

Nova Classificação Etiológica e Funcional para as Dores Genitais Femininas, Masculinas e Infantis



Gustavo F. Sutter Latorre¹

RESUMO

Submissão: 05/10/2021

Aceite: 01/12/2021

Publicação: 02/12/2021

Panorama: As atuais classificações de dores genitais estão obsoletas ou não fazem sentido do ponto de vista funcional para a fisioterapia pélvica, e devem ser revisadas. **Objetivo:** propor uma nova classificação etiológica e funcional que sirva para avaliação das dores genitais por fisioterapeutas pélvicas, guiando tratamento com técnicas objetivas e específicas para cada tipo de dor. **Método:** revisão de literatura das bases Pubmed, Scielo, LILACS e PEDro de artigos sobre dores crônicas e dores genitopélvicas. Revisão da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) por verbetes que permitam a classificação de dores genitais de modo funcional. **Resultados:** Existem dores miofasciais do tipo muscular e do tipo conectivo, ambas podendo ser diagnosticadas pela fisioterapeuta pélvica e tratadas de modo específico e eficaz, contudo novos estudos destas técnicas se fazem urgentes. **Conclusão:** Foi possível classificar as dores genitais em dois grupos independente de idade e/ou gênero, sendo tipo 1 dores musculares e tipo 2 dores conectivas, ambas apresentando tratamento específicos.

ABSTRACT

Background: Current classifications of genital pain are obsolete or makes no functional sense for pelvic physiotherapy, and should be seriously revised. **Aims:** to propose a new etiological and functional classification that can be used to assess genital pain by pelvic physiotherapists, guiding treatment with objective and specific techniques for each type of pain. **Method:** review from Pubmed, Scielo, LILACS and PEDro databases for paper on chronic pain and genitopelvic pain. Review of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for entries that allow the functional classification of genital pain. **Results:** There are muscle-type and connective-type myofascial pain, both of which can be diagnosed by the pelvic physiotherapist and treated in a specific and effective way, however further studies of these techniques are urgently needed. **Conclusion:** It was possible to classify genital pain into two groups regardless of age and/or gender, being type 1 muscle pain and type 2 connecting pain, both with specific treatment.

INTRODUÇÃO

Desde os tempos mais primórdios a humanidade vive uma relação de, poder-se-ia dizer, amor e ódio com a dor. Fisiologicamente ela é fundamental, apontando quando nossos corpos são agredidos de alguma forma, interna ou externamente, tornando-nos conscientes da agressão e possibilitando reação, seja um reflexo para afastar rapidamente do mal externo, seja uma resposta inflamatória para combater um invasor. Já do ponto de vista patológico, o mecanismo de dor pode, às vezes, extrapolar seu papel protetor exagerar na resposta, desde produzindo uma sensação exacerbada, acima do necessário, até a terrível cronificação – ou manutenção da dor de modo contínuo e por longa data.

De fato, a dor crônica é hoje responsável pelo sofrimento de cerca de um quarto da humanidade, impactando negativamente sobre as atividades diárias e a saúde como um todo¹. É definida pela Associação Internacional para Estudos da Dor como uma experiência desagradável, sensorial ou emocional, associada com danos teciduais reais ou potenciais, ou descritos de acordo com estes danos². Mais especificamente, a dor pélvica crônica, dentre as quais têm destaque as dores genitais, ainda descritas na literatura pelos nomes de vaginismo, vulvodínia, dispareunia e outros³, são hoje tema de discussão acalorada tanto na esfera científica quanto nas mídias sociais.

Interessantemente, até o presente parece não haver consenso quanto a uma classificação universal das dores genitais⁴ e, da mesma forma, a capacidade dos profissionais de diferentes áreas da saúde entrar em acordo sobre o diagnóstico de uma ou outra dor genital também segue tema inconcluso⁵.

Mesmo assim, atualmente a fisioterapia pélvica vem emergindo como tratamento eficiente, eficaz e por vezes até mesmo excelente no tratamento das dores genitais femininas⁶⁻⁹. Todavia, as classificações vigentes para dores genitais (CID-10 e DSM-V) não fazem sentido do ponto de vista cinesiológico-funcional⁴. Por exemplo, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) traz duas possíveis dores genitais, classificadas como duas doenças distintas: dispareunia (CID N94.1 ou F52.6) e vaginismo (N94.2 ou F52.5)¹⁰, onde a diferença entre uma e outra doença residiria no fato de ser a dispareunia uma dor sexual que permite penetração, ainda que dolorosa, enquanto no vaginismo a dor seria suficiente para impedir a penetração. Ambos seriam dores, uma impedindo a penetração, outra não. Todavia, é comum que pacientes tratadas por vaginismo evoluam, durante o tratamento, por uma fase na qual a dor já

diminuiu e a penetração já se faz possível, ainda que sob alguma dor⁸. Curiosamente, a doença vaginismo (CID-10 N94.2) é transformada em outra doença, a dispareunia (CID-10 N94.1) durante o tratamento. Ou, noutros termos, em meados do tratamento de fisioterapia pélvica, a fisioterapeuta troca a doença da paciente por outra.

Obviamente a observação acima é absurda do ponto de vista técnico, porém as observações descritas são realidade do ponto de vista prático, ao serem comuns no consultório de fisioterapeutas pélvicas que tratam eficazmente a dor de pacientes com impossibilidade de penetração – ou, como prefere a CID-10, vaginismo.

Talvez dispareunia e vaginismo, tais e quais descritas pela CID-10 sejam, na verdade, a mesma condição de saúde em graus diferentes de severidade. De fato, parece lógico que uma paciente, portadora de uma dor genital suficiente para impedir a penetração, quando tratada de modo que essa dor diminua progressivamente, mas que siga tentando a penetração durante o desenrolar deste tratamento, venha a experimentar uma penetração ainda com algum resquício de dor, demonstrando que a condição está melhorando, mas ainda não curada. Na mesma direção, mas noutro sentido, também parece lógico que uma portadora de dor genital que a moleste durante a penetração, e que venha por qualquer motivo apresentar uma piora progressiva deste quadro álgico, venha culminar enfim em dor tamanha que acabe impedindo a penetração.

Mas se vaginismo e dispareunia são a mesma condição de saúde, qual seria o traço patofisiológico em comum entre estas duas condições? Haveria uma etiologia em comum para ambas, que permitisse assim uma classificação etiológica e funcional das duas em uma mesma categoria? Esta intrigante questão é uma das diretrizes da presente revisão.

Não menos interessante era a classificação de dores genitais do já obsoleto Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de 1994, cujos termos (vaginismo, dispareunia, vulvodínia ou vestibulodínia), curiosamente, seguem ainda hoje largamente utilizados na literatura. A surpresa reside no fato de que a DSM-IV foi substituída em 2014 por sua quinta versão, a DSM-V, cuja traz apenas uma categoria no tocante às dores genitais, chamada “Transtornos de Dor Genitopélvica ou da Penetração”¹¹, categoria que engloba todo tipo de dor genital, e no qual não constam os antigos nomes (vaginismo, dispareunia, vulvodínia ou vestibulodínia) que, portanto, foram tecnicamente sepultados com a extinta DSM-IV.

Contudo, não deixa de ser interessante que os termos vulvodínia e vestibulodínia, ainda hoje largamente utilizados inclusive na literatura científica a respeito das dores genitais femininas, também não façam sentido do ponto de vista técnico e prático. Acontece que, semelhante ao descrito para os termos vaginismo e dispareunia, a dor vulvar crônica ou vulvodínia era definida como uma dor em queimação, com sinais inflamatórios, mas sem sinais de infecção, que se estenderia pela região vulvar. A diferença entre esta e a vestibulodínia seria apenas geográfica: a vestibulodínia seria a mesma dor, porém restrita ao vestíbulo – espaço compreendido entre os pequenos lábios^{12,13}. Entretanto a fisioterapia pélvica é tratamento eficiente na redução e até mesmo solução das dores tanto da vulvodínia quando da vestibulodínia^{3,7,9} e, raciocínio semelhante ao apresenta a propósito de vaginismo e dispareunia, uma mulher com dor e inflamação na região vulvar durante o tratamento fisioterapêutico irá passar por uma fase onde o perímetro da dor é diminuído, restando apenas dentro dos pequenos lábios, transformando, também aqui, vulvodínia em vestibulodínia durante a evolução do tratamento⁴. Obviamente, também aqui trata-se de uma mesma condição de saúde, manifestada em níveis diferentes e intercambiáveis de severidade.

Se vulvodínia, vestibulodínia, clitoridínia, himendínia e qualquer outra destas variáveis, também são na verdade a mesma condição de saúde, haveria algum traço etiológico e funcional que permitisse a classificação de todos na mesma categoria? Esta pergunta é a segunda diretriz do presente estudo.

Não obstante, muito embora pareça que a literatura científica se preocupe quase que exclusivamente com a dor genital feminina, também a dor genital masculina acomete boa parte dos homens, muito embora não haja estudos de prevalência disponíveis¹⁴.

Faz-se, portanto, mister uma nova classificação que satisfaça as necessidades técnicas do profissional de fisioterapia pélvica no tocante ao classificar as dores genitais, tanto de pacientes femininas como pacientes masculinos, de modo a guiar de modo mais objetivo e prático a avaliação, evolução e tratamento das dores genitais. A proposta desta nova classificação é, por fim, o objetivo principal da presente revisão.

MÉTODO

Revisão integrativa de literatura a partir de buscas nas bases de dados Pubmed, Scielo, LILACS e PEDro, objetivando estudos sobre dores musculares e/ou conectivas, a partir das palavras-

chave dor, pontos-gatilhos, miofascial e suas combinações, incluindo artigos em inglês, espanhol e português. A classificação de dores genitais será realizada a partir dos códigos de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)¹⁵.

RESULTADOS

A base de dados Pubmed retornou 137 artigos, dos quais 8 puderam ser incluídos. As bases PEDro e Scielo não retornaram artigos úteis, e a base LILCAS retornou 108 artigos, dos quais filtrados pelos critérios de inclusão e excluindo-se os repetidos finalizaram em 6 artigos. Para classificação das dores genitais de acordo com a CIF foram identificados os seguintes códigos:

s620 “assoalho pélvico”, onde o segundo qualificador (tipo do problema) ao utilizar o valor **7** significa “alteração morfofuncional dos tecidos”;

s7402 “músculos da região pélvica”, que pode ser utilizado para tratar de problemas na musculatura daquela região;

s7403 “ligamentos e fâscias da região pélvica”, que pode ser utilizado para tratar de problemas dos tecidos conectivos daquela região.

A partir destes dados a nova classificação etiológica e funcional das dores genitais pôde ser construída da seguinte forma:

DOR GENITAL TIPO 1: DORES GENITAIS DE ORIGEM MUSCULAR

s620_7_ Assoalho pélvico. O primeiro qualificador (primeiro *underline*), de 1 a 4, indica a severidade da disfunção sobre o assoalho pélvico em si; o segundo qualificador (7) indica alteração morfofuncional dos tecidos deste assoalho pélvico; e o terceiro qualificador (segundo *underline*) indica o local principal do problema neste assoalho pélvico (1 direita, 2 esquerda, 3 bilateral, 4 anterior, 5 posterior, 6 proximal, 7 distal).

s7402_7 Estrutura muscular. O primeiro qualificador (*underline*) indica a severidade do problema muscular (de 1 a 4), e o segundo qualificador (7) alteração morfofuncional dos tecidos (como uma contratura ou ponto-gatilho, por exemplo).

DOR GENITAL TIPO 2: DOR GENITAL DE ORIGEM CONECTIVA

S620_7_ Assoalho pélvico. O primeiro qualificador (primeiro *underline*), de 1 a 4, indica a severidade da disfunção sobre o assoalho pélvico em si; o segundo qualificador (7) indica alteração morfofuncional dos tecidos deste assoalho pélvico; e o terceiro qualificador (segundo *underline*) indica o local principal do problema neste assoalho pélvico (1 direita, 2 esquerda, 3 bilateral, 4 anterior, 5 posterior, 6 proximal, 7 distal).

s7403_7 Ligamentos ou fâscias. O primeiro qualificador (*underline*) indica a severidade do problema muscular (de 1 a 4), e o segundo qualificador (7) alteração morfofuncional dos tecidos (como uma fibrose de tecido conectivo, por exemplo).

DISCUSSÃO

Por muito tempo as dores genitais foram divididas, sem muito sucesso técnico e prático, sob nomes como vaginismo, dispareunia, vulvodínia, etc. Todavia, o conhecimento científico atual permite estudar mais de perto cada uma dessas condições, sob nova luz, como faremos nos parágrafos a seguir.

Vaginismo

Tome, cara leitora, alguns segundos de seu tempo para refletir sobre palavra “vaginismo” em si. Que modo horrendo de rotular um ser humano que sofre com um problema sexual, não? Interessantemente, o tal “vaginismo” é, talvez, a disfunção sexual cujos registros na literatura remontam ser os mais antigos da história da humanidade, desde 1861, quando o termo foi cunhado pelo médico norte-americano James Sims. Mas talvez essa “preocupação” com o vaginismo não tenha sido exatamente pelos melhores motivos – o sofrimento feminino, no caso – mas sim uma preocupação mais patriarcal, focada no fato de que uma mulher com tal problema não pode ser penetrada e, portanto, não serviria como boa “mercadoria matrimonial”. Prova deste tenebroso argumento pode ser o fato de que, durante séculos, a legislação de muitos países, bem como as normas do próprio Vaticano, permitem a anulação do casamento com base na “não consumação do matrimônio”, i.e., a impossibilidade de consumação de uma penetração eficiente da vagina. Certamente esse argumento merece longa e – oxalá – definitiva discussão que, no entanto, foge do escopo do presente ensaio.

Do ponto de vista prático, a principal característica do vaginismo é a impossibilidade de penetração, seja de um pênis, absorvente interno, o dedo ou o que quer que seja^{5,11}. Por outro lado, sabe-se hoje, de longa data, que essa impossibilidade de penetração é causada por uma hiperatividade dos músculos do assoalho pélvico^{5,8,17,18}. Considerando que os músculos do assoalho pélvico podem ser divididos em três grupamentos funcionais, os músculos superficiais do assoalho pélvico (bulbocavernosos, isquiocavernosos, transversos perineais e esfíncter anal externo), esfíncter interno (compressor da uretra, esfíncter uretral estriado e esfíncter uretrovaginal) e levantadores do ânus (puboviscerais, puborretal e iliococcígeos)¹⁹, e que os músculos superficiais do assoalho não possuem suficiente torque ou força para impedir uma penetração²⁰, certamente o grupamento que produz este sinal de “fechamento” vaginal, impossibilitando a penetração, são os poderosos levantadores do ânus. De fato, os tratamentos, tanto médico²¹⁻²³ quanto fisioterapêutico^{8,18,24} são voltados aos levantadores do ânus e apresentam resultados positivos.

O tratamento médico é hoje realizado a partir de toxina botulínica²¹⁻²³, enquanto o fisioterapêutico a partir de liberação miofascial específica, treinamento específico do assoalho pélvico e técnicas cognitivo-comportamentais específicas^{8,18,24}. Além de não apresentar efeitos colaterais e não ser baseado na destruição de unidades motoras que poderiam ser recuperadas⁴, a fisioterapia pélvica apresenta resultado superior ao tratamento com toxina botulínica tanto nos quesitos práticos (a capacidade de penetração em si) quanto nos funcionais (a função sexual da mulher)⁸. Deste modo, hoje, seguindo os três princípios hipocráticos (primum non nocere; secundum cavere; tertium sanare)²⁵, a terapia a partir de toxina botulínica deve ser abandonada e imediatamente substituída pela fisioterapia pélvica.

Pelo fato de ser causada, conforme exposto, por uma disfunção muscular do tipo contratura ou espasmo^{5,8,18,24}, esta condição de saúde pode ser classificada dentro das DORES GENITAIS TIPO 1 ou dores musculares, dentro da nova classificação funcional originalmente aqui proposta.

Dispareunia

Conforme previamente discutido, o termo dispareunia, tanto pela CID-10 quanto pela extinta DSM-IV significava qualquer tipo de dor sexual. Por si só é um termo confuso, já que existem diversos outros tipos de dor sexual, fato que deveria ser suficiente para seu abandono. Também conforme

discutido, o termo confunde-se, do ponto de vista técnico, com o termo vaginismo, uma vez que são a mesma disfunção em graus diferentes de severidade, conforme demonstramos na introdução deste ensaio. É um termo obsoleto e pouco preciso dos pontos de vista prático, técnico e funcional, não restando motivos, portanto, para que o termo continue vigente. Assim, sugerimos sua simples retirada da literatura futura.

Ainda, do ponto de vista da nova classificação funcional, o tratamento fisioterapêutico deve objetivar um diagnóstico que aponte se o problema é muscular (tratamento baseado em liberação miofascial muscular) ou se é conectivo (tratamento baseado em liberação de fibroses conectivas)⁴ e, portanto, o termo “dispareunia” não auxilia nesta classificação.

Vulvodínia, vestibulodínia e outras

Talvez a mais fantasmagórica das dores genitais, conhecida como a sensação de ardência na região vulvar, com sinais infamatórios como se houvesse uma infecção importante, mas, no fim, sem infecção alguma^{3,7}. Durante muito ninguém soube ao certo o que causaria tal dor, muito embora atualmente a disfunção por hiperatividade das fâscias e outros tecidos conectivos venha explicando de forma satisfatória o problema^{3,4,9}.

De fato, hoje sabe-se que fâscias e tecidos conectivos em geral são ricamente inervados, apresentando capacidade de contração e relaxamento e, portanto, possibilidade de travamento na posição de contração^{26,27} – o que conhecemos tecnicamente como contratura. Os tecidos conectivos, que compreendem o maior órgão ou sistema – e talvez o mais inteligente – de todo o corpo humano, é responsável pela propriocepção – ou a percepção da posição das partes corporais no espaço^{26,27}. Todavia, nos casos de degeneração especialmente dos componentes hialurônicos das fâscias, os sinais sensoriais que deveriam simplesmente informar propriocepção acabam, durante o dia a dia, enviando sinais amplificadas e molestos, que conhecemos no fim como “dor miofascial”²⁷.

Ante o exposto, é possível inferir que as dores miofasciais não compreenderiam apenas contraturas musculares e pontos-gatilhos musculares, mas também contraturas de fâscias, mas não dos músculos em si. De fato, evidências clínicas apontam que tratamentos voltados especificamente à liberação de fâscias e outros tecidos conectivos, especialmente subcutâneos, têm surtido efeito

importante no tratamento e até mesmo cura de dores miofasciais especialmente na região vulvar⁴. Estudos clínicos testando definitivamente estas técnicas se fazem urgentes.

A extinta DSM-IV trazia a divisão de dores vulvares crônicas em vulvodínia (dor em toda a região vulvar) e vestibulodínia (mesmo padrão de dor, embora restrito ao vestíbulo vulvar, espaço compreendido entre os lábios menores)¹². Boa parte dos pacientes tratados pelas fisioterapeutas pélvicas teriam, portanto vestibulodínia, pelo fato de apresentarem dor restrita ao espaço dos lábios menores. Curiosamente parece haver uma tendência a classificar todas estas pacientes como vulvodínia, o que estaria errado inclusive pelo conceito da própria antiga classificação que trazia os termos vulvodínia e vestibulodínia – termo, por exemplo, quase ausente das mídias sociais hoje.

Ao que parece, vulvodínia, vestibulodínia e outras dores perineais superficiais, como aquelas ao redor do clitóris, ao redor do ânus ou do hímen, são o mesmo problema: uma espécie de fibrose conectiva, que pode inclusive ser visualizada como uma área esbranquiçada e bem delimitada quando em região de submucosa ou mucosa, passível de liberação e diminuição instantânea da dor⁴. Como supracitado, estes fenômenos carecem de maior estudo e, se confirmados, permitem que todas estas dores sejam classificadas dentro do novo conceito de DORES GENITAIS TIPO 2 ou dores conectivas, dentro da nova classificação funcional.

In conclusio, a nova classificação funcional e etiológica das dores genitais permite classificar de maneira funcional e prática para que a fisioterapeuta pélvica possa identificar se uma dor genital é de origem muscular (contraturas e/ou pontos-gatilhos) e, assim, guiar um tratamento específico, baseado em liberação miofascial específica para contraturas musculares e pontos gatilhos⁴, de uma dor genital causada por fibroses fasciais, cujo padrão de dor é bastante diferente ao padrão de dor muscular, uma vez que a dor de fibrose é mais aguda, descrita pelas pacientes como “dor em agulhada ou beliscão”^{9,28}, além do fato destas fibroses serem visíveis quando em região de submucosa, como é o caso da região vestibular, permitindo assim que o tratamento seja realizado a partir de liberações miofasciais específicas para fâscias e tecidos conectivos subcutâneos, adaptadas de manobras dermatofuncionais e com resultado instantâneo tanto quanto à diminuição da dor quanto na visualização da diminuição ou solução de áreas de fibrose visível⁴.

Ainda, a nova classificação etiológica e funcional das dores genitais permite, pelo fato de classificar as dores em musculares (tipo 1) ou conectivas (tipo 2), a classificação de dores masculinas

e/ou pediátricas, uma vez todos estes grupos apresentam músculos e tecidos conectivos passíveis de contratura e dor.

CONCLUSÃO

A classificação de dores genitais pela CID-10 não faz sentido do ponto de vista técnico e funcional à fisioterapia pélvica. A DSM-IV, que continha os termos vulvodínia e vestibulodínia foi substituída pela DSM-V, que não contém tais termos, de modo que estes não existem mais na literatura científica e devem imediatamente serem abandonados.

As dores genitais são eminentemente de origem miofascial, e podem ser classificadas em dois grupos: dores musculares e dores conectivas. Há evidências clínicas de que tratamentos baseados nesta classificação apresentam resultados importantes, todavia são urgentes ensaios clínicos testando tais técnicas.

Ante o exposto foi possível propor uma nova classificação etiológica e funcional das dores genitais a partir destes dois grupos, de modo a propor tratamentos específicos e objetivos para quando os problemas são de origem muscular, em comparação a outras técnicas objetivas para quando os problemas são eminentemente conectivos. Uma classificação não exclui a outra, de modo que um(a) mesmo(a) paciente pode apresentar uma combinação de problemas musculares e conectivos, e assim receber os dois tratamentos. A nova classificação funcional é independente de gênero ou idade, tal e qual é a classificação de dores genitopélvicas pela moderna DSM-V, podendo ser, portanto, aplicada em mulheres, homens e crianças.

REFERÊNCIAS

1. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015;126:167-83. PMID: 26330672; PMCID: PMC4530716.
2. Merskey H, Bogduk N. *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*, 2nd Edition. Seattle, Washington: International Association for the Study of Pain (IASP) Press; 1994.
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 G. Liberação manual instrumentalizada em fisioterapia pélvica: uma revolução no tratamento da dor genital. Anais do 1º Congresso UROPELVIC, julho de 2020. <https://hotmart.com/product/congresso-on-line-de-fisioterapia-pelvica-uro-pelvic/Q29770458X>
5. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav.* 2004 Feb;33(1):5-17.
6. Araújo CO, Silva JL, Reis MA, Latorre GFS. Sexualidade e parto: dor sexual em puérperas. *Rev Bras Fisiot Pelvica* (2021) 1(1)99-107.
7. Bergeron S, Reed BD, Wesselmann U, Bohm-Starke N. Vulvodynia. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Apr 30;6(1):36. doi: 10.1038/s41572-020-0164-2. PMID: 32355269.
8. Yaraghi M, Ghazizadeh S, Mohammadi F, et al. Comparing the effectiveness of functional electrical stimulation via sexual cognitive/behavioral therapy of pelvic floor muscles versus local injection of botulinum toxin on the sexual functioning of patients with primary vaginismus: a randomized clinical trial. *Int Urogynecol J.* 2019 Nov;30(11):1821-1828. doi: 10.1007/s00192-018-3836-7. Epub 2018 Dec 1. PMID: 30506183.
9. Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, et al. Randomized controlled trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight topical lidocaine in women suffering from provoked vestibulodynia. 40th IUGA 2015 Nice France. 26(1): S47-S49.
10. Wells RHC, Bay-Nielsen H, Braun R, Israel RA, Laurenti R, Maguin P, Taylor E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 2011.
11. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
12. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-IV.
13. Weijmar Schultz W, Basson R, Binik Y, Eschenbach D, Wesselmann U, Van Lankveld J. Women's sexual pain and its management. *J Sex Med.* 2005 May;2(3):301-16. doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20347.x. PMID: 16422861.
14. Pereira R, Oliveira C, Nobre P. Fatores psicossociais na dor sexual masculina. Universidade do Porto 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Raquel-Pereira-8/publication/282156135_Fatores_Psicossociais_na_Dor_Sexual_Masculina_O_papel_da_catastrofizacao_e_dos_pensamentos_automaticos_durante_a_atividade_sexual/links/5605728108ae5e8e3f3253af/Fatores-Psicossociais-na-Dor-Sexual-Masculina-O-papel-da-catastrofizacao-e-dos-pensamentos-automaticos-durante-a-atividade-sexual.pdf
15. [WHO] World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; Geneva, 2001.
16. Palma PCR. Urofisioterapia Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico. 2 ed., São Paulo, 2014.
17. Shafik A, El-Sibal O. Study of the pelvic floor muscles invaginismus: a concept of pathogenesis.

European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology. v.105, n.1, p.67-70, outubro de 2002.

18. 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.
19. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. Functional anatomy of the female pelvic floor. Ann N Y Acad Sci. 2007 Apr;1101:266-96. Epub 2007 Apr 7.
20. Latorre GFS, Seleme M. Reflexões sobre a cinesiologia da musculatura estriada do assoalho pélvico. In: Ferreira, CHJ. Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011. 392 p.
21. 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.
22. Pacik PT, Geletta S. Vaginismus Treatment: Clinical Trials Follow Up 241 Patients. Sex Med. 2017 Jun;5(2):e114-e123. doi: 10.1016/j.esxm.2017.02.002. Epub 2017 Mar 28. PMID: 28363809; PMCID: PMC5440634.
23. Karp BI, Tandon H, Vigil D, Stratton P. Methodological approaches to botulinum toxin for the treatment of chronic pelvic pain, vaginismus, and vulvar pain disorders. Int Urogynecol J. 2019 Jul;30(7):1071-1081. doi: 10.1007/s00192-018-3831-z. Epub 2019 Jan 7. PMID: 30617506.
24. Schafascheck E, Roedel APL, Nunes EFC, Latorre GFS. Fisioterapia no vaginismo: estudo de caso. Rev Inspirar Mov & Saúde 2020 abr-jun;20(2):1-10.
25. Uhl W. "Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare". Zentralbl Chir. 2020 Aug;145(4):340-341. German. doi: 10.1055/a-1205-2455. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32819013.
26. Stecco C, Porzionato A, Lancerotto L, Stecco A, Macchi V, Day JA, De Caro R. Histological study of the deep fasciae of the limbs. J Bodyw Mov Ther. 2008 Jul;12(3):225-30. doi: 10.1016/j.jbmt.2008.04.041. Epub 2008 Jun 13. PMID: 19083678.
27. Stecco C, Stern R, Porzionato A, Macchi V, Masiero S, Stecco A, De Caro R. Hyaluronan within fascia in the etiology of myofascial pain. Surg Radiol Anat. 2011 Dec;33(10):891-6. doi: 10.1007/s00276-011-0876-9. Epub 2011 Oct 2. PMID: 21964857.
28. Reissing ED, Brown C, Lord MJ, Binik YM, Khalifé S. Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2005 Jun;26(2):107-13.