RBFP
ISSN 2763-9738
Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Manobra de liberação miofascial do Ligamento Largo reduz dor e cura sintomas pré-menstruais em mulheres com dismenorreia primária

Aline Aparecida Mufatto[1], Alana Tâmisa Leonel[2]

Submissão: 04/12/2023
Aceite: 18/12/2023
Publicação: 31/12/2023

RESUMO

Panorama: A dismenorreia primária corresponde à dor menstrual que acomete 50% das mulheres, impossibilitando muitas de realizarem suas AVDs. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de uma manobra de liberação miofascial intrapélvica para a região periovariana (Manobra do Ligamento Largo), na diminuição dos sintomas da disminorreia primária. **Método:** Ensaio clínico não controlado com voluntárias que responderam questionários para classificar nível de dor (EVA e McGill) e para triagem dos sintomas pré-menstruais (PSST). **Resultados:** Todas as participantes apresentaram resultados positivos em todas as variáveis, tanto na redução do nível de dor como nos outros sintomas pré-menstruais. **Conclusão:** A Manobra do Ligamento Largo é eficiente na redução dos sintomas associados à dismenorreia primária, reduzindo em mais de 70% a dor e outros sintomas das pacientes, e constituindo-se assim em alternativa não medicamentosa promissora para metade da população mundial que sofre com este problema.

ABSTRACT

Background: Primary dysmenorrhea corresponds to menstrual pain that affects 50% of women, making many unable to perform their ADLs. **Aims:** To evaluate the effects of an intrapelvic myofascial release maneuver for the perovarian region (Broad Ligament Maneuver), in reducing the symptoms of primary dysminorrhea. **Method:** Uncontrolled clinical trial with volunteers who answered questionnaires to classify pain level (VAS and McGill) and to screen premenstrual symptoms (PSST). **Results:** All participants showed positive results in all variables, both in reducing the level of pain and in other premenstrual symptoms. **Conclusion:** The Broad Ligament Maneuver is efficient in reducing symptoms associated with primary dysmenorrhea, reducing patients' pain in more than 70%, and by that constituting a promising non-drug alternative for half of the world's population who suffer from this problem.

[1] Discente de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, PR, Brasil. alineapmufatto@gmail.com
[2] Docente de Fisioterapia do Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, PR, Brasil.

CC BY SA

DOI: 10.62115/rbfp.2023.3(3)45-54

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

INTRODUÇÃO

A dismenorreia primária é caracterizada como um distúrbio ginecológico, o qual apresenta menstruação dolorosa e tem grande índice de prevalência entre as mulheres. Ela é dividida em três níveis, sendo eles: leve, moderado ou grave. Devido aos sintomas sistêmicos como cefaleia, lombalgia, náuseas e vômitos, diarreia, e adinamia, dentre outros, grande parte das mulheres têm suas atividades de vida diária (AVDs) e atividades laborais impactadas, onde o prejuízo no desempenho destas é responsável por graves consequências psicossociais e econômicas para o público alvo[1,2].

Particularmente a dor pré-menstrual surge em até duas semanas antes da menstruação, prosseguindo para um período de no máximo três dias após o início do ciclo menstrual. Vem acompanhada de diversos sintomas como alterações hormonais, físicas e comportamentais. Nesse sentido a dor pré-menstrual é a característica mais presente da dismenorreia primária para a maioria das mulheres, tendo ainda como fatores de risco idade inferior a trinta anos e primeira menstruação (menarca) espontânea antes dos 12 anos[2,3].

Ainda, é possível salientar que a dismenorreia de nível grave tende a diminuir ao longo dos anos em que a mulher permanece mais velha. É importante destacar que existem alguns instrumentos que podem ser utilizados na avaliação da dor, como por exemplo o PSST (ferramenta de triagem dos sintomas pré-menstruais) e a TDPM, bem como a EVA (escala visual analógica de dor) e o questionário de dor de McGill, que avalia dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas[2,3].

Os altos índices dessa patologia na população feminina, grande parte das vezes, levam essas mulheres a se tornarem dependentes de medicamentos. O tratamento medicamentoso desse distúrbio menstrual é feito com drogas anti-inflamatórias não esteroidais (AINES), bem como inibidores das sínteses de prostaglandinas, como contraceptivos hormonais. Nessa perspectiva os anticoncepcionais hormonais são eficazes em média 80% das mulheres, apesar disso é preocupante devido ao risco de trombose venosa profunda, o qual apresenta um índice de porcentagem de 10% (1 para cada 1000 mulheres). Em relação aos anti-inflamatórios não esteroidais, estudos comprovam que o mesmo em períodos longos traz efeitos contralaterais, como dores de cabeça, vômitos e náuseas, acne, perda do apetite, tontura, ocasionando mais malefícios do que benefícios[4,5].

Dentre o tratamento medicamentoso, existem outras intervenções no intuito de reduzir os sintomas o problema. A fisioterapia traz consigo diversos recursos como Pilates, Estimulação Elétrica

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Nervosa Transcutânea, e a terapia manual. Dentre as técnicas de terapia manual em voga, vêm apresentando destaque a liberação miofascial pélvica específica, a qual vem demonstrando que, com base na relação intrínseca entre estrutura e função, é possível reprogramar os tecidos miofasciais, particularmente o conectivo, culminando em uma diminuição significativa do quadro álgico de síndromes genitais dolorosas em geral[6,7]. A liberação miofascial manual é hoje uma realidade em expansão, tratando com eficácia muitos distúrbios genitais, causadores de dores tanto de estruturas conectivas quanto musculares.

Em especial vêm conquistando espaço a manobra de liberação miofascial profunda dos tecidos conectivos pericervicais e da zona periovariana, chamada (Manobra do Ligamento Largo)[8], sendo utilizada com propriedade sobre aderências miofasciais pélvicas profundas. Esta manobra agrega trações manuais dos tecidos abdominais internos e externos, combinadas a trações manuais intracavitárias na região dos ligamentos pericervicais, ligamentos largo e redondo, liberando aderências internas profundas mais difíceis de alcançar, mobilizando tanto fáscias parietais como viscerais[8].

As aplicabilidades são inúmeras, mas todas carentes de validação científica e, por esta razão, o objetivo do presente estudo foi estudar a eficácia da Manobra do Ligamento Largo no tratamento dos sintomas pré-menstruais, em especial a dismenorreia primária.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico não controlado, realizado nas dependências da Policlínica Guairacá, conforme autorização do responsável, aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sobre o parecer 6.252.775.

O recrutamento para o estudo foi realizado através de folders distribuídos e publicado em redes sociais, bem como através de convite informal. A amostra foi composta por mulheres com idade entre 18 a 35 anos, da cidade de Guarapuava-PR, as quais deveriam se enquadrar nos critérios de inclusão de idade superior a 18 anos, não possuir doenças preexistentes como endometriose e síndrome dos ovários policísticos, não fazer uso de nenhum tipo de método contraceptivo e possuir disponibilidade uma vez na semana para deslocamento até o local que foi realizado a técnica.

As participantes responderam em primeiro momento ao Termo de Consentimento Livre e

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Esclarecido e em seguida aos questionários que compuseram os instrumentos de coleta de dados do presente estudo. A ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais (PSST) serve para avaliar a presença de síndrome pré-menstrual, sendo composta por 19 itens os quais estão divididos em dois domínios, sendo o primeiro composto por 14 itens voltados a sintomas psicológicos, físicos e comportamentais das mulheres e mais cinto itens relacionados as consequências dos sintomas. Cada item recebeu uma única resposta marcada ao lado, preenchida em um único ponto da pesquisa durante a triagem. Para diagnosticar a síndrome pré-menstrual (SPM), a paciente deve ter pelo menos um sintoma dos itens 1 a 4 que seja moderado a grave; pelo menos 4 sintomas dos itens 1 a 14 que sejam moderados a graves e pelo menos um dos itens A-E que seja moderado a grave[3]. Já a PSST é uma ferramenta de triagem de autorrelato, simples e eficaz, que pode detectar o impacto e a gravidade dos sintomas pré-menstruais em um curto período de tempo, sendo mais prática e rápida do que a avaliação prospectiva de dois ciclos menstruais[3]. Por fim, para a avaliação de dor foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), uma escala de 11 números constando de 0 a 10 e de resposta psicométrica, o qual '0' refere-se a nenhuma dor e '10' nível extrema de dor. Ainda, o questionário de dor de McGill adaptado para o português, avaliou a dor em três dimensões sendo a sensorial, afetiva e avaliativa. A primeira caracteriza a qualidade da dor, a segunda a qualidade da experiência da dor como medo e temor e a última por sua vez caracteriza de forma global a avaliação de dor. O mesmo segue uma pontuação de 0 a 78 pontos. Diante disso, cada paciente deveria assinalar as alternativas as quais correspondiam com a sua dor, e após o avaliador realizou a contagem das marcações conforme a categoria avaliada[9,10].

A intervenção se deu por meio de duas manobras de liberação miofascial conjuntas, previamente descritas[8], realizadas para este estudo em duas etapas, sendo a primeira a Manobra de Liberação Miofascial Manual Externa da Porção Infra umbilical da Parede Abdominal Anterior[8], realizada por meio de uma tração manual dos tecidos abdominais de maneira que seu sentido seja caudal. Na segunda etapa foi realizada a Manobra de Liberação do Ligamento Largo, efetuada através de uma combinação de posicionamento das mãos, tendo os dedos indicador e médio dominante do terapeuta posicionados intravaginalmente voltados para um dos lados do útero, passando o colo uterino no sentido cranial na direção de um dos ligamentos largos, em direção paralela à crista ilíaca homolateral, visando a liberação aderências nos tecidos internos profundos periuterinos e periovarianos[8].

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

As sessões se deram uma vez na semana com período de duração de quatro semanas. Na primeira sessão a avaliação da escala de dor se deu pelas respostas dos questionários. Por conseguinte, ao término das quatro sessões, os mesmos foram respondidos novamente, ou seja, houve a reavaliação. Em média, cada sessão perdurou cerca de vinte minutos. Foi utilizado protocolo de biossegurança como lençóis descartáveis na maca, luva e a utilização de lubrificante.

Estatística descritiva foi aplicada sobre os dados resultantes, permitindo a comparação de resultados pré e pós-intervenção, onde a diminuição nos sintomas após a intervenção, quando comparados aos mesmos antes dela, foi considerada melhora.

RESULTADOS

Participaram do estudo seis mulheres, com idade média de 22,5 anos, que tiveram a menarca com média de 12 anos, 50% solteiras, 50% namorando. Todas as participantes já fizeram uso de anticoncepcional (AI), e pararam por diversos motivos, 66,5% relataram parar com o uso de AI por conta dos efeitos colaterais, 17% por não verem resultado na utilização e 16,5% por casos de câncer na família.

A análise dos resultados da ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais (PSST) revelou que no primeiro ciclo menstrual pré-intervenção, 66,5% das participantes puderam ser encaixadas nos critérios de síndrome pré-menstrual SPM. Porém, a avaliação pós-intervenção mostrou que nenhuma das participantes se encaixava mais nos critérios de SPM, sendo assim excluído o diagnóstico de síndrome pré-menstrual, o que representou a cura de todas as pacientes afetadas quanto a este quesito.

Quanto à intensidade da dor percebida, a avaliação por meio da EVA mostrou uma diminuição de mais de 50% da dor percebida por todas as pacientes da amostra (média de -72,5% de dor após a intervenção), conforme exposto no gráfico 1.

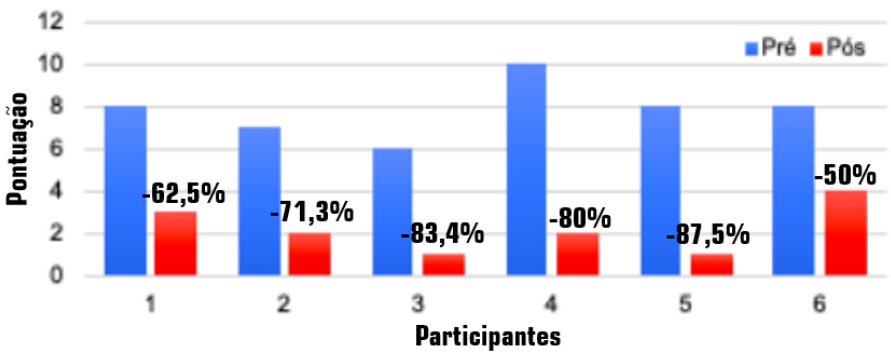


Gráfico 1: Diminuição da dor pós-intervenção conforme a Escala Visual Analógica (EVA)

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

Resultados ainda mais pronunciados foram verificados quanto à qualidade da dor, estudada por meio do McGill (gráfico 2). Houve diminuição da pontuação para todas as participantes, que tiveram melhora variando entre 8 e 46 pontos a menos entre a primeira e a última sessão de intervenção, sendo que quatro das seis participantes (66,6% da amostra) zeraram a dor após a intervenção.

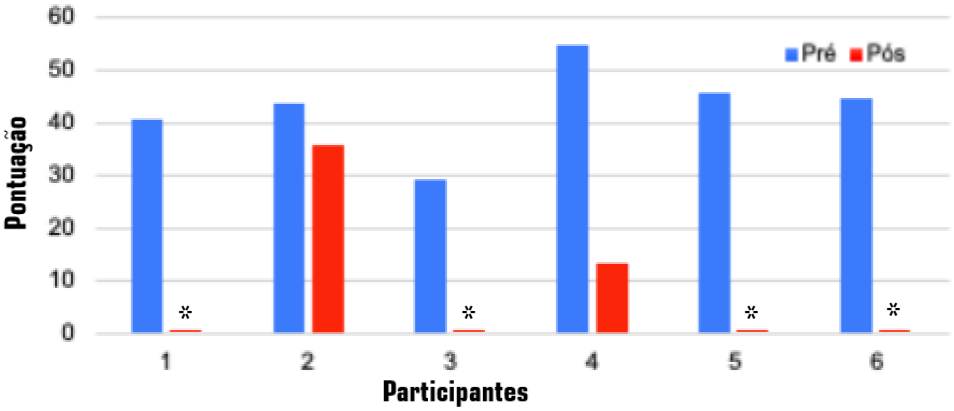


Gráfico 2: Qualidade da dor antes e depois da intervenção pelo McGill. * zero: ausência de dor (cura).

DISCUSSÃO

Os sintomas de dismenorreia primária são prevalentes, acometendo mais da metade dos cinco bilhões de mulheres do mundo e impactando violentamente sobre as atividades de vida diária (AVDs) e atividades laborais, sendo responsáveis importantes por afastamento do trabalho e decréscimo da produtividade[16], sobrecarregando o sistema de saúde[17,18]. Dentre os principais sintomas que formam a síndrome pré-menstrual (SPM), o mais incapacitante é a dor em si[1,2,4,11,12-18].

A dor pélvica crônica pode classificada em dor relacionada à parte muscular e/ou dor relacionada à parte conectiva[19], e técnicas de liberação miofascial específicas tanto para um tipo quanto outro têm apresentado excelência no tratamento destas dores[20]. Dentre estas técnicas, destaca-se a Manobra do Ligamento Largo, técnica desenvolvida especificamente para a liberação dos tecidos profundos da região dos ligamentos pericervicais do útero e de toda a zona periovariana[8], funcionando inclusive no tratamento das dores causadas pela endometriose e aumentando significativamente a proliferação endometrial[21,22]. Todas estas técnicas são muito recentes e, portanto, carecem de ensaios clínicos para melhor fomentação científica.

O presente estudo objetivou estudar a hipótese de que a Manobra do Ligamento Largo pudesse melhorar os sintomas da SPM, particularmente a dismenorreia primária. Apesar de limitada pela pequena amostra de apenas seis voluntárias, os resultados se apresentaram poderosos. Todas

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

as pacientes apresentaram redução da qualidade da dor, sendo que quatro delas (mais de 60% da amostra) teve a dor regredida para zero. Ainda, todas as pacientes (100% da amostra) apresentou redução média de mais de 70% da intensidade ou quantidade de dor, e a final das quatro semanas de intervenção, as quatro pacientes que se encaixavam nos critérios de presença de síndrome pré-menstrual (SPM) já não mais apresentavam sintomas suficientes para serem enquadradas nesta condição, ou seja, estavam curadas da SPM. Estes resultados sugerem que a abordagem utilizada, a partir desta manobra única, podem representar um novo horizonte para o tratamento não só da dismenorreia primária, mas da SPM como um todo.

Outras formas de fisioterapia geral, como o Pilates, também apresentam resultados encorajadores no tratamento da dismenorreia primária. Araújo et al. (2012)[12] descreveram em estudantes que apresentavam a condição uma redução da dor de média 7,89 para 2,66, apenas com exercícios de Pilates. Estes dados corroboram a eficácia da cinesioterapia, ou de manobras de mobilização e flexibilidade sobre os sintomas da dismenorreia.

A maioria das técnicas fisioterapêuticas, especialmente aquelas por terapia manual, não apresenta nem efeitos colaterais nem riscos à saúde hoje descritos na literatura. A prática baseada em evidências permite maior eficiência e eficácia nos tratamentos, otimizando os recursos da fisioterapeuta e o tempo e energia das pacientes, uma vez que permite que o clínico selecione técnicas comprovadamente eficazes e descarte aquelas que, através do tempo, insistem em não apresentar resultados satisfatórios[8]. Sendo assim, manobras de liberação miofascial apresentam elevado potencial de se tornarem primeira opção de tratamento para pessoas com dor miofascial, incluindo a metade da população feminina mundial vitimada pela SPM.

A dor durante a menstruação, incluindo dor lombar, pode ser causada por vários fatores. A literatura afirma que a dismenorreia é o distúrbio mais comum durante o ciclo menstrual. Cerca de metade das pessoas que menstruam sentem dor durante pelo menos um a dois dias durante o ciclo menstrual[11], dados estes corroborados pelo presente estudo, onde todas as participantes apresentavam algum nível de dor na fase pré-intervenção.

Pinho et, al. (2017)[11], em revisão, investigaram a eficácia da terapia manual, descrevendo que cerca de 100.000 mulheres que possuem cólica menstrual apresentam quadros dolorosos na região pélvica e coluna lombar, bem como, limiar de dor a pressão e sintomas secundários como irritabilidade e ansiedade. Os autores concluíram a terapia manual é eficaz para a diminuição desses

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

sintomas, conclusão esta corroborada pelo presente estudo, no qual a Manobra do Ligamento Largo apresentou diminuição dos sintomas de dor tanto pélvica quanto da região lombar de acordo com questionário McGill de qualidade da dor.

Bezerra et al. (2017)[13], também em revisão, concluíram que a fisioterapia foi eficaz no tratamento da dismenorreia primária, observando alívio da dor, redução do uso de medicamentos e melhora da qualidade de vida. A fisioterapia pode ser indicada para o cuidado da mulher com dismenorreia primária por ser uma alternativa de baixo custo e não invasiva[14]. É uma terapia livre de medicamentos, onde a liberação miofascial específica dos componentes pélvicos vêm despontando em destaque, muito embora estudos sobre técnicas de liberação miofascial intracavitárias ainda sejam escassos[8]. Neste ponto reside outro ponto forte do presente estudo, ao descrever clinicamente a eficiência de uma destas técnicas, realizada em um curto espaço de tempo e melhorando significativamente a qualidade de vida das participantes, uma vez que anatomicamente falando a manipulação se dá diretamente na estrutura (ligamento largo) que envolve o útero e adjacências, sendo possível conseguir uma mobilização tanto das fáscias parietais quanto viscerais e dos ligamentos[8] diretamente associados aos sintomas da SPM, particularmente o mais impactante deles, a dismenorreia.

Rezende et, al. (2022)[15] estudaram a prevalência da SPM em estudantes, onde das 1.115 mulheres estudadas, quase metade se enquadrou nos critérios de SPM. Apesar da pequena amostra, pouco mais da metade das pacientes de nosso estudo foram enquadradas nos critérios de SPM, mostrando confiabilidade dos dados. Em nosso estudo não apenas a dor foi reduzida de modo significativo, mas também os outros sintomas pré-menstruais característicos da SPM, de modo que ao final do estudo todas as mulheres estavam livres destes sintomas, não mais podendo ser enquadradas dentro dos critérios de SPM, incluindo todos seus sintomas secundários.

Recentemente um estudo demonstrou o sucesso da liberação miofascial instrumentalizada a partir de técnicas miofasciais instrumentalizadas de aplicação externas na região abdominal, lombar e sacral no alívio da dismenorreia primária, porém os autores frisam o fato de que as técnicas não funcionaram para quem apresentou índice de massa corporal compatível a obesidade, sugerindo que para esta população seja necessário outro tipo de técnica, possivelmente intracavitária[23]. É possível, então, que para a população de mulheres com dismenorreia e sobrepeso, a Manobra do Ligamento Largo seja a melhor opção terapêutica.

ISSN 2763-9738
CC BY SA

Revista Brasileira de Fisioterapia Pélvica

CONCLUSÃO

Cerca de metade da população mundial composta por pessoas com útero sofre com algum grau de dismenorreia e outros sintomas secundários da SPM, para os quais a fisioterapia tem despontado como tratamento promissor. A Manobra do Ligamento Largo de liberação miofascial intracavitária de estruturas pélvicas profundas mostrou-se eficiente na diminuição de cerca de 70% da dor menstrual das pacientes estudadas, diminuindo significativamente os sintomas secundários da síndrome pré-menstrual (SPM), inclusive regredindo por completo estes sintomas (cura), de modo que nenhuma das pacientes que se enquadravam antes da intervenção nos critérios de SPM pôde ser enquadrada nos mesmo critérios após as quatro semanas de intervenção. A Manobra do Ligamento Largo necessita poucas sessões para apresentar alta eficácia no tratamento dos sintomas da SPM, especialmente da dismenorreia e, por este motivo, estudos maiores a partir desta metodologia devem ser encorajados.

REFERÊNCIAS

1. Brown J, Brown S. Exercise for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Feb 17;(2):CD004142. doi: 10.1002/14651858.CD004142.pub2. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Feb 14;2:CD004142. PMID: 20166071.
2. Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. Obstet Gynecol. 2020 Nov;136(5):1047-1058.
3. Câmara RA. Validação da versão em português brasileiro da ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais e associação entre sintomas disfóricos pré-menstruais, temperamento afetivo e qualidade de vida em uma amostra de mulheres brasileiras. Revista Brasileira de Geografia Física. 2016. v. 11, n. 9, p. 141–156.
4. Sharghi M, Mansurkhani SM, Larky DA, Kooti W, Niksefat M, Firoozbakht M, Behzadifar M, Azami M, Servatyari K, Jouybari L. Atualização e revisão sistemática sobre o tratamento da dismenorreia primária. JBRA Assist Reprod. 2019 31 de janeiro; 23(1):51-57.
5. Fonseca ST, Silva PL, Ocarino JM. Análise de um método eletromiográfico para quantificação de co-contração muscular. Revista Brasileira Ciência e Movimento, Brasília. 2001. v. 9 n. 3, p. 23-30, jul.
6. Canário MB, Gilly D. Efeitos da terapia craniossacral e a mobilização uterina no alívio da dismenorreia primária: um estudo piloto. Revista FisiSenectus. 2020 v. 7, n. 2, p. 12–22.
7. 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 Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2022. v. 35, n. 10, p. 469–74.

ISSN 2763-9738
CC BY SA

8. Latorre GFS, Gil NAP, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial pélvica e abdominal (manobra do ligamento largo) associada ao LPF. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(1)4-15.
9. Martinez, JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. Revista Brasileira de Reumatologia. 2011. v. 51, n. 4, p. 304–308.
10. Pimenta CA, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 1996. v. 30, n. 3, p. 473–483.
11. Pinho LEE, Monteiro AKS, Pimenta AG, Santos ASA. Terapia Manual No Tratamento Da Dismenorreia Primária: Revisão Sistemática. Revista Pesquisa em Fisioterapia 7(2) 29 de mai. De 2017.
12. Araújo LM, Silva JMN, Bastos WT, Ventura PL. Diminuição da dor em mulheres com dismenorreia primária, tratadas pelo método Pilates. Rev. Dor. São Paulo, 2012 abr-jun;13(2):119-23.
13. Bezerra NS, Oliveira MCB, Silva DRC, Silva JM, Ventura PL. Fisioterapia na dismenorréia primária: revisão de literatura. Rev. Interd. Ciên. Saúde. 2017. v. 4, n.1, p. 17-26.
14. Gerzson LR, Padilha JF, Braz MM, Gasparetto A. Physiotherapy in primary dysmenorrhea: literature review. Rev Dor. São Paulo, 2014 out-dez;15(4):290-5. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdor/a/8KGfmnW38Cpt67wfZbZdtcS/?lang=pt.
15. Rezende APR, Alvarenga FR, Ramos M, Franken DL, Dias da Costa JS, Pattussi MP, Paniz VMV. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors Among Academics of a University in Midwest Brazil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022 Feb;44(2):133-141.
16. Lentz G, Lobo R, Gershenson D, et al. Comprehensive Gynecology. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2012.
17. Rodrigues AC, Gala S, Neves A, et al. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: prevalence, related factors and limitations in daily living. Acta Med Port. 2011;24(suppl 2):383–392.
18. Sharma A, Taneja DK, Sharma P, et al. Problems related to menstruation and their effect on daily routine of students of a medical college in Delhi, India. Asia Pac J Public Health. 2008; 20(3):234–241.
19. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
20. Latorre GFS, Ayala A, Machado MP, et al. Novas técnicas de Liberação Miofascial para Dor Genital e Sexual. Rev Bras Fisiot Pelvica 2022;2(3)5-15.
21. Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo nos tratamentos de infertilidade e da endometriose? Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(2)27-33.
22. Latorre GFS, Rosa LN. Manobra do Ligamento Largo aumenta mais de 500% a espessura do endométrio: caso. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3)68-75.
23. Zanella ME, Leonel AT. Liberação miofascial instrumentalizada lombar e abdominal reduz dismenorreia primária. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3) 78-87.