

Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões



Gustavo F. Sutter Latorre¹, Alessandra Ayala², Michelle Peixoto Machado³, Solange Diane Rohenkohl⁴, Bárbara Parise⁵, Taynara Oriente⁶, Priscila Moura e Silva⁷, Camila de Souza Rocha⁸, Flávia Heck Vianna⁹, Isabella Cardona Motta¹⁰ e Ana Bárbara Lanz¹¹

RESUMO

Submissão: 01/12/2022

Aceite: 09/12/2022

Publicação: 10/12/2022

Panorama: A dor pélvica crônica aflige um quarto da população mundial, e para a qual não há tratamento eficiente. **Objetivos:** testar um novo protocolo de avaliação e dois novos protocolos de liberação miofascial para dores genitais e dores pélvicas crônicas. **Método:** Pacientes com qualquer tipo de dor genital foram recrutadas em 9 consultórios de Fisioterapia Pélvica durante dois meses, classificadas em dor muscular (tipo 1) ou dor conectiva (tipo 2), sujeitas a respectivos protocolos de liberação miofascial. EVA inicial e final e ausência de dor nas AVDs, inclusive sexual, foram utilizadas como medida da eficácia dos protocolos. O número de sessões necessárias para a alta foi utilizado como medida de eficiência. **Resultados:** 117 mulheres de 8 cidades brasileiras aceitaram participar do estudo, média etária 33 ± 7 anos, onde 25,6% apresentaram dor tipo 1, 25,6% dor tipo 2 e 48,7% ambas. Todas apresentaram dor zero ao final. A média de sessões foi de $4,5 \pm 2$. **Conclusão:** A Nova Classificação Funcional de Dor é eficaz no diagnóstico funcional da dor genital, e os protocolos de liberação miofascial eliminaram por completo a dor de mulheres em um máximo de 10 sessões.

ABSTRACT

Background: Chronic pelvic pain afflicts a quarter of the world's population, and for which there is no efficient treatment. **Aims:** To test a new assessment protocol and two new myofascial release protocols for genital pain and chronic pelvic pain. **Method:** Patients with any complaint of genital pelvic pain were recruited in 9 pelvic physiotherapy offices during two months, classified into muscle pain (type 1) or connective pain (type 2). They were subject to respective myofascial techniques. Initial and final VAS and absence of pain in LDAs, including sexual pain, were used as a measure of the effectiveness of the protocols. The number of sessions required for discharge was used as an efficiency measure. **Results:** 107 women from 8 Brazilian cities attempted to the study, mean age 33 ± 7 years. 25,6% had type 1 pain, 25,6% had type 2 and pain and 48,7% both types. All had zero pain at the end. The average number of sessions needed to zero pain was $4,5 \pm 2$. **Conclusion:** The New Functional Classification of Pain is effective in the functional diagnosis of genital pain, and the new myofascial techniques proposed completely eradicate pelvic pain in women in a maximum of 10 sessions.

¹ Fisioterapeuta Pélvica, Doutor em Medicina, Mestre em Fisioterapia, Florianópolis/SC, Brasil. gustavo@perineo.net

² Fisioterapeuta Pélvica, Rede Perineo.net, Florianópolis/SC, Brasil. alessandra@perineo.net

³ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre/RS, Brasil. michpeixoto22@gmail.com

⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Santo Ângelo/RS, Brasil. soli_rohenkohl@hotmail.com

⁵ Fisioterapeuta Pélvica, Tubarão/SC, Brasil. barbara-parise@gmail.com

⁶ Fisioterapeuta Pélvica, Sarandi/PR, Brasil. taynaraorientado@hotmail.com

⁷ Fisioterapeuta Pélvica, Picos/PI, Brasil. primoura00@gmail.com

⁸ Fisioterapeuta Pélvica, Salvador/BA. c.rochafisioterapia@gmail.com

⁹ Fisioterapeuta Pélvica, Ribeirão Preto/SP, Brasil. flavinhafisioterapeuta@gmail.com

¹⁰ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre/RS, Brasil. isabellacardonadamoto@hotmail.com

¹¹ Fisioterapeuta Pélvica, Igrejinha/RS, Brasil. ana.blanz@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dor genital, particularmente sob a forma de dor sexual feminina, é um problema de saúde pública que vem por séculos assolando a humanidade. Desgraçadamente o tema foi negligenciado tanto pela comunidade científica quanto pelos profissionais da saúde em geral¹, provavelmente por conta de tabus arraigados em uma rede cultural hereditária envolvendo o sexo, especialmente escaras patriarcais sobre a sexualidade feminina e o usufruto do sexo pela mulher.

Os primeiros estudos sérios sobre o tema, como os da canadense Elke Reissing, parecem ter sido iniciados apenas nos últimos anos do século XX^{2,3}, de modo exploratório, inicial, buscando lançar luz ao problema que aflige uma em cada três mulheres pelo mundo, incluindo as brasileiras⁴⁻⁶. Mesmo a partir daí, por décadas a etiologia das dores genitais e sexuais, antigamente conhecidas por nomes como vaginismo, dispareunia e vulvodínia, continuaram às sombras⁷, impactando negativamente a qualidade de vida de pessoas por todo o globo, sem solução definitiva e apelando para tratamentos nada funcionais para estes casos, como botox e lidocaína⁶⁻⁸.

Porém, recentemente pode haver sido dado um passo interessante na direção do esclarecimento das etiologias das dores pélvicas crônicas, incluindo as sexuais. Foi publicada uma nova classificação etiológica e funcional destas dores, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS), sugerindo que as dores genitais têm sempre dois tipos de comprometimentos funcionais causadores da dor em si: dores pélvicas (s620) por causas musculares (s7402) ou Tipo 1, e dores pélvicas (s620) por causas conectivas (s7403) ou Tipo 2⁷. De acordo com esta classificação, toda dor pélvica está diretamente relacionada a um ou ambos os tipos (muscular/conectiva), podendo assim ser diagnosticada de acordo com o padrão da dor em si, em um dos dois tipos. Se esta classificação estiver correta, técnicas específicas voltadas ao tratamento de problemas musculares (contraturas) ou técnicas para a liberação de tecidos conectivos (fibroses e aderências) devem resolver a dor. Urgem, portanto, estudos desenvolvendo e testando técnicas adaptadas da Fisioterapia Ortopédica e da Fisioterapia Dermatofuncional para músculos, mucosas, fâscias e ligamentos da região pélvica e seu assoalho^{7,9}.

Desde 2012 um conjunto específico de técnicas de Liberação Miofascial vêm sendo lentamente moldado, adaptando técnicas da Fisioterapia Dermatofuncional originalmente desenvolvidas para o tratamento de fibroses e aderências dos tecidos conectivos, para os tecidos da pelve interna e do assoalho pélvico. Após exatos dez anos de desenvolvimento, o objetivo do presente

estudo foi testar a eficácia e a eficiência de dois conjuntos inédito de técnicas de liberação miofascial manual na cura da dor pélvica e sexual de origem muscular e de origem conectiva.

MÉTODO

. Trata-se de estudo experimental longitudinal do tipo coorte, onde 117 mulheres com dor genital (antigos vaginismo, vulvodínia, dispareunia, anismo, etc) foram tratadas por técnicas de liberação miofascial em Fisioterapia Pélvica desenvolvidas especificamente para dores genitais. O diagnóstico clínico de dor genital foi estabelecido sintomaticamente, por meio da queixa de dor na região genital, associada ou não à dor durante o ato sexual (queixa principal). O diagnóstico cinesiológico-funcional foi efetuado por meio da Classificação Etiológica-Funcional para Dores Genitais Femininas, Masculinas e Infantis⁹, utilizando-se para tanto o padrão ou tipo da dor, sendo então classificada como *dor tipo 1 ou muscular* ou *dor tipo 2 ou conectiva*.

Foram selecionados por conveniência nove consultórios de Fisioterapia Pélvica nas cidades de Ribeirão Preto/SP, Salvador/BA, Santo Ângelo/RS, Sarandi/PR, Picos/PI, Porto Alegre/RS, Tubarão/SC, todos consultórios privados de fisioterapeutas pélvicas com formação tanto na avaliação da dor pélvica com a nova Classificação Etiológico-Funcional, quanto no tratamento desta dor a partir de técnicas de liberação miofascial específicas para o tratamento das dores pélvicas musculares (dores tipo 1, técnicas musculares) e para as dores pélvicas conectivas (dores tipo 2, técnicas conectivas). A amostra foi composta por qualquer paciente que comparecesse a qualquer um destes consultórios, no período compreendido entre 01 de outubro de 2022 a 30 de novembro de 2022, com queixa de dor genital e que aceitasse participar do estudo. Foram incluídos aqueles que preencheram o Termo de Consentimento, e excluídas gestantes ou pacientes que não aderissem (faltas). O projeto contendo os procedimentos adotados no presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unileão, sob o parecer CAAE nº 54925222.6.0000.5048.

Durante a primeira sessão foi efetuado o diagnóstico do tipo ou qualidade da dor genital (tipo 1, muscular ou tipo 2, conectiva)⁷, bem como quantificada a severidade da dor com auxílio da Escala Visual Analógica de dor¹⁰ (EVA). Na busca de dores musculares (tipo 1), foi realizado um mapeamento minucioso em busca de pontos-gatilhos em qualquer um dos grupamentos musculares componentes do assoalho pélvico, de acordo com o protocolo de *Anatomia 3D dos Músculos Assoalho Pélvico*, disponibilizada na [Ficha de Avaliação](#) gratuita, cuja versão 43 foi utilizada para este estudo. O local de

cada ponto-gatilho, caracterizado por dor específica (agulha), foi marcado no mapa do respectivo músculo, bem como anotada no mesmo ponto do mapa a severidade da dor de acordo com a EVA¹⁰.

Já para o diagnóstico cinesiológico-funcional de dores conectivas (tipo 2) foi realizada uma palpação minuciosa guiada pelos relatos da paciente em busca dos locais de dor, desde a região vestibular até porções profundas da cavidade pélvica, como o anel pericervical uterino e a zona do ligamento largo⁹. Na região do vestíbulo vulvar, coberto por submucosa, o diagnóstico dos locais precisos onde existem fibroses conectivas é facilitado pelo fato da submucosa ser um tecido parcialmente transparente, exibindo a fibrose conectiva em tons mais esbranquiçados, mostrando circulação sanguínea local reduzida em comparação ao tecido saudável, de circulação local normal e, portanto, mais rosado. O diagnóstico funcional de dor conectiva foi fechado por meio da tração do tecido em cada ponto de suspeita de possível fibrose, sendo considerado positivo caso a dor específica do estiramento de proprioceptores conectivos (beliscão, rasgar) fosse relatada pela paciente.

Ainda na primeira sessão o tratamento foi iniciado, lançando mão do respectivo conjunto de técnicas de liberação miofascial específico para cada um dos tipos de dor. O protocolo de liberação miofascial para dores pélvicas musculares (tipo 1), ou *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva*, consistiu em um tripé de técnicas, sendo 1) desativação de pontos-gatilhos; 2) terapia manual de massagem e 3) alongamentos manuais progressivos. Todas as técnicas foram realizadas progressivamente. Já o protocolo de liberação miofascial para dores pélvicas conectivas (tipo 2), ou *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, consistiu em seis manobras de liberação em ordem crescente de agressividade: 1) Miniestiramentos Cutâneo-Fasciais Progressivos; 2) Descolamentos Conectivos Circulares; 3) Descolamentos Conectivos Transversais; 4) Descolamentos Conectivos em Cisalhamento; 5) Descolamentos Conectivos por Minirrolamento e 6) Estiramentos Miofasciais Progressivos. Todas as técnicas foram realizadas dentro do limiar de dor suportável, e de forma controlada e crescente. O número de sessões foi definido por autonomia da fisioterapeuta pélvica, até que a menor dor possível e melhoria funcional (sobre as atividades de vida diária, AVDs, incluindo o ato sexual) fosse alcançada.

A efetividade dos protocolos na cura da dor foi avaliada com a Escala Visual Analógica (EVA)¹⁰, sendo considerada cura o relato de dor grau 0 (ausência completa de dor) durante os testes clínicos e relatada durante o ato sexual. A eficiência dos protocolos foi avaliada pelo número de sessões necessárias para alcançar dor zero na EVA e nas AVDs, incluindo atividade sexual.

RESULTADOS

Um total de 117 pacientes, todas mulheres, média etária 33 ± 7 anos, aceitou participar do estudo. Destas, 30 (25,6%) apresentaram dor genital do tipo 1 (muscular), 30 (25,6%) dor genital do tipo 2 (conectiva) e 57 (48,7%) apresentaram ambas. A tabela 1 mostra os escores de dor inicial e final e o número de sessões necessárias para obtenção de dor zero nos testes clínicos e AVDs.

Tabela 1: Escores de dor pela Escala Visual Analógica antes e depois do tratamento.

| Paciente | TIPO | EVA 1 | EVA 2 | Nº SESSÕES | Paciente | TIPO | EVA 1 | EVA 2 | Nº SESSÕES |
|----------|------|-------|-------|------------|----------|------|-------|-------|------------|
| 1 | 1 | 7 | 0 | 2 | 46 | 3 | 9 | 0 | 3 |
| 2 | 2 | 8 | 0 | 2 | 47 | 3 | 10 | 0 | 4 |
| 3 | 2 | 7 | 0 | 1 | 48 | 1 | 7 | 0 | 2 |
| 4 | 1 | 9 | 0 | 2 | 49 | 3 | 7 | 0 | 2 |
| 5 | 1 | 10 | 0 | 3 | 50 | 3 | 8 | 0 | 1 |
| 6 | 2 | 7 | 0 | 2 | 51 | 3 | 10 | 0 | 2 |
| 7 | 1 | 7 | 0 | 1 | 52 | 3 | 6 | 0 | 3 |
| 8 | 1 | 8 | 0 | 1 | 53 | 2 | 5 | 0 | 1 |
| 9 | 2 | 10 | 0 | 1 | 54 | 3 | 10 | 0 | 7 |
| 10 | 2 | 7 | 0 | 1 | 55 | 1 | 7 | 0 | 2 |
| 11 | 2 | 10 | 0 | 4 | 56 | 3 | 8 | 0 | 4 |
| 12 | 2 | 8 | 0 | 2 | 57 | 1 | 5 | 0 | 2 |
| 13 | 1 | 8 | 0 | 2 | 58 | 3 | 8 | 0 | 2 |
| 14 | 2 | 7 | 0 | 1 | 59 | 1 | 7 | 0 | 3 |
| 15 | 2 | 8 | 0 | 2 | 60 | 3 | 10 | 0 | 4 |
| 16 | 2 | 9 | 0 | 2 | 61 | 3 | 7 | 0 | 3 |
| 17 | 2 | 9 | 0 | 2 | 62 | 2 | 10 | 0 | 5 |
| 18 | 2 | 10 | 0 | 3 | 63 | 2 | 10 | 0 | 8 |
| 19 | 1 | 7 | 0 | 2 | 64 | 3 | 6 | 0 | 4 |
| 20 | 2 | 8 | 0 | 2 | 65 | 1 | 6 | 0 | 6 |
| 21 | 2 | 7 | 0 | 1 | 66 | 3 | 10 | 0 | 8 |
| 22 | 1 | 9 | 0 | 2 | 67 | 1 | 6 | 0 | 8 |
| 23 | 3 | 10 | 0 | 10 | 68 | 2 | 10 | 0 | 4 |
| 24 | 1 | 8 | 0 | 9 | 69 | 3 | 10 | 0 | 10 |
| 25 | 3 | 9 | 0 | 7 | 70 | 3 | 10 | 0 | 3 |
| 26 | 1 | 7 | 0 | 6 | 71 | 3 | 10 | 0 | 6 |
| 27 | 1 | 8 | 0 | 6 | 72 | 3 | 7 | 0 | 7 |
| 28 | 3 | 9 | 0 | 8 | 73 | 2 | 10 | 0 | 5 |
| 29 | 2 | 8 | 0 | 7 | 74 | 2 | 10 | 0 | 4 |
| 30 | 3 | 10 | 0 | 7 | 75 | 1 | 4 | 0 | 2 |
| 31 | 3 | 6 | 0 | 4 | 76 | 3 | 10 | 0 | 6 |
| 32 | 1 | 8 | 0 | 6 | 77 | 3 | 8 | 0 | 6 |
| 33 | 3 | 10 | 0 | 8 | 78 | 3 | 8 | 0 | 5 |
| 34 | 3 | 8 | 0 | 7 | 79 | 3 | 10 | 0 | 6 |
| 35 | 1 | 9 | 0 | 4 | 80 | 3 | 7 | 0 | 3 |
| 36 | 3 | 7 | 0 | 5 | 81 | 3 | 4 | 0 | 4 |
| 37 | 3 | 10 | 0 | 7 | 82 | 2 | 8 | 0 | 7 |
| 38 | 2 | 7 | 0 | 6 | 83 | 2 | 10 | 0 | 7 |
| 39 | 2 | 9 | 0 | 9 | 84 | 2 | 9 | 0 | 5 |
| 40 | 1 | 8 | 0 | 2 | 85 | 3 | 5 | 0 | 7 |
| 41 | 3 | 10 | 0 | 2 | 86 | 2 | 6 | 0 | 7 |
| 42 | 3 | 10 | 0 | 6 | 87 | 1 | 8 | 0 | 5 |
| 43 | 3 | 10 | 0 | 6 | 88 | 3 | 8 | 0 | 7 |
| 44 | 2 | 7 | 0 | 2 | 89 | 3 | 8 | 0 | 6 |
| 45 | 3 | 9 | 0 | 3 | 90 | 3 | 6 | 0 | 6 |

Tabela 1 (cont): Escores de dor pela Escala Visual Analógica antes e depois do tratamento.

| Paciente | TIPO | EVA 1 | EVA 2 | Nº SESSÕES | Paciente | TIPO | EVA 1 | EVA 2 | Nº SESSÕES |
|----------|------|-------|-------|------------|----------|------|-------|-------|------------|
| 91 | 3 | 5 | 0 | 5 | 105 | 1 | 8 | 0 | 7 |
| 92 | 2 | 7 | 0 | 6 | 106 | 3 | 9 | 0 | 8 |
| 93 | 1 | 10 | 0 | 8 | 107 | 3 | 10 | 0 | 8 |
| 94 | 1 | 6 | 0 | 7 | 108 | 1 | 8 | 0 | 4 |
| 95 | 3 | 10 | 0 | 9 | 109 | 1 | 6 | 0 | 5 |
| 96 | 3 | 5 | 0 | 5 | 110 | 3 | 8 | 0 | 2 |
| 97 | 2 | 7 | 0 | 2 | 111 | 3 | 5 | 0 | 5 |
| 98 | 3 | 10 | 0 | 7 | 112 | 3 | 6 | 0 | 4 |
| 99 | 3 | 7 | 0 | 3 | 113 | 3 | 9 | 0 | 3 |
| 100 | 1 | 6 | 0 | 4 | 114 | 1 | 7 | 0 | 6 |
| 101 | 1 | 9 | 0 | 5 | 115 | 3 | 8 | 0 | 7 |
| 102 | 3 | 8 | 0 | 3 | 116 | 3 | 10 | 0 | 3 |
| 103 | 3 | 4 | 0 | 2 | 117 | 3 | 6 | 0 | 5 |
| 104 | 3 | 7 | 0 | 5 | | | | | |

EVA 1: severidade da dor antes do tratamento de acordo com a Escala Visual Analógica¹⁰, sendo '10' para dor máxima e '0' para ausência de dor; **EVA 2:** severidade da dor ao final do tratamento. **TIPO:** tipo da dor; 1 dor muscular, 2 dor conectiva, 3 dor muscular e conectiva associadas; **Nº SESSÕES:** número de sessões definida pela fisioterapeuta pélvica para a alta do tratamento.

Mulheres com dor tipo 1 (muscular) necessitaram uma média de $4,1 \pm 2$ sessões até estarem livres da dor, enquanto mulheres com disfunção conectiva (tipo 2) necessitaram uma média de $3,7 \pm 2$ sessões para o mesmo fim. Já mulheres com ambas as dores (tipo 1 associado ao tipo 2) necessitaram uma média de $5,1 \pm 2$ sessões.

Tanto o *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva* (para dores tipo 1) quando *As Seis Manobras de Liberação Miofascial Conectiva* (para dores tipo 2) foram eficazes em eliminar a dor, tanto durante os testes clínicos irritativos quanto durante as AVDs, inclusive a atividade sexual. Os dois protocolos foram considerados eficientes por permitirem a cura da dor destas mulheres em uma média de $4,5 \pm 2$ sessões, e um máximo de 10 sessões. Nenhuma das 117 voluntárias abandonou o tratamento ou faltou às sessões.

DISCUSSÃO

A dor genital, particularmente sob o rótulo de “dor sexual feminina”, é talvez um dos temas mais antigos a serem discutidos nas ciências da saúde. A disfunção da penetração, grosseiramente conhecida ainda como “vaginismo”, remonta ao final do século XIX, quando o médico norte-americano James Sims inventou o termo “Síndrome do Vaginismo”, caracterizada por hipersensibilidade vaginal e espasmo muscular local¹¹. Atualmente, a classificação de certos tipos de dor “sexual” em vaginismo e dispareunia é absurda do ponto de vista funcional, além de patriarcalista e misógina, devendo,

portanto, ser imediatamente abandonada⁷. O tratamento consistiu durante décadas em técnicas fisioterapêuticas pouco eficientes¹², além de – acreditem – botox¹³.

Já a dor conectiva da região vestibular, ainda rudemente conhecida como “vulvodínia”, “vestibulite vulvar” ou “síndrome da vulva em queimação”, tem registros que remontam à papiros do século I, no antigo Egito, reaparecendo na literatura médica no final do século XIX com a descrição de pacientes com extrema sensibilidade do aporte nervoso das membranas mucosas de algumas partes da vulva. O termo “Síndrome da Vulva em Queimação” foi adotado em 1976 pela Sociedade Internacional para Doenças Vulvares (ISSVD), termo substituído por “Vulvodínia” no congresso de 2003 da mesma sociedade¹⁴. O tratamento, durante décadas, consistiu em cirurgia de amputação vestibular¹⁵ e uso local de lidocaína¹⁶.

Assim, durante séculos, as dores genitais fustigaram centenas de milhares de pessoas em todo o mundo – com destaque para as mulheres, com pouca esperança de tratamento realmente eficazes. Talvez a maior dificuldade para encontrar soluções efetivas esteve na falha em descobrir a real etiologia destas dores. Todavia, hoje já sabemos que a maioria das dores genitais têm origem em contraturas e/ou aderências musculares e/ou conectiva e, quando não causadas diretamente por estas contraturas/aderências, têm nelas a principal causa de dor⁷. Por exemplo, em casos de endometriose, onde a etiologia do problema está na implantação de colônias alienígena de células endometriais, há evidências clínicas de que a principal causa da dor em si são as contraturas causadas pelos hematomas relativos à estas colônias⁹ e, deste modo, a liberação miofascial, apesar de não resolver o problema da endometriose em si, resolve o problema da dor desta mulher, ao menos para aquele mês. Um paliativo que pode ser interessante para as pacientes em si, considerando o caráter lancinante da dor e o fato de a outra opção terapêutica ser cirúrgica. Mais estudos se fazem necessários para elucidar o poder da Fisioterapia Pélvica no tratamento das dores provocadas pela endometriose.

Mostramos recentemente que a maioria absoluta (85%) dos pacientes que buscam consultórios de Fisioterapia Pélvica, por qualquer queixa – dor ou não – apresenta assoalhos pélvicos hiperativos¹⁷. Por outro lado, as prevalências de dor genital são elevadas, acometendo em uma em cada três mulheres com idades por volta dos 30 anos de idade⁶, mais da metade das jovens por volta de 20 anos de idade¹⁸ e um em cada sete homens¹⁹. O cruzamento destes dois dados poderia permitir a inferência de que a hiperatividade do assoalho pélvico é encontrada em um espectro de severidade,

que vai desde a mais leve possível e assintomática até a mais severa possível, impedindo por exemplo a penetração ou, em graus ainda mais severos, sequer o contato com a região. De fato, quotidianamente a fisioterapeuta pélvica encontra em seu consultório pacientes com queixas relacionadas à assoalhos pélvicos hiperativos, em diferentes severidades, exigindo assim mais ou menos sessões para a solução desta hiperatividade – e com ela o epílogo da dor, queixa principal associada a esta hiperatividade. Isto foi verdade para todas as pacientes com dores musculares (tipo 1 isolada) tratadas neste estudo, cuja média de sessões para alta com dor zero (durante os testes clínicos, AVDs e atividade sexual) foi de $4,1 \pm 2$ sessões, demonstrando assim a eficácia do *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva* no tratamento deste tipo de dor genital.

Já as dores conectivas isoladas estiveram presentes em uma em cada quatro das mulheres da amostra, boa parte delas encaminhada por médico com diagnóstico de “vulvodínia”. Para estas foram necessárias uma média de $3,7 \pm 2$ sessões para a solução completa da dor, demonstrando a eficácia do *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, proposto para este tipo de dor genital. Observamos que a maioria das mulheres com dores conectivas (48,7 %) apresentou também dores musculares, mas a recíproca não foi verdadeira para as mulheres com dores musculares: apenas uma em cada quatro apresentou unicamente dor muscular, sem qualquer sinal de dor conectiva associada. Esta interessante observação pode ser devida ao fato de qualquer dor em si vai provocar resposta miotátil de contração muscular e, para os casos de dor crônica, esta contração manter-se-ia cronicamente, de modo a manter o respectivo músculo em posição de contração por tempo suficiente para provocar isquemia, pontos-gatilhos e posteriormente encurtamentos. Novos estudos sobre a gênese de contraturas reativas a fibroses conectivas podem se fazer úteis na elucidação desta interessante questão.

Pode-se concluir que a *Nova Classificação Funcional das Dores Genitais*⁷ foi eficiente e precisa no diagnóstico funcional do tipo de dor causadora do sofrimento das 117 mulheres com dor genital, independentemente da origem etiológica, que recorreram a qualquer um dos oito consultórios nos meses de estudo e aceitaram participar do presente. Como podemos aprender na série televisiva “*House M.D.*”, ou no Brasil, “*Dr. House*” (Fox Broadcasting Company, 2004-2012), um tratamento eficaz e eficiente vai depender certamente de um diagnóstico preciso. Neste aspecto, a *Nova Classificação Funcional* permitiu um diagnóstico preciso, uma vez que guiou à escolha do tratamento apropriado que, em poucas sessões (média 4,5 sessões), permitiu a cura do problema.

Tanto o *Protocolo de Liberação Miofascial Intracavitária Progressiva*, para dores musculares (tipo 1) quanto o *Protocolo das Seis Manobras Miofasciais Conectivas*, para dores conectivas (tipo 2) foram tanto eficazes quanto eficientes na cura da dor pélvica crônica, independentemente da origem desta, em no máximo dez sessões, para mulheres cujo espectro etário variou da faixa dos 20 até os 70 anos de idade (18 anos a 68 anos na amostra). É importante também ressaltar a aderência dos protocolos, que foi de 100%, uma vez que nenhuma das 117 voluntárias abandonou o tratamento antes de sua conclusão. A aderência ao tratamento é, hoje, talvez o maior desafio da Fisioterapia Pélvica, e protocolos mais eficientes são fundamentais²⁰⁻²².

Novos estudos para mulheres com dor pélvica crônica dos extratos etários mais elevados se fazem necessários, assim como estudos das mesmas técnicas em homens para que, quem sabe, finalmente a dor pélvica crônica encontre seu epílogo, sendo curada na maioria dos casos, ou então controlada para aqueles onde causas anatômicas – como a endometriose – ainda exercem um papel cruel sobre a qualidade de vida de um incontável número de mulheres. Ao que tudo indica, é na ponta dos dedos das mãos de cada fisioterapeuta pélvica que reside a cura desta condição desumana, que tem assolado a humanidade desde os tempos mais primórdios, mas que finalmente parece ter os dias contados.

CONCLUSÃO

Dores pélvicas que levam pacientes à consultórios de Fisioterapia Pélvica são ancoradas principalmente em contraturas dos músculos do assoalho pélvico e/ou em aderências dos tecidos conectivos da pelve e seu assoalho. A *Nova Classificação Funcional das Dores Genitais* permite um diagnóstico cinesiológico-funcional preciso das causas musculares e/ou conectivas de diversos tipos de dores genitais, permitindo, por esta razão, a escolha de tratamentos específicos voltados para cada um dos tipos de dor.

Para mulheres até os 68 anos, os protocolos sugeridos tanto para o tratamento de dores musculares quando conectivas foram eficazes na cura da dor em um máximo de 10 sessões, demonstrando definitivamente que o tratamento de dores genitais tem cura em poucos dias, por meio das mãos de fisioterapeutas pélvicas capacitadas no tratamento deste tipo de dor. Urgem estudos das mesmas técnicas em homens e em mulheres acima dos 70 anos de idade.

AGRADECIMENTOS

Novamente se faz orgulhosamente necessário exaltar o capricho e empenho de 10 fisioterapeutas pélvicas, apaixonadas por sua profissão e pela prática baseada na evidência, que disponibilizaram o bem mais precioso de cada um de nós, mortais – o tempo – para a construção deste estudo. Parabéns, time! Não só por darem robustez ao corpo amostral do presente, mas principalmente por tornarem realidade aquilo que é o mais importante para nós fisioterapeutas: levar a cura; por terem zerado a dor de mais de uma centena de mulheres, cujas vidas, para sempre, foram totalmente redesenhadas, agora livres daquela agonia cruel, pelas hábeis mãos, carinho e capricho de cada uma de vocês. Que honra para este simples autor, poder se considerar colega de vocês. Mais uma vez, meninas, hoje nós fizemos história: novamente, a #familiadafisioterapiapelvica agradece toda a dedicação e profissionalismo da #familiaintensivao. Produzir ciência é produzir saúde, e torná-la acessível a toda a população.

REFERÊNCIAS

1. Beck, J. G. (1993). Vaginismus. in W. O'Donohue & J. H. Geer (Eds.), Handbook of sexual dysfunctions: Assessment and treatment (pp. 381–397). Allyn & Bacon.
2. Tomen A, Fracaro G, Nunes ECF, Latorre GFS. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 24(3):121-130, set/dez, 2015.
3. Latorre GFS, Manfredini CCM, Demterco PS, Barreto VMNF, Nunes EFC. A fisioterapia pélvica no tratamento da vulvodínia: revisão sistemática. Femina. 2015;43(6)257-264
4. Latorre GFS, Bilck PA, Cardoso FL, Sperandio FF. Validade e confiabilidade de uma versão on-line do Female Sexual Function Index por teste e reteste. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2013;35(10)469-474. ISSN 0100-7203.
5. Antônio JZ, Silva A, Costa PPB, Jung D, Pereira CF, Nunes EFC, Latorre GFS. Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. Fisioter Bras 2016;17(6):544-550.
6. Latorre GFS, Bobsin E, Kist LT, Nunes EFC. Validação da escala curta de avaliação funcional do desejo sexual feminino. Rev Pesqui Fisioter. 2020;10(1). doi: 10.17267/2238-2704rpf.v10i1.2724
7. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
8. Pereira ARR, Dantas DS, Torres VB, et al. Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. Fisioter. Pesqui. 24 (1) - Mar 2017. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>

9. Latorre GFS, Gil NA, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. Rev Bras Fisiot Pelvica (2022) 2(1)4-15.
10. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Reneman M, Posthumus JB, Stewart RE: Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. Int J Rehabil Res 2008;31:165-169.
11. Cryle P. Vaginismus: A Franco-American Story. J Hist of Med and Allied Sciences 2012;67(1)71-93. Published By: Oxford University Press.
12. Reissing ED, Armstrong HL, Allen C. Pelvic floor physical therapy for lifelong vaginismus: a retrospective chart review and interview study. J Sex Marital Ther. 2013;39(4):306-20. doi: 10.1080/0092623X.2012.697535. Epub 2013 Mar 7.
13. Pacik PT. Vaginismus: review of current concepts and treatment using botox injections, bupivacaine injections, and progressive dilation with the patient under anesthesia. Aesthetic Plast Surg. 2011 Dec;35(6):1160-4. Epub 2011 May 10.
14. Harlow BL, Khander M, Stewart EG, et al. in Goldman M, Troisi R, Rexrode K. Women & Health: Chapter 24 – Vulvodynia. Cambridge: Academic Press, 2ed. 2013, Pages 359-369.
15. Baggish MS. Surgery for Vulvar Vestibulitis Syndrome (Vulvodynia) in Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery, Elsevier 2021.
16. Kim R, Kelly KL, Olson M, Nickel JC. Early experience with topical meloxicam and lidocaine combination for the treatment of vulvodynia. Can Urol Assoc J. 2018 Aug;12(8):252-255. doi: 10.5489/cuaj.4976. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29629863; PMCID: PMC6114160.
17. Latorre GFS, Rohenkohl SD, Vianna FH, et al. (Quase) todos os assoalhos pélvicos são hiperativos: a inversão do mais antigo paradigma da Fisioterapia Pélvica. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(2)63-70.
18. Cerentini TM, La Rosa VC, Goulart CL, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack AC. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women – a cross-sectional study. Sex Relationship Ther. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1748592>.
19. Smith CP. Male chronic pelvic pain: An update. Indian J Urol. 2016 Jan-Mar;32(1):34-9. doi: 10.4103/0970-1591.173105. PMID: 26941492; PMCID: PMC4756547.
20. Dumoulin C, Hay-Smith J, Frawley H, et al. Consensus statement on improving pelvic floor muscle training adherence: international continence society 2011 state-of-the-science seminar. Neurourol Urodyn. 2015;34:600–605.
21. McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, et al. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training-2011 ICS state-of-the-science seminar research paper I of IV. Neurourol Urodyn. 2015;34:606–614.
22. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, et al. Scoping review of adherence promotion theories in pelvic floor muscle training—2011 ICS stateof-the-science seminar research paper I of IV. Neurourol Urodyn. 2015;34:606–614.