, resultante do hipoestrogenismo. Isto pode ser devido a menopausa induzida por cirurgia, quimioterapia ou radiação pélvica ou pode ser causada por terapia endócrina, sobretudo para o câncer de mama (por exemplo, inibidores de aromatase, tamoxifeno) (FALK; DIZON, 2013).

As modalidades comumente utilizadas para o tratamento do câncer ginecológico são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia as quais são guiadas de forma individualizada e integrada com o objetivo de curar ou de minimizar os sintomas e complicações da doença, em um cenário paliativo. No entanto, estes tipos de tratamento estão relacionados com efeitos adversos significativos sobre o conforto físico, imagem corporal, funcionamento sexual e qualidade de vida (FRANCESCHINI et al., 2010; VAZ et al., 2011).

A fisioterapia é uma área recente e pouco conhecida no tratamento das disfunções sexuais femininas. O fisioterapeuta que atua na saúde da mulher tem um papel importante na avaliação e educação dos pacientes, na prevenção devido às informações anatômicas da região genital e no tratamento das disfunções sexuais, pois proporciona melhora da saúde sexual, maior autoconsciência, autoconfiança, melhora da percepção corporal e redução da ansiedade (MENDONÇA et al., 2012).

CAPÍTULO I

SEXUALIDADE HUMANA

A importância da saúde sexual para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde global e bem-estar do indivíduo é cada vez mais reconhecida (LARA et al., 2008). A partir do final do século XIX, Sigmund Freud desenvolveu um conceito amplo sobre o significado da sexualidade. Segundo sua teoria, a sexualidade está presente desde o nascimento e é desenvolvida ao longo do tempo (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental podendo ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais (FERREIRA et al., 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), “a sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais. Constituindo um aspecto fundamental do ser humano, envolve as identidades de gênero, sexo, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução” (MENDONÇA et al., 2012).

A sexualidade humana excede o componente fisiológico e constitui um dos aspectos mais importantes da existência, pois esta ultrapassa os limites da anatomia e da fisiologia e não pode ser quantificada em formas, números ou posições copulatórias (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

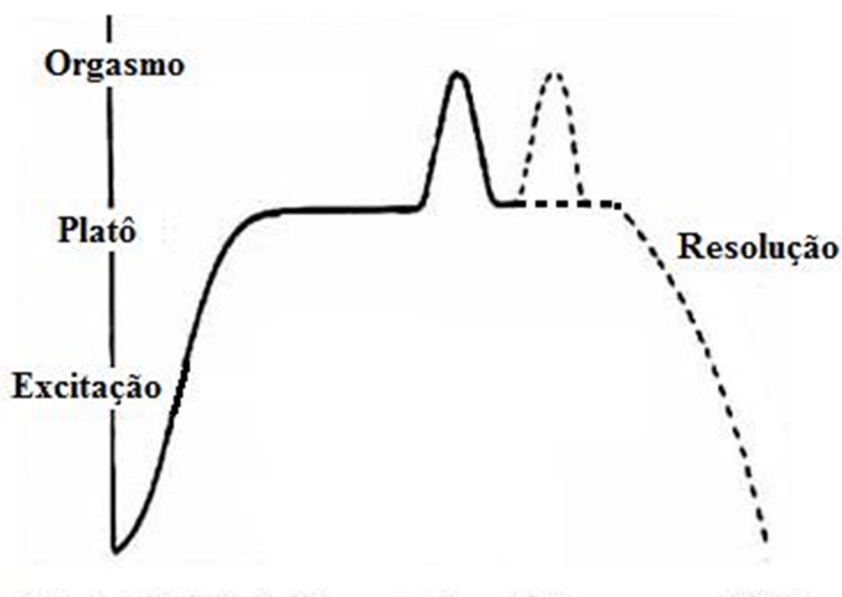
Assim, a sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos, embora nem todos eles sejam sempre experimentados ou expressos ao longo da vida (MENDONÇA et al., 2012).

A vida sexual de pessoas saudáveis é coordenada pela relação entre os sistemas neurológico, vascular e endocrinológico. Qualquer

alteração em algum destes sistemas pode gerar descompassos na resposta sexual (MARQUES et al., 2008).

Ciclo de Resposta Sexual

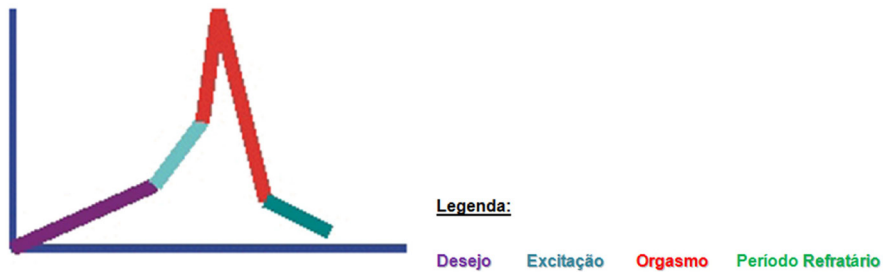
O primeiro ciclo de resposta sexual humana foi descrito por William Masters e Virginia Johnson em 1966. O modelo linear foi constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, (MENDONÇA et al., 2012) conforme figura 1.



FONTE: Master e Johnson, 1966

Figura 1. Ciclo da resposta sexual humana

Em 1979, Kaplan sugeriu um novo modelo, composto por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO, 2012). A fase de platô foi excluída, por imaginar ser essencialmente uma continuação da fase de excitação (MENDONÇA et al., 2012). Porém, acrescentou a fase de desejo sexual mantendo o modelo linear, afirmando que o desejo é necessário para deflagrar a excitação sexual e a resposta orgásmica (ABDO, 2012), figura 2.



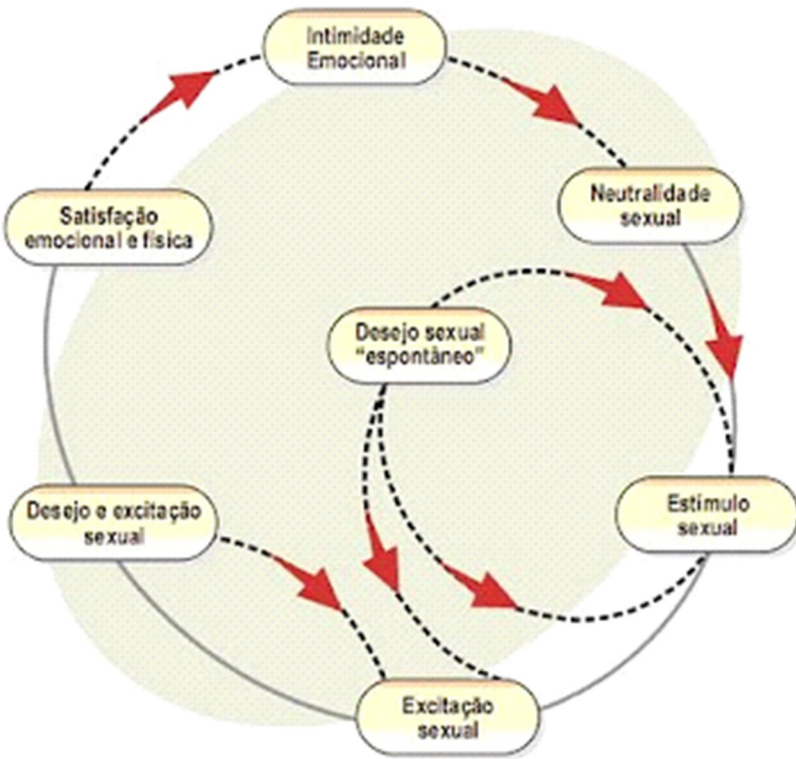
FONTE: Kaplan HS, 1977.

Figura 2. Modelo linear de ciclo de resposta sexual, modificado por Kaplan.

Em 2001, Basson propôs um modelo circular de resposta sexual feminina afirmando que para muitas mulheres seria necessário ter intimidade para desencadear a resposta sexual (Abdo, 2012; BASSON, 2001).

Assim, a maioria das mulheres iniciaria a atividade sexual em estado de neutralidade, mas buscando estímulos sexuais. Desta forma seria deflagrada a excitação, o que propiciaria a receptividade ao contato. Então, desejo e excitação estariam inter-relacionados e até mesmo superpostos num ciclo de resposta sexual feminino, podendo um estimular e reforçar o outro e vice-versa (ABDO, 2010).

As fases deste modelo apresentam-se sobrepostas de ordem variável dentre elas estão o desejo sexual espontâneo, desejo sexual responsivo, excitação sexual, satisfação emocional e física, intimidade emocional, neutralidade sexual e estímulo sexual, figura 3 (BASSON, 2001).



FONTE: Basson R, 2001

Figura 3. Modelo circular do ciclo de resposta sexual adaptado por Basson.

O modelo circular de Basson aborda quatro aspectos diferentes da resposta sexual masculina. Sendo a testosterona um precursor da estimulação sexual quando comparada ao homem, a mulher tem pouca influência hormonal para o início da estimulação sexual. A motivação feminina depende de recompensas que não são especificamente sexuais, como a proximidade emocional com o parceiro que ativa o ciclo de resposta sexual seguinte. A excitação sexual da mulher é mental e subjetiva, podendo ou não ser acompanhada por alterações vasoconstritoras na genitália e outras manifestações físicas. O orgasmo pode ou não acontecer, mas quando acontece manifesta-se

de formas diferentes variando de mulher para mulher (MENDONÇA et al., 2012).

De acordo com Basson (2001), o ciclo de resposta sexual proposto por Masters e Johnson e Kaplan refere-se a mulheres em início de relacionamento, pois em um relacionamento mais longo o desejo sexual passa a ser uma resposta ao invés de um ato espontâneo.

Tendo como referência os modelos propostos por Masters e Johnson e modificado por Kaplan o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013) da Associação Psiquiátrica Americana (APA), classificou o ciclo de resposta sexual como um conjunto de quatro fases sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (MENDONÇA et al., 2012).

Em um primeiro momento, o desejo sexual, que configura o início da resposta, compreende um impulso produzido pela atividade de centros específicos do cérebro que se conectam com outros centros corticais (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010) consistindo em fantasias e vontade de ter a atividade sexual (MENDONÇA et al., 2012).

Na fase de excitação, ocorre o sentimento de prazer sexual e alterações fisiológicas concomitantes (MENDONÇA et al., 2012) como a lubrificação vaginal, que se inicia em poucos segundos, e o aumento no fluxo sanguíneo genital. Com o aumento da lubrificação, a penetração do pênis se torna mais suave e fácil. O fluxo extra de sangue causa também um ingurgitamento na vagina, levando ao estreitamento da mesma produzindo o efeito de aprisionamento do pênis durante a penetração (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

A fase do orgasmo é o momento em que ocorre o ápice do prazer sexual, com contrações do terço inferior da vagina e contrações rítmicas do esfíncter anal. É a sensação sexual mais intensamente

prazerosa sendo uma reação que envolve contrações espasmódicas de grupos musculares do abdômen, pescoço, face, nádegas, simultâneos, com ligeira perda da consciência. Além do aumento máximo da pressão arterial, da frequência respiratória e dos batimentos cardíacos (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Na fase de resolução, há uma sensação de bem-estar geral e relaxamento muscular, sendo que as mulheres são capazes de responder quase que imediatamente a uma estimulação adicional (MENDONÇA et al., 2012).

O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode levar o surgimento de disfunções sexuais (FERREIRA et al., 2007; ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

CAPÍTULO II

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

As disfunções sexuais femininas são caracterizadas por alterações em uma ou mais fases do ciclo de resposta sexual, ou por dor associada à relação sexual, que levam ao sofrimento ou dificuldade interpessoal, tornando a mulher incapaz de participar da relação sexual como desejaria (MENDONÇA et al., 2012; FERREIRA et al., 2015).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde na sua primeira edição (CID-10), a disfunção sexual é quando um indivíduo é incapaz de participar de um relacionamento sexual que ele ou ela gostaria (ASLAN; FYNES, 2008).

Classificação das disfunções sexuais femininas segundo o CID-10

F52: Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica

- F52.0: Ausência ou perda do desejo sexual
Frigidez
Transtorno hipoativo do desejo sexual
- F52.1: Aversão sexual e ausência de prazer sexual
Anedonia (sexual)
- F52.2: Falha da resposta genital
Transtorno de excitação sexual
- F52.3: Disfunção orgásmica
Anorgasmia psicogênica
Inibição do orgasmo

- F52.5: Vaginismo não orgânico
 Vaginismo psicogênico
- F52.6: Dispareunia não orgânica
 Dispareunia psicogênica
- F52.7: Impulso sexual excessivo
 Ninfomania
- F52.8: Outras disfunções sexuais não devidas a transtorno ou à doença orgânica
 Dismenorréia psicogênica
- F52.9: Disfunção sexual não devida a transtorno ou à doença orgânica, não especificada

Por outro lado, no DSM 5 está especificamente limitado a perturbações psiquiátricas, a disfunção sexual feminina é definida como perturbações do desejo sexual e nas mudanças psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual causando acentuado sofrimento e dificuldade interpessoal (ASLAN; FYNES, 2008).

A Associação Psiquiátrica Americana assim classifica as disfunções sexuais:

Classificação das disfunções sexuais femininas segundo o “Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais” (DSM 5, 2013):

302.73 (F52.31): disfunção orgásmica

302.72 (F52.22): disfunção do desejo sexual / disfunção de excitação

302.76 (F52.6): dor gênito-pélvica / disfunção de penetração

Disfunção sexual induzida por substância: efeitos fisiológicos direto de uma substância como drogas ilícitas, medicamentos ou toxinas

302.79 (F52.8): outras disfunções sexuais específicas

302.70 (F52.9): Disfunção sexual sem outra especificação: não contempladas acima

Para considerar a existência de disfunção sexual é necessário que haja alteração de uma ou mais dessas fases, incluindo prejuízo na experiência subjetiva do prazer, do desejo ou do desempenho esperado. Esta alteração pode ocorrer de modo isolado ou combinado, ser primária ocorrendo ao longo da vida ou secundária sendo adquirida, generalizada ou situacional devida a fatores psicológicos ou a fatores combinados (Abdo, 2012).

A persistência de pelo menos seis meses de sintomatologia que cause sofrimento é critério para definir a existência de disfunção sexual. As falhas esporádicas ou isoladas não caracterizam quadro sexual disfuncional, mas resultado de condições cotidianas negativas, como cansaço ou preocupação (ABDO, 2012).

As disfunções sexuais podem acontecer em qualquer fase da vida da mulher (ABDO, 2012) sendo as causas multifatoriais, pois envolvem aspectos físicos, psicológicos, sociais ou até mesmo podendo ser de causa desconhecida (PIASSAROLLI et al., 2010). As mais citadas na literatura são a idade (acima de 44 anos), o déficit de estrogênio pela

menopausa, as cirurgias vaginais, as disfunções sexuais do parceiro, a crença religiosa, o desemprego e uma baixa percepção da qualidade de vida. Além disso, fadiga, consumo de álcool ou drogas, gravidez, doenças crônicas e o desuso da musculatura perineal também têm sido abordadas como causas de disfunção (PIASSAROLLI et al., 2010).

A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010). A prevalência aumenta com a idade, multiparidade e menopausa, e são consideradas fatores de risco importantes (MENDONÇA et al., 2012; ETIENNE; WAITMAN, 2006).

Apesar do elevado número de mulheres com disfunção sexual, grande parte destas mulheres não busca ajuda médica, por vergonha, por frustração ou por falhas de tentativas de tratamentos realizados por profissionais não capacitados (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010; LARA et al., 2008).

Poucas mulheres tem iniciativa de abordar sobre suas dificuldades sexuais e apenas uma minoria dos ginecologistas questiona sobre a função sexual dessas mulheres (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010; LARA et al., 2008).

Os transtornos de desejo sexual e dor genital representam os distúrbios sexuais femininos mais comuns em todo o mundo. A dispareunia é uma condição que não é bem reconhecida por profissionais de cuidados de saúde e como resultado, muitas vezes, permanecem tratadas insuficientemente (LEENERS et al., 2015).

A dispareunia é a dor genital que ocorre antes, durante ou após o coito, na ausência de vaginismo. A repetição da dor durante o coito pode causar angústia, ansiedade e dificuldades interpessoais, levando a paciente à antecipação de uma experiência sexual negativa e, por fim, evitando o sexo (ANTONIOLI; SIMÕES, 2010).

Tem uma incidência variável e aumenta com o progredir da idade da mulher (LARA et al., 2008). É a disfunção sexual mais frequente na qual se encontram causas orgânicas, em torno de 60% e pode ser generalizada ou situacional, primária ou secundária. Para o seu diagnóstico são necessários anamnese bem feita e exame físico minucioso (ANTONIOLLI; SIMÕES, 2010).

A dispareunia pode ser dividida em superficial (dor no intróito vaginal), profunda (dor com penetração profunda) e intermediária (dor no conduto médio da vagina). Assim, a dor superficial pode acontecer devido à vulvovaginites, herpes genital, uretrite, atrofia vulvovaginal, irritantes (espermaticidas e látex), episiotomias, radioterapia local e traumas sexuais. A dispareunia profunda resulta de trauma pélvico durante o intercurso sexual, doença inflamatória pélvica, fibromialgia, cirurgia abdominal, pélvica ou ginecológica, aderência pós-operatória, endometriose, tumores pélvicos e genitais; sintomas do trato urinário, incluindo bexiga hiperativa e/ou incontinência e infecções do trato urinário, cistite intersticial e cisto de ovário (ANTONIOLLI; SIMÕES, 2010).

A dispareunia é a queixa sexual mais comum entre mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico (FALK E DIZON, 2013). Nesta população, a causa mais comum de dispareunia é a atrofia vulvovaginal, resultante do hipostrogenismo. Isto pode ser devido a menopausa induzida por cirurgia, quimioterapia ou radiação pélvica ou pode ser causada por terapia endócrina, sobretudo para o câncer de mama (por exemplo, inibidores de aromatase, tamoxifeno) (FALK E DIZON, 2013).

O diagnóstico deve ser cuidadoso na tentativa de compreender e explicar algo, que serve como ponto de partida no processo de tratamento (MENDONÇA ET AL., 2012). A investigação se inicia com uma identificação cuidadosa da paciente por ser esta frequentemente

o aspecto mais importante do início da patologia sexual (LARA et al., 2008).

É fundamental a queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos da anamnese. Além disso, deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção (ANTONIOLLI; SIMÕES, 2010).

O diagnóstico de questões de saúde sexual requer uma história sexual completa e uma história clínica pertinente, incluindo uma história oncológica e sexual. A história medicamentosa também deve ser avaliada por causa do seu impacto sobre a função sexual, incluindo o uso de antidepressivos e terapias endócrinas (FALK; DIZON, 2013).

A avaliação física individual é recomendada além da entrevista com os parceiros em conjunto. A história médica de cada parceiro, bem como traços de personalidade e comorbidades psiquiátricas devem ser considerados. O exame físico pode ser necessário. Quando a disfunção sexual é o foco específico, tal exame é intrusivo e pode despertar emoções ligadas às experiências sexuais passadas coercivas/ abusivas e/ou dolorosas. O procedimento precisa ser explicado, esclarecido e consentido pela mulher (ABDO, 2010).

O exame físico inclui avaliação completa do assoalho pélvico para detectar hipotonia ou hipertonia dos músculos, aderência, infecção, atrofia, secura vaginal e dor, além de avaliar aspectos do estado mental, alterações neurológicas, tireoide, pressão arterial e medição de pulso periférico. Achados anormais são mais comuns em mulheres com idade avançada, com patologia ginecológica ou doença crônica sistêmica e nas que não receberam assistência médica regular (MENDONÇA et al., 2012).

Em caso de disfunção sexual feminina é comum à ocorrência de comorbidades. É necessário esclarecer para cada disfunção:

se ocorre ao longo da vida ou é adquirida; situacional ou generalizada; fatores contextuais e condições médicas do passado e atuais; grau de desconforto (leve, moderado ou intenso). O manejo envolve abordagem psicológica e física, avaliando as várias etapas do ciclo de resposta sexual, o contexto atual, o relacionamento e os tipos de estimulação sexual (ABDO, 2010).

O efeito no tratamento de uma disfunção sexual dependerá da compreensão multidisciplinar e do atendimento conciliado de questões físicas e emocionais (ETIENNE; WAITMAN, 2006).

CAPÍTULO III

CÂNCER GINECOLÓGICO

Atualmente, cerca de 500.000 mulheres em todo o mundo são diagnosticadas com câncer cervical (BJELIC-RADISIC et al., 2012). O câncer continua sendo um grande problema de saúde pública, apesar da redução nas taxas gerais de incidência e de mortalidade em países desenvolvidos desde o início da década de 1990 (INCROCCI; JENSEN, 2013).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), as estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês *International Agency for Research on Cancer*), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012 (INCA, 2014).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cancerologia os tipos de câncer que acometem o aparelho genital feminino são o de colo de útero, endométrio, ovário e vulva (www.sbcancer.org.br). O câncer de colo de útero se apresenta como a segunda neoplasia maligna mais prevalente entre as mulheres no mundo (FITZ et al., 2011; NORONHA et al., 2013), com uma estimativa de 15. 590 mil novos casos e 5.160 mil mortes de acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA -2014). Sendo o câncer ginecológico mais comum no mundo em desenvolvimento, é responsável por dois terços dos casos e continua a ser um grave problema de saúde (NORONHA et al., 2013).

A introdução de programas de rastreamento resultou na detecção precoce da doença (NORONHA et al., 2013) sendo mais comumente diagnosticadas durante a idade fértil e a maioria das pacientes é sexualmente ativa no momento do diagnóstico (LAMMERINK et al., 2012). Evidencia-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico, geralmente na faixa etária de 45 a 49 anos (FITZ et al., 2011).

Para o câncer de colo de útero são identificados diversos fatores de risco, e a grande maioria está relacionada aos cuidados com a saúde e ao estilo de vida. Este tipo de câncer apresenta bom prognóstico, o que resulta em uma taxa de 65% na sobrevivência de cinco anos (FITZ et al., 2011). A maioria das pacientes vive por muitos anos com sequelas da doença e do seu tratamento (NORONHA et al., 2013).

O tratamento do câncer varia significativamente, dependendo dos tipos e dos estádios do câncer, da idade das pacientes (SANTOS-FILHO et al., 2008), características do tumor, condições médicas e comorbidades e a preferência da paciente (NORONHA et al., 2013).

As modalidades comumente utilizadas para o tratamento do câncer ginecológico são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia as quais são guiadas de forma individualizada e integrada com o objetivo de curar ou de minimizar os sintomas e complicações da doença, em um cenário paliativo. No entanto, estes tipos de tratamento estão relacionados com efeitos adversos significativos sobre o conforto físico, imagem corporal, funcionamento sexual e qualidade de vida (FRANCESCHINI et al., 2010; VAZ et al., 2011).

A histerectomia radical (HR) e a radioterapia (RT) são opções de tratamento eficazes para pacientes com câncer do colo do útero. A adição de quimioterapia à radioterapia (Radioquimioterapia – QT/RT) resulta numa melhora da sobrevivência e uma redução significativa na recorrência local em todas as fases da doença (NORONHA et al., 2013).

O tratamento cirúrgico pode resultar em distorções da anatomia feminina, particularmente para pacientes com câncer de mama ou ginecológico. Além disso, a remoção dos ovários em mulheres na pré-menopausa conduz a menopausa precoce, com alterações hormonais e físicas resultantes que podem alterar vários

domínios da função sexual. O tratamento cirúrgico pode resultar em disfunção sexual para as mulheres diagnosticadas com outros tipos de tumores; como um exemplo, disfunção sexual ocorre em 18% e 59% das mulheres tratadas na fase precoce do câncer retal (FALK; DIZON, 2013).

O tratamento para mulheres com câncer cervical na fase inicial consiste de uma histerectomia radical e linfadenectomia pélvica (LAMMERINK et al., 2012). As pacientes que têm câncer cervical avançado geralmente são dadas RT externa e braquiterapia para permitir o aumento da dose de radiação no volume do tumor (INCROCCI; JENSEN, 2013).

Para o International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO), os estágios da doença IA, IB e pequenos tumores IIA são tratados principalmente por histerectomia radical e dissecação dos linfonodos pélvicos, com taxas de sobrevida entre 70% e próximas a 100%. Os estágios de tumores mais avançados, IIB para IV, são tratados principalmente por quimioterapia e radioterapia, com sobrevida que varia entre 5 e 70%. Consequentemente, estas modalidades de tratamento estão associadas a efeitos secundários aos órgãos pélvicos (FITZ et al., 2011).

A RT pode ser definida como a utilização de radiação ionizante no tratamento de doenças malignas. Pode ser usado tanto como tratamento radical, onde o objetivo é o de remover completamente as células cancerosas e como tratamento paliativo, em que o objetivo da radioterapia é para reduzir a dor e outros desconfortos. A RT é, após a cirurgia, o meio de tratamento de câncer mais utilizado e eficaz; estima-se que mais de 50 % de todos os pacientes de câncer requerem este recurso em algum momento durante a sua doença (SANTOS-FILHO et al., 2008).

Uma outra técnica para fornecer uma radiação para as células cancerígenas é o de colocar implantes radioativos (em diferentes formas) diretamente no tumor ou numa cavidade do corpo. Esta é chamada de radioterapia interna e inclui várias técnicas, tais como braquiterapia, irradiação intersticial, e irradiação intracavitária. Neste tratamento, a dose de radiação é concentrada numa área pequena, e o paciente permanece no hospital por alguns dias ou horas. A radioterapia interna é frequentemente usada para câncer de língua, de próstata, útero e colo do útero (SANTOS-FILHO et al., 2008).

A alta relevância da braquiterapia é que a radiação emitida pelas fontes radioativas atuam sobre uma curta distância local dentro de tecidos para tratar o tumor, enquanto que a administração de doses baixas de radiação para os tecidos normais (SANTOS-FILHO et al., 2008).

A braquiterapia com alta taxa de dose se propõe a distribuir a dose terapêutica priorizando os pontos de maior atividade neoplásica, visando com isso maior eficácia com uma menor probabilidade de complicações actínicas. Não obstante, devido à localização do tumor e ao conseqüente direcionamento da irradiação no tratamento, alguns órgãos pélvicos afetados pela irradiação podem se mostrar deficientes, levando a uma resposta sexual inadequada e, conseqüentemente, a uma disfunção sexual (BERNARDO et al., 2011).

Essas modalidades terapêuticas trazem, no decorrer de suas aplicações, diversas conseqüências a essas pacientes, sendo a disfunção sexual uma delas. Estudos realizados demonstram que as pacientes podem apresentar alterações cervicovaginais e alterações no comportamento sexual (FRANCESCHINI et al., 2010).

Dentre as causas das disfunções sexuais, incluem-se biológicas, psicosexuais e contextuais. Nas causas biológicas, podem-se citar

as condições médicas que podem afetar direta ou indiretamente a sexualidade pelo impacto sistêmico, e até mesmo pelas alterações anatômicas, citando-se, nestes casos, a RT e a HR no tratamento do câncer de colo de útero (FITZ et al., 2011).

A disfunção sexual é uma importante causa de deterioração de qualidade de vida após o tratamento para a fase inicial de câncer cervical e uma entidade em que múltiplos fatores psicológico e somático estão envolvidos. As mulheres que tiveram câncer do colo do útero têm que lidar com as sequelas do tratamento, que muitas vezes é incômodo, tanto após a cirurgia, bem como após a radiação (quimioterapia) (LAMMERINK et al., 2012).

Como principais disfunções após o tratamento de câncer alguns autores relatam a secura e dor vaginal, diminuição do desejo sexual, dispareunia e estenose vaginal que, podem vir associadas à perda das sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração vaginal e à perda de sensibilidade. O risco de disfunção sexual é aumentado pela abrupta falência ovariana, atrofia vaginal grave do uso de inibidores de aromatase, danos genitais da terapia com radiação pélvica direta, e doenças do trato genital de enxerto versus hospedeiro. A incontinência urinária e fecal muitas vezes leva a evitar o contato sexual (SCHOVER et al., 2013; FALK; DIZON, 2013; FITZ et al., 2011).

Na maioria dos casos, a estenose máxima ocorre dentro de um período de três a seis meses. A ocorrência de estenose são resultado da formação de aderências, em conjunto com a fibrose circunferencial de tecido vaginal superior. Como um meio de prevenir e tratar esta estenose estabelecida recomenda-se o uso de dilatadores ou relação sexual com lubrificação (DENTON; MAHER, 2015).

Alguns estudos mostram sequelas mais tardias após a radiação do que a cirurgia, ou seja, dores abdominais, problemas sexuais e da bexiga (BJELIC-RADISIC et al., 2012).

Após a HR, o encurtamento pós-operatório da vagina pode contribuir para o desconforto (LAMMERINK et al., 2012) dificuldade de penetração vaginal, dispareunia, interrupção dos suportes anatômicos da resposta sexual, rebaixamento do impulso sexual e do grau de atratividade por redução de níveis hormonais circulantes, decorrentes de alterações circulatórias, ocasionando, em última instância, disfunções sexuais (TOZO et al., 2009).

A ressecção da cúpula vaginal requer ressecção dos ligamentos sacrouterinos e parte do plexo hipogástrico, mobilização da bexiga e parte proximal do septo reto-vaginal que provoca cicatrizes (fibroses) em torno da cúpula vaginal, que podem trazer dor durante a relação sexual (LAMMERINK et al., 2012).

Entretanto, outros autores, apontam para a histerectomia como fator causal para o aumento da frequência de dispareunia mediana e profunda pelo encurtamento da vagina, diminuição da libido e menor frequência de orgasmos após a penetração. Acredita-se que mulheres submetidas à histerectomia podem apresentar alterações no autoconceito, sintomas depressivos e psicossomáticos, dificuldade de relacionamento sexual e conjugal, devido a associações psicológicas feitas entre a procriação e a sexualidade (TOZO et al., 2009).

A RT também pode ter impacto na função sexual das mulheres (FALK E DIZON, 2013) podendo comprometer a relação sexual devido às fibroses, a toxicidade vascular (LAMMERINK et al., 2012), as alterações fibroelásticas e musculares (NORONHA et al., 2013) . A mais longo prazo, podem ocorrer o afinamento da parede vaginal, aderências, atrofia, e fibroses que são frequentemente seguidas por

diminuição da elasticidade vaginal, estreitamento, encurtamento, e, em última análise, a estenose vaginal total. Em um estudo longitudinal prospectivo da função sexual após a radioterapia definitiva para o câncer cervical, 25 % dos pacientes apresentaram sangramento vaginal durante ou após a relação sexual, e 28 % tinham grave falta de lubrificação persistente ao longo dos dois anos seguintes a RT (INCROCCI E JENSEN, 2013).

A fibrose vaginal pode resultar da RT na pelve ocasionando uma fibrose ou estenose vaginal que limita a capacidade de uma mulher para o coito vaginal, bem como afeta sua sensibilidade pélvica e genital do clitóris durante a atividade sexual. Essas mudanças duram muito tempo depois que a radioterapia foi concluída. Por exemplo, as mulheres tratadas pelo câncer cervical relataram disfunção sexual até 5 anos depois (FALK E DIZON, 2013).

A estenose ocorre devido à formação de aderências juntamente com a fibrose circunferencial de tecido vaginal superior. Isso leva à contração da cúpula vaginal e conseqüentemente uma vagina encurtada. Após isso, dificuldades podem surgir para acompanhar a vigilância tumoral devido à abertura estreita da vagina. A estenose pode causar problemas físicos como a dispareunia e sangramento pós-coito. Como meio de prevenir e tratar pode recomendar o uso de dilatadores ou relação sexual com lubrificação (DENTON E MAHER, 2015).

A quimioterapia (QT) pode resultar em efeitos sistêmicos que diminuem tanto o desejo sexual e a excitação. Além disso, a QT pode induzir a insuficiência ovariana com uma perda aguda e súbita de estrogênio. A alopecia quase total resultante da utilização de alguns agentes (tais como as antraciclina e taxanos) pode afetar a auto percepção da atividade sexual de uma paciente, e alguns tratamentos podem causar toxicidade da mucosa vaginal ou retal. Para

as pacientes tratadas com altas doses de QT como parte do protocolo de transplante de células, a adição da toxicidade pode induzir a doença vulvovaginal doença enxerto versus hospedeiro (GVHD). Além disso, a experiência de diagnóstico e tratamento do câncer pode afetar profundamente a imagem do corpo de uma mulher e sentido na sexualidade (FALK E DIZON, 2013).

Fatores psicológicos causados pelo diagnóstico de câncer pode também influenciar negativamente o funcionamento sexual, independentemente do tipo de tratamento (LAMMERINK et al., 2012). Além disso, a RT e a QT podem causar a falência ovariana e menopausa precoce, levando a uma diminuição da lubrificação vaginal e elasticidade, bem como da força dos músculos do assoalho pélvico (NORONHA et al., 2013).

De acordo com Tangjitgamol et al., citado por Fitz et al. (2011), a presença de alguns fatores pré-tratamento é significativa para o desenvolvimento de disfunções sexuais pós-tratamento. Em seu estudo, os autores relataram que a idade avançada, o estado menopausal e a salpingo-ooforectomia foram preditores para a disfunção sexual pós-tratamento, sendo que a idade foi o que apresentou maior impacto negativo na função sexual (FITZ et al., 2011).

CAPÍTULO IV

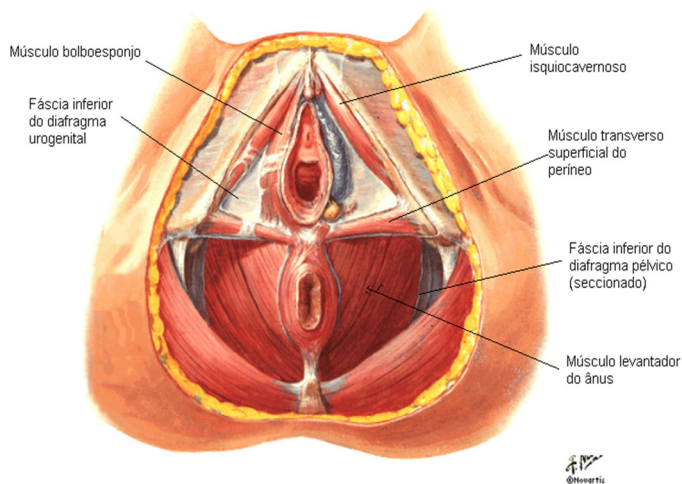
TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA DISPAREUNIA PÓS CÂNCER GINECOLÓGICO

A fisioterapia é uma área recente e pouco conhecida no tratamento das disfunções sexuais femininas. O fisioterapeuta que atua na saúde da mulher tem um papel importante na avaliação e educação dos pacientes, na prevenção devido às informações anatômicas da região genital e no tratamento das disfunções sexuais, pois proporciona melhora da saúde sexual, maior autoconsciência, autoconfiança, melhora da percepção corporal e redução da ansiedade (MENDONÇA et al., 2012).

As estruturas do assoalho pélvico (AP) feminino funcionam como uma unidade, sendo importante a relação anatômica-funcional entre as estruturas pélvicas para a manutenção da função normal. De acordo com o grupo de avaliação clínica do AP, da *International Continence Society* (ICS), o termo “músculos do AP” (MAP) refere-se à camada muscular que dá suporte aos órgãos pélvicos e fecha a abertura pélvica na contração, sendo importante na prevenção da perda involuntária de urina e no conteúdo retal, além de ter relação com a função sexual (FITZ et al., 2011). Acredita-se que a contribuição de fatores, tais como cirurgias pélvicas extensas e radioterapia, podem resultar em danos na vascularização pélvica e inervação autonômica dos MAP, o que pode levar a uma série de disfunções associadas ao sistema urinário, anorretal e genital, além de interferir na qualidade de vida sexual (YANG et al., 2012; FITZ et al., 2011).

Sabe-se que, a fisioterapia atua diretamente na reabilitação dos MAP e que os recursos fisioterápicos são capazes de melhorar os componentes musculares e nervosos do sistema de apoio dos órgãos pélvicos (FITZ et al., 2011). Assim, o tratamento fisioterapêutico consiste em orientações sobre anatomia pélvica e distúrbios sexuais, educação comportamental, consciência corporal, dessensibilização vaginal e massagem perineal, e reeducação da musculatura do assoalho pélvico através de cinesioterapia, utilização de cones

vaginais, *biofeedback* e eletroestimulação (FRANCESCHINI et al., 2010; FITZ et al., 2011; DELGADO et al., 2015).



FONTE: Netter, 2000

Figura 4. Períneo e Diafragma urogenital – Sexo Feminino.

Os recursos de tratamento disponíveis são educacionais, cognitivo-comportamentais e reabilitantes. O tratamento fisioterápico consiste nos seguintes recursos: Cinesioterapia, terapia manual, eletroterapia e ultrassom terapêutico, terapia comportamental, *biofeedback* e dilatadores Vaginais

Cinesioterapia

A cinesioterapia para o assoalho pélvico é composta por exercícios para a normalização do tônus muscular. É utilizada tanto para o fortalecimento quanto para o relaxamento da musculatura (PEREIRA, 2012), conscientização perineal, para um melhor controle sobre a musculatura no ato sexual além de ser medida preventiva para a saúde no decorrer dos anos e acontecimentos que podem interferir no períneo (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010).

Na dispareunia, quando a musculatura se encontra em hipertonia, é necessário o relaxamento dos MAP, além dos músculos acessórios (adutores da coxa, obturadores internos e externo, piriformes, glúteos, abdominais e lombares). Este relaxamento pode ser realizado com alongamentos e exercícios respiratórios de acordo com a necessidade de cada paciente (ETIENNE E WAITMAN, 2006).

A cinesioterapia pode ser auxiliada com o uso do *biofeedback*. Esse equipamento tem a vantagem de propiciar a contração voluntária dos MAP e pode certificar a presença ou não de atividade muscular espontânea, porque apresenta medidas específicas da unidade de potência da ação muscular (ETIENNE E WAITMAN, 2006).

Terapia Manual

A terapia manual visa à aplicação de técnicas para tratar alterações musculoesqueléticas, assimetrias posturais e a imobilidade dos tecidos moles (PEREIRA, 2012). Dentre os recursos manuais para o tratamento da dispareunia, destaca-se a massagem perineal, manobras miofasciais e dilatadores vaginais, com o objetivo de relaxamento e expansão do canal vaginal (PEREIRA, 2012).

A experiência da fisioterapia indica exercícios de dessensibilização nos casos de dispareunia. Através de massagem (digitopressão e/ou deslizamento) nas regiões de pontos-gatilho, além de manobras miofasciais, são utilizadas com o objetivo de relaxar os MAP para facilitar a penetração (BARACHO, 2012; PEREIRA, 2012; DELGADO et al., 2015).

Essas manobras de liberação do tecido cicatricial nos casos de dispareunia, e alongamentos aplicados diretamente na pele e vulva, tem o objetivo de melhorar a resposta sexual, aumentar o fluxo sanguíneo,

flexibilizar o intróito vaginal e diminuir a dor (MENDONÇA et al., 2012).

Eleioterapia

Os efeitos da estimulação elétrica na musculatura pélvica foram descritos por Bors em 1952, a partir disso a sua aplicação foi ganhando cada vez mais adeptos por ser um recurso capaz de recrutar as fibras musculares de forma rápida, sobretudo nos casos em que há comprometimento importante da ação muscular (ETIENNE E WAITMAN, 2006).

Nos casos de dispareunia, a eletroestimulação tem como objetivo principal o alívio da dor e o relaxamento dos MAP, utilizando-se correntes analgésicas como é o caso da Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (TENS) e a Microcorrente. O seu efeito analgésico é por neuromodulação ou inibição sináptica (ETIENNE E WAITMAN, 2006; PEREIRA, 2012).

A TENS pode ser aplicada por via vaginal (Figura 5a), anal (Figura 5b) ou perineal (Figuras 5c), recomendam-se frequências variáveis, desde as mais baixas, a partir de 5 Hz, até 100Hz e 200Hz em diferentes áreas da cavidade (Baracho, 2012). Esta técnica é muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular, porém, a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que esta possa ser sentida, mas não ser desagradável para a paciente, suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010).

O recurso do ultrassom terapêutico, trata-se de vibrações de frequência que varia de 500kHz a 3MHz, tendo como objetivos principais ação antálgica, circulatória, relaxante muscular e fibrinolítica (PEREIRA, 2012).

O ultrassom terapêutico é composto por um gerador de alta frequência e um disco de quartzo piezoelétrico movido pela corrente elétrica, fechado dentro de um invólucro metálico (projeter, transdutor ou emissor) (Figura 6); O transdutor de 1MHz permite atingir uma profundidade tecidual de 6 a 7cm, tendo sua maior aplicabilidade nas disfunções musculoesqueléticas.; por outro lado, o transdutor de 3 MHz tem uma profundidade de 1mm e é desta forma aplicado na dermatofuncional. A potência do ultrassom é expressa em W/cm^2 e suas aplicações podem ser realizadas de maneira contínua ou pulsátil, podendo ter efeitos térmicos e atérmicos. Com relação aos efeitos térmicos, quando utilizado a elevação da temperatura cutânea pode atingir entre 2 a 3 °C (PEREIRA, 2012).

O ultrassom terapêutico como recurso de tratamento da dispareunia, tem como objetivo o relaxamento muscular, analgesia e melhora da circulação. (PEREIRA, 2012).



FONTE: www.quarkmedical.com.br
Figura 5a. Eletrodo vaginal



FONTE: www.quarkmedical.com.br
Figura 5b. Eletrodo anal



FONTE: Baracho E, 2012
Figura 5c. Eletrodo de superfície (perineal)



FONTE: www.ibramed.com.br
Figura 6. Ultrassom Terapêutico

Terapia Comportamental

A terapia comportamental consiste em orientações sobre dieta equilibrada, ingestão hídrica adequada, para o controle do peso e melhora da função intestinal e urinária, além da melhora do tônus muscular corporal como um todo (PEREIRA, 2012).

Orientações sobre anatomia e fisiologia, sobretudo dos órgãos genitais internos e externos, podem desmitificar crenças que contribuem para a disfunção sexual. Ressaltar informações sobre a resposta sexual e os órgãos envolvidos, podem aliviar problemas sexuais. Além disso, destacar a importância do papel de educador do fisioterapeuta no auxílio e na promoção da saúde e da qualidade de vida de forma simples e eficiente (PEREIRA, 2012).

Biofeedback

A palavra *biofeedback* significa retroalimentação biológica, é toda e qualquer abordagem que a fisioterapia utiliza para conscientização corporal do paciente, podendo ser por estímulos táteis, visuais,

auditivos ou elétricos (PEREIRA, 2012). Esse procedimento permite a conscientização objetiva de uma função fisiológica inconsciente (BARACHO, 2012).

O *biofeedback* consiste em um método de reeducação que tem um efeito modulatório sobre o sistema nervoso central através da utilização de uma retroinformação externa como meio de aprendizado (DELGADO et al., 2015). Esse método consiste na aplicação de eletrodos acoplados na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais dados pelo fisioterapeuta, orientará os músculos do assoalho pélvico excluindo a sinergista (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010).

Sendo um dos procedimentos mais utilizados na reabilitação da musculatura pélvica, o *biofeedback* pode ser utilizado por meio do exame eletromiográfico (EMG) ou utilizando a pressão (manométrico) (BARACHO, 2012).

O *biofeedback* manométrico (Figura 7) utiliza a pressão através de uma sonda endovaginal ou anorretal. Essa sonda deverá ser inflada no canal vaginal ou retal, a pressão interna aplicada provocará uma ação no interior da sonda, e a elasticidade do material combinada ao tônus estático dos tecidos provocará uma reação que tenderá a se equilibrar (PEREIRA, 2012).

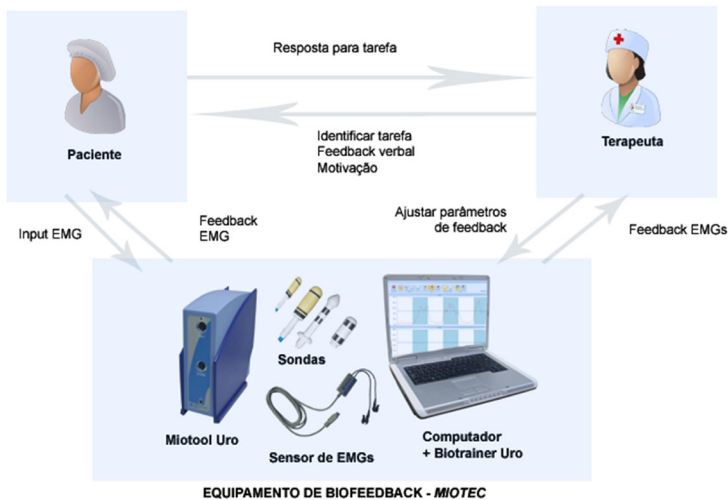
O *biofeedback* EMG (Figura 8), utiliza sondas que podem ser utilizadas alternadamente com a eletroterapia com o objetivo proprioceptivo, sendo que o seu registro não é influenciado por pressão ou temperatura (Pereira, 2012). Este não é uma medida de força, mas uma ferramenta em que informações adicionais serão fornecidas ao fisioterapeuta e/ou paciente em um esforço de melhorar os resultados da reeducação neuromuscular proposta (BARACHO, 2012).

Essa modalidade de tratamento, tem como objetivo auxiliar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico (ANTONIOLI E SIMÕES, 2010). Sua aplicabilidade fundamenta-se na capacidade do sistema nervoso central de integrar e transformar uma informação sensória em ação passível de ser realizada pelo paciente (PEREIRA, 2012; ANTONIOLI E SIMÕES, 2010; ETIENNE E WAITMAN, 2006).



FONTE: Baracho E, 2012

Figura 7. Biofeedback manométrico e sonda vaginal



FONTE: Baracho E, 2012

Figura 8. Biofeedback Eletromiográfico (EMG)

Dilatadores Vaginais

Os dilatadores vaginais (Figura 9) ajudam a superar a ansiedade da penetração, promovendo a abertura vaginal, e orientações quanto ao uso de lubrificantes podem ajudar na secura vaginal e na dispareunia (MENDONÇA et al., 2012).

A dilatação pode ser usada após ou durante a radioterapia para reduzir a fibrose resultante. Além disso, pode separar as aderências formadas pelo epitélio exposto, assim, possivelmente evitando estenose vaginal (MILES E JOHNSON, 2014).

É importante saber se a intervenção durante ou depois de radioterapia é benéfica, porque a intervenção é cara em termos de tempo técnico de radiologia e enfermagem. Além disso, as sequelas psicosssexuais de mulheres coagidas para dilatar sua vagina durante o tratamento doloroso podem ser traumáticas (MILES E JOHNSON, 2014).



FONTE: www.vaginismus.com
Figura 9. Dilatadores Vaginais

REFERÊNCIAS

ABDO, C. H. N. Sexualidade Humana e seus transtornos. 4^a ed. atualizada. São Paulo: Leitura Médica; 2012.

ABDO, C. H. N. Considerações a respeito do ciclo de resposta sexual da mulher: uma nova proposta de entendimento. **Diagn Tratamento**. 2010; 15 (2):88-90.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5. 5^a ed. Whashington: APA, 2013.

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc** 2010; 18 (2):267-274. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/download/8489/6023/35910>. Acesso em: abr, 2020

ASLAN, E. ; FYNES, M. Female sexual dysfunction. **Int Urogynecol J**. 2008;19: 293-305. Doi: 10.1007/s00192-007-0436-3

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher. 5^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

BASSON, R. Human Sex-Response Cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**. 2001; 27: 33-43. Doi: 10.1080/00926230152035831.

BERNARDO, B. C.; LORENZATO, F. R. B.; FIGUEIROA, J. N.; KITOKO, P. M. Disfunção sexual em pacientes com câncer do colo uterino avançado submetidas à radioterapia exclusiva. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007; 29 (2):85-90. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000200005>

BJELIC-RADISIC, V. et al., Quality of life characteristics in patients with cervical cancer. **European Journal of Cancer**. 2012; 48:3009-3018. Doi: 10.1016/j.ejca.2012.05.011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrole-cancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf Acesso: Abr, 2015

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUSA, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**. 2015; 4(1): 47-56. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/614> Acesso: mai, 2015.

DENTON AS, MAHER J. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy (Review). **The Cochrane Library**. 2015(2): 1-31. Doi: 10.1002/14651858.CD003750.

ETIENNE MA, WAITMAN MC. Disfunções Sexuais Femininas: A fisioterapia como Recurso Terapêutico. São Paulo: Livraria Médica Paulista Editora; 2006.

FALK SJ, DIZON DS. Sexual dysfunction in women with cancer. **Fertility and Sterility**. 2013; 100 (4):916-921. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.08.018.

FERREIRA, A. L. C. G.; SOUZA, A. I.; AMORIM, M. M. R.; Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. **R Bras Saud Mat Inf**. 2007; 7: 143-50. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000200004>

FERREIRA, C. H. J.; DWYER, P. L.; DAVIDSON, M.; DE SOUZA, A.; UGARTE, JÁ.; FRAWLEY, H. C.; Does pelvic floor muscle training improve female sexual function? A systematic review. **Int Urogynecol J**. 2015; Doi: 10.1007/s00192-015-2749-y.

FITZ, F. F.; SANTOS, A. C. C. D.; STÜPP, L.; BERNARDES, A. P. M. R.; MARX, A. G. Impacto do tratamento do câncer de colo uterino no assoalho pélvico. **Femina**. 2011; agos/ 39(8): 388-393. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613330> Acesso: maio,2015

FRANCESCHINI, J.; SCARLATO, A.; CISI, M. C. Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2010; 56(4):501-506. Doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2010v56n4.1472>

INCROCCI, L.; JENSEN, P. T. Pelvic Radiotherapy and Sexual Function in Men and Women. **J Sex Med** 2013;10(suppl 1):53-64. Doi: 10.1111/jsm.12010.

LAMMERINK, E. A. G.; BOCK, G. H.; PRAS, E.; REYNERS, A. K. L.; MOURITS, M. J. E. Sexual functioning of cervical cancer survivors: A review with a female. **Maturitas**. 2012; 72: 296-304. Doi: 10.1016/j.maturitas.2012.05.006.

LARA, L. A. S.; SILVA, A. C. J. S. R.; ROMÃO, A. P. M. S.; JUNQUEIRA, F. R. R. Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2008; 30: 312-21. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000600008>

LEENERS, B.; HENGARTNER, M. P.; AJDACIC-GROSS, V.; RÖSSLER, W.; ANGST, J. Dyspareunia in the Context of Psychopathology, Personality Traits, and Coping Resources: Results From a Prospective Longitudinal Cohort Study From Age 30 to 50. **Arch Sex Behav**. 2015; 44(6):1551-60. Doi: 10.1007/s10508-014-0395-y.

MARQUES, F. Z. C.; CHEDID, S. B.; EIZERIK, G. C. Resposta sexual humana. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas. 2008.17(3-6):175-183, maio/dez. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/bibliore-f/2019/04/541590/755-1534-1-sm.pdf> Acesso: maio, 2015

MENDONÇA et al., Função sexual feminina: aspectos normais e patológicos, prevalência no Brasil, diagnóstico e tratamento. **Femina** 2012; 40 (40):195-202. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-668405> Acesso: maio 2015

MILES, T.; JOHNSON, N. Vaginal dilator therapy for women receiving pelvic radiotherapy. **PMC**. 2014;2-33.Doi: 10.1002/14651858.CD007291.pub2.

NORONHA, A. F.; FIGUEIREDO, E. M.; FRANCO, T. M. R. F.; CÂNDIDO, E. B.; SILVA-FILHO, A. L. Treatments for invasive carcinoma of the cervix: what are their impacts on the pelvic floor functions? . **Int Braz J Urol**. 2013; 39: 46-54.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação estatística de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>. Data da versão: 30/09/1998. Acesso: 15/10/2015.

PEREIRA, C. M. A. Intervenção médica e fisioterápica no vaginismo: relato de caso. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2012.

PIASSAROLLI, V. P. et al., Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2010; 32 (5): 234-40. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000500006>

SANTOS-FILHO, S. D. et al., Radiotherapy, Cancer and Some Anatomical Structures Related with the Pelvic Floor: An Evaluation of the Scientific Literature. **Braz. arch. biol. technol**. 2008; 51: 45-5. Doi: <https://www.scielo.br/j/babt/a/bbHLHtsZy3gXDFRYSfDj7xD/?format=pdf&lang=en>

SCHOVER, L. R.; YUAN, Y.; FELLMAN, B. M.; ODENSKY, E.; LEWIS, P. E.; MATINETTI, P. Efficacy trial of an internet-based intervention

for cancer-related female sexual dysfunction. **J Natl Compr Canc Netw**. 2013; 11(11):1389-1397. Doi: 10.6004/jnccn.2013.0162.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Câncer Ginecológico. Acessado em: 10/04/2015. Salvador. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br>.

TOZO, I. M.; MORAES, J. C.; LIMA, S. M. R.; GONÇALVES, N.; AUGÉ, A. P. F.; ROSSI, L. M.; AOKI, T. Avaliação da sexualidade em mulheres submetidas à histerectomia para tratamento do leiomioma uterino. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009; 31(10):503-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009001000006>

VAZ, A. F.; CONDE, D. M.; COSTA-PAIVA, L.; MORAIS, S. S.; ESTEVES, S. B.; PINTO-NETO, A. M. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. **Arch Gynecol Obstet**.2011; 284:1523-1531. Doi: 10.1007/s00404-011-1886-x.

YANG, E. J.; LIM, J. Y.; RAH, U. W.; KIM, Y. B. Effect of a pelvic floor muscle training program on gynecologic cancer survivors with pelvic floor dysfunction: A randomized controlled trial. **Gynecologic Oncology**. 2012;125: Doi: 10.1016/j.ygyno.2012.03.045.

ÍNDICE REMISSIVO

- A
- Abordagem 26, 44
- C
- Câncer 9, 10, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 48, 50
- Ciclo 9, 13, 14, 15, 16, 20, 21, 26, 48
- Conhecimento 2
- D
- Desejo 9, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 32, 34
- Direitos 4
- Disfunção 9, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 44
- Dispareunia 9, 10, 23, 24, 32, 33, 34, 40, 41, 42, 47
- Doença 10, 20, 21, 24, 25, 28, 29, 30, 35
- M
- Mulheres 9, 14, 16, 17, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 47, 52
- P
- Pacientes 5, 10, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 38, 46, 48
- Pós-tratamento 9, 24, 35
- R
- Radioterapia 10, 24, 29, 30, 31, 34, 38, 47, 48
- Resposta 9, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26, 31, 33, 40, 44, 48
- S
- Saúde 9, 10, 12, 23, 25, 28, 29, 38, 39, 44, 51
- Sexual 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 44, 48, 49, 50, 51, 52
- T
- Tratamento 9, 10, 24, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 42, 46, 47, 49, 50, 51, 52
- V
- Vaginal 16, 24, 25, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 41, 42, 45, 46, 47

SOBRE A AUTORA

Marciene de Sousa Cavalcante Costa

Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Brasília (2010). Pós-Graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais-FCMMG (2012). Especialista em Sexualidade Humana pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP (2015) Mestre em Saúde e Tecnologia pela Universidade Federal do Maranhão-UFMA (2023). Atualmente é docente na Unidade de Ensino Superior Sul do Maranhão (UNISULMA). Coordenadora e docente da pós-graduação Fisioterapia Pélvica - Uroginecologia Funcional -Faculdade Inspirar Imperatriz (2022). Atua como Fisioterapeuta/Sócia Proprietária da Clínica Espaço Saúde do Corpo Pilates Fisioterapia LTDA localizada na cidade de Imperatriz-MA. Tem experiência na área de Fisioterapia em uroginecologia, coloproctologia, obstetrícia, oncologia pélvica e disfunções sexuais. Formação em Pilates Aparelhos e Suspensus. Em formação em Osteopatia - Escola Brasileira de Fisioterapia Manipulativa (EBRAFIM)

Abordagem fisioterápica na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico

A dispareunia é a queixa sexual mais comum entre mulheres pós-tratamento de câncer ginecológico. As modalidades comumente utilizadas para o tratamento do câncer ginecológico são a radioterapia, a cirurgia e a quimioterapia. As principais disfunções após o tratamento de câncer são: o ressecamento e dor vaginal, diminuição do desejo sexual, dispareunia e estenose vaginal que podem vir associadas à perda das sensações clitorianas e vaginais durante a relação sexual com penetração. A fisioterapia é uma área recente no tratamento das disfunções sexuais femininas. O tratamento fisioterápico consiste nos seguintes recursos: cinesioterapia, terapia manual, eletroterapia e ultrassom terapêutico, terapia comportamental, biofeedback e dilatadores vaginais. O objetivo deste livro foi identificar as abordagens fisioterápicas na dispareunia pós-tratamento de câncer ginecológico.

Marciene de Sousa Cavalcante Costa

RFB Editora
Home Page: www.rfbeditora.com
Email: adm@rfbeditora.com
WhatsApp: 91 98885-7730
CNPJ: 39.242.488/0001-07
Belém-PA, R. João de Deus, 63, 66075-000,
Brasil

