

(Todas?) as dores genitopélvicas são miofasciais e técnicas de liberação miofascial zeram a dor em poucas sessões



Gustavo F. Sutter Latorre², Alessandra Ayala², Isabella Cardona da Mota Bittencourt³, Bárbara Martins Parise⁴, Giovanna Gabriela Stingham da Silva⁵, Priscila Moura e Silva⁶, Josiane Lopes⁷ e Vanessa Gonçalves Michel⁸

RESUMO

Panorama: As dores genitopélvicas (DGs) acometem bilhões de mulheres, mas até hoje não há consenso sobre o melhor tratamento. **Objetivo:** Descrever a eficácia de um protocolo de liberação miofascial no tratamento de todo tipo de DGs. **Método:** Cinco consultórios e clínicas de fisioterapia pélvica de abordagem latorreana enviaram dados retroativos de todas as pacientes tratadas por dor de 2022 ao presente, sem exclusões. O protocolo foi considerado eficiente quando a paciente teve alta clínica com dor zero pela EVA após o atendimento. **Resultados:** Foram reunidos dados de 290 pacientes com média etária $35,8 \pm 13$ que chegaram sob os mais diversos diagnósticos de dor, destas 22 (7%) apresentou dor do tipo muscular, 65 (22%) dor conectiva, 206 (71%) muscular e conectiva. A dor foi referida como zero após uma média de $7,8 \pm 4$ sessões. O tratamento produziu dor zero para 100% da amostra. **Conclusão:** As DGs são problemas cinesiológico-funcionais de causas musculares e/ou conectivas, cujo tratamento a partir de liberação miofascial específica regride por completo a dor em poucas sessões.

ABSTRACT

Background: Genitopelvic pain (GP) affects billions of women, but this date there is no consensus on the best treatment. **Aim:** To describe the effectiveness of a myofascial release protocol in the treatment of all types of GD. **Method:** Five Latorrean pelvic physiotherapy offices and clinics sent retroactive data on all patients treated for pain from 2022 to the present, without exclusions. The protocol was considered effective when the patient was discharged with zero pain according to the VAS after treatment. **Results:** Data were collected from 290 patients with a mean age of 35.8 ± 13 who arrived with the most diverse pain diagnoses; of these, 22 (7%) presented muscular pain, 65 (22%) connective pain, and 206 (71%) muscular and connective pain. Pain was reported as zero after an average of 7.8 ± 4 sessions. The treatment produced zero pain for 100% of the sample. **Conclusion:** GDs are kinesiological-functional problems caused by muscular and/or connective tissue lesion, whose treatment through specific myofascial release techniques fully revert the pain (to zero) in a few sessions.

Submissão: 30/05/2025

Aceite: 06/06/2025

Publicação: 30/06/2025

¹ Doutor em Medicina, Fisioterapeuta Pélvico. Portal Perineo.net, Florianópolis, SC, Brasil. gustavo@perineo.net

² Fisioterapeuta Pélvica, Gustavo Latorre Educação Continuada, Florianópolis, SC, Brasil.

³ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre, RS, Brasil. isabellacardonadamoto@hotmail.com

⁴ Fisioterapeuta Pélvica, Tubarão, SC, Brasil. barbaramparise@gmail.com

⁵ Fisioterapeuta Pélvica, Primavera do Leste, MT, Brasil. fisiogiovannagabriela@gmail.com

⁶ Fisioterapeuta Pélvica, Picos, PI, Brasil. primoura00@gmail.com

⁷ Fisioterapeuta Pélvica, Doutora em Ciências da Saúde, UNICENTRO, Guarapuava, PR, Brasil. josianelopes@yahoo.com.br

⁸ Fisioterapeuta Pélvica, Porto Alegre, RS, Brasil. vmichel6321@gmail.com

INTRODUÇÃO

A dor genitopélvica é uma condição altamente prevalente¹, embora subestimada. A prática clínica da fisioterapia pélvica sugere que virtualmente toda mulher, quando propriamente avaliada, apresenta algum tipo de comprometimento miofascial passível de causar dor – afirmação sustentada pelo fato de 85% das pessoas apresentarem um assoalho pélvico que pode ser diagnosticado como hiperativo², fator causalmente correlacionado à dor genitopélvica¹⁻³. Todavia, a literatura ainda carece de um levantamento suficientemente rigoroso para que a real prevalência desta condição seja conhecida.

Tal cenário expõe que a tradicional negligência por parte das ciências da saúde a respeito da dor genitopélvica, particularmente a feminina, ainda segue ativa, mesmo findado o primeiro quarto do século XXI: seguimos vergonhosamente arrastando adiante tabus arraigados numa rede cultural hereditária, ainda infectada por escaras patriarcais a respeito da sexualidade feminina e do usufruto do prazer sexual, especialmente pela mulher¹.

Termos particularmente execráveis como vulvodínia e vaginismo, muito pior do que simplesmente defectivos do ponto de vista técnico⁴⁻⁶, são broncos e também perniciosos, haja visto o fato de gerarem traumas mensuráveis – embora totalmente desnecessários – em mulheres⁷. Mesmo assim, estes e outros termos considerados estigmatizantes⁷ ainda seguem sendo utilizados com frequência tanto na literatura acadêmica, quanto na técnica e até mesmo na popular (mídias sociais⁸).

Por outro lado, recentemente foi demonstrado que as dores genitopélvicas em geral são causadas simplesmente por disfunções miofasciais¹, que podem ser de ordem muscular ou conectiva^{1,5}. Estas dores, independentemente da origem, podem ser regredidas em sua totalidade por técnicas específicas de liberação miofascial, o que valeu para 100% das 117 pessoas tratadas em um estudo recente¹. Demonstramos também que as mesmas técnicas regrediram totalmente a dor genitopélvica de todas as 102 mulheres diagnosticadas com endometriose, indicando, sob robusta evidência, que tal patofisiologia também está equivocada, sendo as disfunções – incluindo a dor – também puramente de origem miofascial, e facilmente tratadas por técnicas de liberação miofascial específicas, na singela média de $4,7 \pm 2$ sessões. O mesmo, ao que parece, vale para mulheres com síndrome dos ovários policísticos: um total de apenas quatro sessões foi capaz de zerar a dor e regredir todos os sintomas de ao menos um caso estudado¹⁰.

Apesar de vivermos na era da informação, informação, como fica cada vez mais fácil de perceber, não é, nem nunca foi sinônimo de sabedoria¹¹. Nunca houve tanta informação disponível para as pessoas e, mesmo assim, a humanidade parece estar caminhando a passos largos para a própria extinção¹². Entender algo é uma escolha pessoal. Escolher uma verdade espinhenta, em detrimento de uma agradável mentira, não é, nem nunca foi, o padrão de processamento mental padrão do Homo sapiens¹¹⁻¹³.

Talvez as pessoas simplesmente prefiram levemente proteger suas crenças favoritas ao invés de encararem a prática baseada na evidência. Ou talvez a quantidade exagerada de informação dificulte a inferência da realidade. Mas seja qual for o motivo, tratamentos para a dor genitopélvica de pouco ou nenhum resultado, como o laser, seguem sendo largamente utilizados e encorajados, mesmo na ausência de evidência que comprove sua eficácia¹⁴. Ainda pior que isso, o uso da toxina botulínica no tratamento da dor genitopélvica segue sendo uma infeliz realidade na vida de uma infinidade de mulheres¹⁵, em especial as brasileiras¹⁶, o que consiste em nocivo paradoxo já que, sabe-se, atualmente a evidência (com base na metanálise de todos os ensaios controlados sobre o tema) não sustenta o uso do botox no tratamento da dor relacionada ao assoalho pélvico¹⁷.

Ante este cenário desolador, o objetivo do presente estudo é apresentar os resultados do tratamento das mais diversas dores genitopélvicas, por meio do uso exclusivo de técnicas puramente manuais de manobras de liberação miofascial realizadas por fisioterapeutas pélvicas especializadas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo multicêntrico, longitudinal do tipo coorte, de análise *post hoc*, efetuado a partir de dados anônimos advindos de bancos de dados de clínicas e consultórios de fisioterapia pélvica de cinco cidades: Porto Alegre (RS), Tubarão (SC), Primavera do Leste (MT), Picos (PI) e Guarapuava (PR). Participaram, por adesão espontânea ao chamado aberto nas redes sociais desta Escola, seis clínicas de fisioterapia pélvica de abordagem Latorreana, que se voluntariaram à cessão de dados anônimos de pacientes tratadas por dor genitopélvica de janeiro de 2024 a maio de 2025, pacientes que chegaram com queixa de qualquer tipo de dor na região pélvica, incluindo aquelas “diagnosticadas” com endometriose, síndrome dos ovários policísticos, síndrome da bexiga dolorosa e dores sexuais sob as mais diversas e obsoletas alcunhas. Noutros termos, os dados anônimos de

todas as pacientes que chegaram com dor e foram tratadas, e que constavam nos bancos de dados destas clínicas, compuseram a amostra deste estudo, sem qualquer tipo de exclusão, independentemente do desfecho. Da forma como foi desenhado, este tipo de estudo dispensa avaliação por comitê de ética, de acordo com o inciso V do parágrafo único do artigo primeiro da Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

As responsáveis técnicas enviaram tabelada a idade, tipo de dor (muscular ou conectiva)⁶ e o número de sessões para erradicação desta dor, sendo considerada erradicada a dor referida como zero na Escala Visual Analógica (EVA)¹⁸ no momento da alta. Nenhuma paciente foi excluída da análise estatística. Estatística descritiva foi utilizada para a apresentação e discussão destas variáveis.

RESULTADOS

No período do estudo foram atendidas um total de 290 mulheres com média etária $35,8 \pm 13$ anos (mínima de 18 anos e máxima de 73 anos). A dor genitopélvica mais rara foi aquela causada exclusivamente pela contratura de componentes musculares (tipo 1; 22 casos, 7%), seguida da dor causada exclusivamente por aderências conectivas (tipo 2; 65 casos, 22%), sendo mais prevalentes as dores causadas por ambos os componentes (tipos 1 e 2 associados; 206 casos, 71%). Todas as 290 pacientes receberam alta do tratamento por apresentarem dor zero na EVA, após uma média de $7,8 \pm 4$ (mínima de uma sessão e máxima 28 sessões). Um total de 68 pacientes (23,4%) necessitou mais do que nove sessões (duas semanas de tratamento contínuo) para a regressão completa da dor. Nenhuma paciente deixou qualquer uma das clínicas (alta) com qualquer intensidade dor diferente de zero.

DISCUSSÃO

A patofisiologia da dor genitopélvica pode ser resumida em apenas duas etiologias, ambas de origem cinesiológico-funcional: dores de origem muscular e dores de origem conectiva. Este paradigma, cujas bases racionais está previamente documentado⁶, está sustentado sobre forte evidência empírica, uma vez que mais de 400 mulheres avaliadas sob tal classificação receberam um diagnóstico causal preciso, uma vez que a partir deste todas elas foram tratadas com total eficácia

(regressão total dos sintomas dolorosos). Convém ressaltar que nenhuma paciente do estudo prévio¹ nem do presente foi excluída da análise estatística, ou seja, não deixou de ser computada nenhuma paciente que chegou aos consultórios participantes com queixa de dor. Todas as 407 que chegaram com queixa de dor foram tratadas, nenhuma abandonou o tratamento e todas receberam alta após apresentarem dor zero na EVA¹⁸ após uma média de poucas sessões. Desde dores conectivas vulvares comuns, regredidas em duas ou três sessões, até os casos considerados mais graves, como pacientes previamente diagnosticadas com endometriose, inclusive operadas previamente sem que os sintomas aliviassem, e pacientes vitimadas por câncer e tratadas por radioterapia, muitas delas sofrendo com dores por mais de 20 anos. E todas elas deixaram os consultórios com dor zero. A chance de coincidência de melhora espontânea exatamente após o tratamento para 407 pessoas é de uma chance em um bilhão novecentos e setenta e seis sextilhões: o mesmo que ganhar 20 vezes seguidas na megasena.

Quando iniciamos nossos estudos a respeito da dor genitopélvica feminina, em 2006, pouco ou quase nada se fazia pelas bilhões de mulheres que sofriam com a condição. Vinte anos depois demonstramos que a origem destas dores é cinesiológico-funcional e, portanto, passível de tratamento por meio de fisioterapia⁶; descobrimos que existem apenas dois tipos de dores genitopélvicas do ponto de vista etiológico^{1,6}; desenvolvemos, implementamos e aprimoramos durante quase duas décadas um conjunto diversificado de manobras de liberação miofascial tanto para as dores genitopélvicas de origem muscular quanto para as dores genitopélvicas de origem conectiva^{1,2,9,19-23} e que o tratamento para estas dores é eficiente e eficaz quando realizado única e exclusivamente por técnicas específicas de liberação miofascial quando realizadas por fisioterapeutas pélvicas habilitadas¹, dados corroborados pela robusta evidência empírica do presente estudo.

“Vaginismo”, termo pernicioso que estigmatiza a mulher quando utilizado por profissionais de saúde⁷, não é, nem nunca foi, “*um transtorno psicossomático clássico, em que a fobia à penetração vaginal frequentemente decorre de ignorância sexual, experiências traumáticas anteriores ou ortodoxia religiosa*”²⁴. Este tipo de afirmação medieval não se sustenta, uma vez que mulheres com dor à penetração podem ser tratadas com sucesso por manobras de liberação miofascial, demonstrando que a dificuldade ou impossibilidade de penetração também nestes casos acontece simplesmente por conta de contraturas dos músculos pubovaginal e puboperineal²⁵ que formam a entrada funcional do canal vaginal. No presente estudo, dezenas de mulheres com impossibilidade de

penetração por conta de dor foram tratadas unicamente por manobras de liberação miofascial e todas tiveram alta com dor zero – e a função da penetração completamente reabilitada.

Também não se sustenta a ideia de que a impossibilidade de penetração seja causada por traumas relacionados a sexualidade. Muitas pessoas passaram por violência sexual e conseguem ter penetração e, por definição, definições devem ser universais. Os comprometimentos emocionais de mulheres com problemas na penetração são compreensíveis e bem documentados^{26,27}, mas não se pode afirmar que os problemas emocionais causaram o problema físico (contraturas). De fato, a associação negativa ao estímulo sexual parece restrita ao nível deliberado e não ao automático²⁸, portanto, se há umnexo causal entre a contratura do assoalho pélvico e os problemas emocionais observados nestas mulheres, esta causa reside nas contraturas em si: a hiperatividade e hipertonia dos músculos do assoalho pélvico são a causa dos problemas emocionais, e não o contrário. Isto foi verdade ao menos para todas as 68 voluntárias estudadas por Melles e cols. (2013), onde nem sequer uma delas apresentou resposta automática ao estímulo sexual, o que exemplificaria ao menos um caso no qual o problema emocional causou o problema físico. Para uma amostra relativamente pequena, de 68 pessoas, não é prudente que se extrapole as conclusões para toda a população. Mas é incontestável que a evidência, mesmo assim, aponte vivamente para a conclusão acima. Corroborando, as dezenas de pacientes com impossibilidade de penetração tratadas no presente estudo, todas, tiveram a dor e a impossibilidade de penetração totalmente regredidas por liberação miofascial, o que comprova que, ao menos para estes casos, a causa de todo o problema era física, sendo os comprometimentos emocionais secundários. Novos e definitivos estudos neste sentido são desejáveis, mas é fato que ‘vaginismo, a dor psicossomática que impede a penetração’ nunca passou de diagnóstico malfeito. Vaginismo não existe.

Também, é ligeiramente deprimente que, completando o primeiro quarto do século XXI, ainda esbarremos com a desastrosa e deselegante tentativa de diferenciar em duas condições de saúde quem consegue ter penetração com dor de quem não consegue de tanta dor. Apesar da obviedade de que se trata da mesma condição, conforme previamente descrito⁶, e insistentemente corroborado pela evidência científica^{4,5,29,30}, estes termos confusos seguem em uso e estigmatizando as pacientes⁷: há quem siga usando o hediondo termo “mulher vagínica” para se referir à estas pacientes³¹ numa, no mínimo, falta colossal de sensibilidade. Vaginismo e dispareunia são termos tecnicamente falhos, linguisticamente feios e socialmente estigmatizantes, que devem simplesmente

ser abandonados de uma vez por todas. A quem ainda insiste no contrário, a dica é: supere.

Já “vulvodínia” (bem como a desgrenhada filha mais nova, vestibulodínia) nunca foram de origem “*multifatorial, psicológica, neuropática e sexual*”³². Nunca sequer se tratou de uma “dor sexual”, já que boa parte das mulheres “diagnosticadas” (leia-se: que receberam um nome em grego para sua dor) apresenta dor em outras atividades de vida diária como sentar, vestir-se, banhar-se, etc. Sua patofisiologia consiste simplesmente de um problema cinesiológico-funcional causado por aderências nos tecidos conectivos das fâscias que compõem a região vulvar, particularmente a região vestibular (entre os lábios internos)⁶, sendo o paradigma acima sustentado empiricamente pelo fato de duas centenas de mulheres com aqueles sintomas terem sido tratadas com absoluto sucesso (regressão total da dor para grau zero na EVA), incluindo mais de uma centena delas que chegou com diagnóstico médico de vulvodínia. A ‘dor multifatorial e neuropática e incurável, com a qual a mulher deve aprender a conviver pelo resto da vida’ nunca passou de diagnóstico malfeito. Vulvodínia não existe.

Ainda, demonstramos recentemente que 102 mulheres que receberam diagnóstico prévio de endometriose foram tratadas com uma média de 4,7 sessões de liberação miofascial com a Manobra do Ligamento Largo (MLL)¹⁰ recebendo alta com dor zero ao final de poucas sessões⁹. A doença ‘incurável causada por focos de endométrio regurgitados na cavidade abdominal’, responsável por dores que lastimam mais de um bilhão de mulheres pelo mundo, nunca passou de uma disfunção cinesiológico-funcional perfeitamente curável, causada por aderências dos tecidos conectivos profundos da pelve, particularmente das fâscias e ligamentos periuterinos e periovarianos, capazes de serem totalmente revertidas por liberação miofascial como a MLL. Endometriose não existe.

Seguindo, as mesmas aderências conectivas periovarianas responsáveis por dores genitopélvicas profundas (como aquelas desastrosamente “diagnosticadas” como “endometriose”) são também responsáveis pelos sintomas da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), uma vez que o tratamento com quatro sessões a partir da MLL foram suficientes para reverter todos os sintomas de pelo menos um caso¹⁰, incluindo hirsutismo, acne, acantose, queda de cabelo, dificuldade no controle do peso, anovulação, culminando em regularização do ciclo menstrual (de quatro vezes ao ano para um ciclo de 24 dias) e ovulação comprovada, fluxo menstrual normal e aumento dos níveis séricos de estradiol e hormônio luteinizante logo no primeiro mês após a intervenção. Os terríveis efeitos colaterais da SOP, conhecidos no conjunto por hiperandrogenismo, são causados pela

anovulação e consequente impossibilidade de formação do corpo lúteo nos ovários, desequilibrando os demais hormônios, particularmente os sexuais e ocasionando assim a desorganização dos caracteres sexuais femininos e da fertilidade em si^{10,34,35}. Todavia, o conjunto total destes nefastos sintomas é centrado na anovulação, causada, esta sim, por aderências conectivas que podem ser totalmente regredidas por liberação miofascial¹⁰. No presente estudo, dentre as mulheres tratadas por dores conectivas, cerca de duas dezenas apresentavam SOP; para todas elas, pelo menos a dor fora totalmente regredida (dor zero) ao final do tratamento. A patofisiologia da SOP, incluindo seu diagnóstico causal preciso, está prestes a ser confirmada. Neste meio tempo, o tratamento para os milhões e milhões de mulheres acometidas reside, ao que tudo indica, numa singela manobra de liberação miofascial.

CONCLUSÃO

Mais de duas centenas de mulheres foram tratadas para os mais diferentes tipos de dor genitopélvica, incluindo dores profundas, superficiais, que as acometiam durante as mais diversas atividades do dia a dia, incluindo as sexuais. Todas elas, no mínimo de uma sessão e máximo de 28 sessões, tiveram suas dores, mesmo as mais severas, regredidas em sua totalidade, recebendo alta com dor zero pela Escala Visual Analógica. O tratamento proposto, considerando a existência de apenas dois tipos de dor genitopélvica, muscular e/ou conectiva, composto unicamente de protocolos de liberação miofascial específicos para estas dores, não falhou para nenhuma paciente.

A classificação das Dores Genitopélicas nos tipos muscular e/ou conectiva é eficiente e permite diagnósticos funcionais precisos e que guiam tratamento eficazes. Os protocolos de liberação miofascial para tecidos conectivos e/ou musculares utilizados são eficientes na regressão completa da dor (dor zero) em uma média de sete sessões, para todo e qualquer tipo de dor genitopélvica feminina, independentemente de quaisquer comprometimentos associados. As dores genitopélicas são problemas miofasciais, que devem ser tratados com técnicas miofasciais por fisioterapeutas pélvicas especializadas.

REFERÊNCIAS

1. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para dor genital, pélvica crônica e sexual, são eficazes e eficientes (dor zero) em no máximo dez sessões. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)5-15.
2. 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. DOI: 63 10.62115/rbfp.2022.2(2)63-70.
3. Worman RS, Stafford RE, Cowley D, et al. Evidence for increased tone or overactivity of pelvic floor muscles in pelvic health conditions: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2023 Jun;228(6):657-674.e91. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.10.027.
4. Binik YMN, Bergeron S, Khalifé S. (2007). Dyspareunia and vaginismus: So-called sexual pain. In S. R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 124–156). The Guilford Press.
5. Pacheco IOG, Souza NB. Vaginismo: as implicações que influenciam a qualidade de vida sexual da mulher a partir desta disfunção. Revista Científica Online ISSN 1980-6957 v13, n1, 2021. Disponível em: https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/VAGINISMO_as_implicacoes_que_influenciam_a_qualidade_de_vida_sexual_da_mulher_a_partir_destas_disfuncao.pdf
6. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82. DOI: 10.62115/rbfp.2021.1(2)71-82.
7. Ambrogini CC. Significado do termo vaginismo para as mulheres com esta disfunção sexual. 2016. 59 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2016.
8. Ayala A, Duarte SP, Delavequia I, Latorre GFS. Qualidade de informação de Fisioterapia Pélvica no Instagram®. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)50-57. DOI: 10.62115/rbfp.2022.2(3)50-57
9. Latorre GFS, Lopes J, Foschera LR, et al. Manobra do Ligamento Largo tornou assintomática a “endometriose” de mais de uma centena de mulheres. Rev Bras Fisiot Pelvica 2025;5(1)41-52. DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)41-52
10. Lima CBO, Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo reverte sinais e sintomas da SOP - relato de caso. Rev Bras Fisiot Pelvica 2025;5(1)5-18. DOI: 10.62115/rbfp.2025.5(1)5-18
11. Harari YN (2018). 21 lições para o século 21. São Paulo. Companhia das Letras, 432 p.
12. Harari YN (2024). Nexus: A Brief History of Information Networks from the Stone Age to AI. Random House, first U.S. edition, 528 p.
13. Harari YN. (2015). Sapiens: Uma breve história da humanidade. Porto Alegre: L&PM, 464

p.

14. Zipper R, Lamvu G. Vaginal laser therapy for gynecologic conditions: re-examining the controversy and where do we go from here. *J Comp Eff Res.* 2022 Aug;11(11):843-851. DOI: 10.2217/cer-2021-0281. Epub 2022 Jun 21. PMID: 35726603.
15. Namazi G, Chauhan N, Handler S. Myofascial pelvic pain: the forgotten player in chronic pelvic pain. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024 Aug 1;36(4):273-281. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000966. Epub 2024 May 21. PMID: 38837702.
16. Vieira KF, Cé R. Aplicabilidade da toxina botulínica para tratamentos estéticos e não estéticos. *Rev Cient Sophia* (2024)16(1). DOI:10.5281/zenodo.13352003
17. Knapman BL, Li FG, Deans R, Nesbitt-Hawes E, Maheux-Lacroix S, Abbott J. Botulinum Toxin for the Management of Pelvic Floor Tension Myalgia and Persistent Pelvic Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2024 Jan 1;143(1):e7-e17. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005388.
18. Freyd M. The graphic rating scale. *J Educ Psychol* 1923;14:83–102.
19. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorreia primária. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)45-54. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54.
20. Cavalheiro E, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo versus Liberação Miofascial Instrumentalizada na SPM e dismenorreia. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)55-66. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)55-66.
21. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta em mais de 500% a espessura do endométrio: relato de caso. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(3)67-75. DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)67-75.
22. Latorre GFS, Ayala A. Ferramentas de imagem para avaliação e evolução do tratamento de aderências conectivas: estudo piloto. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2023;3(1)5-14.
23. Latorre GFS, Silva PM, Silva FAP, et al. Incontinência urinária causada exclusivamente por hiperatividade do assoalho pélvico. *Rev Bras Fisiot Pelvica* 2024;4(1)32-43. DOI: 10.62115/rbfp.2024.4(1)32-43.
24. Biswas A, Ratnam SS. Vaginismus and outcome of treatment. *Ann Acad Med Singap.* 1995 Sep;24(5):755-8. PMID: 8579326.
25. Kearney R, Sawhney R, DeLancey JO. Levator ani muscle anatomy evaluated by origin-insertion pairs. *Obstet Gynecol.* 2004 Jul;104(1):168-73. doi: 10.1097/01.AOG.0000128906.61529.6b. PMID: 15229017; PMCID: PMC1415268.

26. Tetik S, Yalçinkaya Alkar Ö. Vaginismus, Dyspareunia and Abuse History: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Sex Med.* 2021 Sep;18(9):1555-1570. doi: 10.1016/j.jsxm.2021.07.004. Epub 2021 Aug 6. PMID: 34366265.
27. Turan Ş, Usta Sağlam NG, Bakay H, Gökler ME. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. *J Sex Med.* 2020 Dec;17(12):2434-2445. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.08.018. Epub 2020 Sep 25. PMID: 32981852.
28. Melles RJ, ter Kuile MM, Dewitte M, van Lankveld JJ, Brauer M, de Jong PJ. Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong vaginismus before and after therapist-aided exposure treatment. *J Sex Med.* 2014 Mar;11(3):786-99. doi: 10.1111/jsm.12360. Epub 2013 Oct 25.
29. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond).* 2010 Sep;6(5):705-19. doi: 10.2217/whe.10.46. PMID: 20887170.
30. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, et al. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. *Arch Sex Behav.* 2015 Aug;44(6):1537-50. doi: 10.1007/s10508-014-0430-z. Epub 2014 Nov 15. PMID: 25398588.
31. Real MF (2005). O PARCEIRO SEXUAL DA MULHER VAGÍNICA. *Revista Brasileira De Sexualidade Humana*, 16(1). <https://doi.org/10.35919/rbsh.v16i1.481>
32. Ben-Aroya Z, Edwards L. Vulvodynia. *Semin Cutan Med Surg.* 2015 Dec;34(4):192-8. doi: 10.12788/j.sder.2015.0181. PMID: 26650698.
33. 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.
34. Almhoud H, Alatassi L, Baddoura M, et al. Polycystic ovary syndrome and its multidimensional impacts on women's mental health: A narrative review. *Medicine (Baltimore).* 2024 Jun 21;103(25):e38647. doi: 10.1097/MD.00000000000038647. PMID: 38905372; PMCID: PMC11191963.
35. Stańczak NA, Grywalska E, Dudzińska E. The latest reports and treatment methods on polycystic ovary syndrome. *Ann Med.* 2024 Dec;56(1):2357737. doi: 10.1080/07853890.2024.2357737. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965663; PMCID: PMC11229724.