

Revisão

A fisioterapia em mulheres com dor pélvica crônica

Physical therapy for women with chronic pelvic pain

Gabriela Faller Vitale*, Ivaldo Esteves Junior, M.Sc.**

.....
*Pósgraduanda em fisioterapia manipulativa (CESUMAR),

**Professor do curso de fisioterapia da Universidade Paulista (UNIP-SP) e do Mackenzie

Resumo

A dor pélvica crônica (DPC) em mulheres é uma condição dolorosa que compromete a qualidade de vida de um elevado número de pacientes, uma vez que afeta sua vida conjugal, social e profissional. A etiologia muitas vezes não é bem-estabelecida e apresenta-se multifatorial, podendo-se incluir as causas musculoesqueléticas. Como forma de tratamento para essa patologia recomenda-se a abordagem multidisciplinar, incluindo-se a atuação da fisioterapia. Este trabalho propôs-se a analisar os efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres com DPC, por meio de uma revisão da literatura. O levantamento bibliográfico refere-se a publicações após 1990, utilizando-se das bases de dados Pubmed e Bireme (Medline, Lilacs, Scielo) como também de consultas a livros-texto. A eletroterapia, por meio da eletroestimulação intravaginal, é um recurso eficaz no tratamento de mulheres com DPC, no entanto, recursos como a reeducação postural, a terapia manual, as técnicas de relaxamento, o alongamento, o fortalecimento muscular, o condicionamento físico, o biofeedback, a termoterapia e as técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva necessitam de estudos mais objetivos.

Palavras-chave: dor pélvica, fisioterapia, eletroterapia, guias de prática clínica como assunto, literatura de revisão como assunto.

Abstract

The chronic pelvic pain (CPP) in women is a painful condition that interferes in the quality of life of a high number of patients in their marital, social and professional life. The etiology is not well established, as it is multifactorial. It is possible to include musculoskeletal causes. The treatment must be multidisciplinary, including the physical therapy approach. This literature review intends to analyze the effects of physical therapy in women with CPP. The survey includes publications after 1990, using the data base of Pubmed and Bireme (Medline, Lilacs, Scielo) and also books. The electrical therapy by intravaginal electrical stimulation is an effective expedient in the treatment of women with CPP, but the other techniques like postural reeducation, manual therapy, relaxation, muscular strengthening, fitness, biofeedback, thermal therapy and techniques for facilitation of proprioceptive neuromuscular structures need more objective studies for a better evaluation.

Key-words: pelvic pain, physical therapy, electrical stimulation, practice guidelines as topic, review literature as topic.

Recebido em 15 de agosto de 2008; aceito em 21 de dezembro de 2009.

Endereço para correspondência: Gabriela Faller Vitale, Rua Pascoal Vita 405/102, 05445-000 São Paulo SP, Tel: (11) 9972-6592, E-mail: gvitale@terra.com.br

Introdução

A etiologia da DPC em mulheres nem sempre é clara e bem-estabelecida, usualmente, resulta de uma complexa interação entre os sistemas como, por exemplo, o gastrointestinal, o urinário, o ginecológico, o musculoesquelético, o psicológico e o endócrino. Na maioria das vezes, os exames apresentam resultados normais, sem qualquer alteração de possível causa orgânica que justifique a dor [1,2].

A dor pélvica crônica localiza-se na região inferior abdominal, com duração persistente de no mínimo seis meses, e é suficientemente intensa para interferir em atividades funcionais, tornando necessário um tratamento clínico ou cirúrgico. Além da incidência de dor na região pélvica, outros sintomas podem estar presentes [1,3,4], como, por exemplo, sensação de peso na pelve, dor irradiada para a perna, dor ao urinar e/ou defecar, constipação ou diarreia, dor no cóccix, dor suprapúbica, ciclo menstrual irregular, exacerbação da dor em períodos menstruais e dispnoemia [4].

Os tratamentos para a DPC podem ser divididos entre procedimentos invasivos (cirúrgicos) e não invasivos [5,6].

Os tratamentos apontados como não invasivos incluem administração farmacológica, psicoterapia, acupuntura, fisioterapia [5-10] e técnicas osteopáticas [11].

Segundo uma pesquisa realizada no Reino Unido, a DPC acomete 3,8% de mulheres com idades entre 15 e 73 anos e similar à de asma (3,7%) ou à de dor lombar (4,1%) [12]. De acordo com um estudo elaborado nos Estados Unidos, estima-se que a DPC atinja cerca de 15% das mulheres sexualmente ativas [2,13-15], representando aproximadamente 10% de todas as consultas ginecológicas, 40% a 50% das laparoscopias ginecológicas [14,16] e 10% a 15% das histerectomias [16].

De acordo com Howard [17], estimam-se aproximadamente US\$2 bilhões anuais de custos diretos e indiretos com mulheres com DPC nos Estados Unidos.

Dessa forma, e com base na literatura disponível, constatou-se, por um lado, um impacto da DPC na qualidade de vida das mulheres acometidas por essa síndrome, e por outro uma lacuna de conhecimento sobre o tema na área da fisioterapia. Sendo assim, com este artigo espera-se ressaltar algumas contribuições da atuação da fisioterapia – dentro da equipe multidisciplinar – no acompanhamento das mulheres que apresentam esse quadro.

Objetivo

Analisar os efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres com DPC, por meio de revisão bibliográfica.

Método

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio das bases de dados Pubmed e Bireme (Medline, Lilacs e Scielo), além de consulta a livros-texto.

Realizou-se a pesquisa utilizando as seguintes palavras-chave: Dor Pélvica Crônica (DPC), (Chronic Pelvic Pain) (CPP), (Dolor Pélvico Crônico); Fisioterapia, (Physical Therapy), (Terapia Física); Músculo-esquelético, (Musculoskeletal), (Músculo-esquelético); Fibromialgia, (Fibromyalgia), (Fibromialgia); Mialgia, (Myalgia), (Mialgia); Exercício, (Exercise), (Ejercicio); Terapia Manual, (Manual Therapy), (Terapia Manual); Eletroterapia, (Electrical Stimulation) e (Estimulación Eléctrica).

Do total dos resumos consultados, selecionaram-se os artigos publicados após 1990, nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola e francesa, e excluíram-se os artigos que se repetiam, os que relacionavam DPC em homens, as investigações médico-clínicas e/ou os artigos relacionados a gestantes.

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas: a primeira em dezembro de 2006 e a segunda em março de 2007.

Na primeira etapa foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela I - Resultados.

Pubmed	Total de trabalhos	Selecionados
CPP x Physical therapy	185	7 (3,78%)
CPP x Musculoskeletal	31	8 (25,8%)
CPP x Myalgia	1	–
CPP x Fibromyalgia	1	1(100%)
Bireme-Lilacs/Scielo	Total de trabalhos	Selecionados
DPC x Terapia Física	–	–
DPC x Fisioterapia	–	–
DPC x Músculo-esquelético	–	–
DPC x Mialgia	–	–
DPC x Fibromialgia	–	–

Na segunda etapa foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela II - Resultados.

Pubmed	Total de trabalhos	Selecionados
CPP x Exercise	11	–
CPP x Manual Therapy	19	1 (5,26%)
CPP x Electrical Stimulation	11	3(27,27%)
Bireme (Lilacs/Scielo)	Total de trabalhos	Selecionados
DPC x Ejercicio	–	–
DPC x Estimulación Eléctrica	–	–
DPC x Exercício	–	–
DPC x Terapia Manual	–	–
DPC x Eletroterapia	–	–

Na segunda etapa da pesquisa três artigos foram previamente selecionados na primeira fase do levantamento bibliográfico e, portanto, não foram contabilizados.

O banco de dados Medline também foi pesquisado pela Bireme, porém todos os resumos consultados na busca já haviam sido selecionados anteriormente, em consulta à Pubmed.

Após a busca e leitura dos artigos, foram selecionados e incluídos mais nove trabalhos, totalizando 26 artigos para esta revisão.

Discussão

A condição dolorosa é o principal sintoma em mulheres com DPC. A etiologia é multifatorial e as disfunções musculoesqueléticas estão apontadas entre as prováveis causas deste quadro algico.

As causas relacionadas ao sistema musculoesquelético mencionadas na literatura podem ser de origem traumática, na qual ocorrem deslocamentos pélvicos [17-19], ou ainda nos casos de síndrome miofascial com presença de pontos gatilhos pélvicos localizados na parede abdominal e/ou no assoalho pélvico [9,13-22], fibromialgia pélvica [15,17-19], adesões endometriais ou nódulos em ligamentos pélvicos; adesões por cicatrizes abdominais ou perineais; infiltrações de metástase ginecológicas; crescimentos benignos; síndrome do piriforme; espasmo do levantador do ânus; aumento da tensão da musculatura do assoalho pélvico [17-19]; sacroileíte [15,17-19,23] hérnias discais [15,17-19,24]; doenças articulares degenerativas [17,18]; disfunções na sínfise púbica [17-19,23]; alterações posturais [13,14,17-20,22,23] (tabela III).

A presença de pontos gatilhos na parede anterior abdominal e/ou assoalho pélvico e as alterações posturais foram

as causas apontadas pela maioria dos autores, enquanto as doenças articulares degenerativas foram descritas apenas por Howard [17,18].

Haugstad *et al.* [20], em seu estudo, observaram um aumento de sensibilidade na musculatura abdominopélvica, sendo o iliopsoas o músculo que se apresentou mais doloroso à palpação. Tu, As-Sanie e Steege [21] verificaram, em seu estudo retrospectivo, que o músculo piriforme e o elevador do ânus foram os músculos mais dolorosos à palpação, em uma parcela significativa da amostra estudada de mulheres com DPC. No entanto, quanto à musculatura envolvida na DPC, Baker [22] apontou o iliopsoas, o piriforme, o obturador interno, o pubococcígeo, os abdominais, o quadrado lombar e o levantador do ânus.

Além de todas essas disfunções, descreve-se na literatura que as alterações posturais estão presentes na maioria das mulheres. Baker [22] relata que 75% das pacientes apresentavam postura lordótica exagerada de coluna lombar, com anteriorização da pelve e cifose da coluna torácica. Moore e Kennedy [23] descrevem que essas alterações posturais podem contribuir para disfunções sacroilíacas e sínfise púbica. Almeida, Nogueira e Reis [14] descrevem que disfunções musculoesqueléticas podem ser uma das causas básicas da DPC, e a postura lordótica com deslocamento pélvico anterior como sendo a postura típica das mulheres portadoras de DPC, do mesmo modo que Baker [22] descreveu em seu artigo.

Tabela III - Causas musculoesqueléticas.

	Baker, 1993 [22]	Duleba <i>et al.</i> , 1996 [9]	Miklos <i>et al.</i> , 1998 [24]	Scialli, 1999 [15]	Moore e Kennedy, 2000 [23]	Almeida, Nogueira e Reis, 2002 [14]	Howard, 2003 e 2001 [7,18]	Stephen-son e O'Connor, 2004 [7]	Tu, As-Sanie Steege, 2006 [7]	Haugas <i>et al.</i> , 2006	Cheong Stone, 2006
Traumas							X	X			
P.Gatilhos	X	X					X	X	X	X	X
Fibrom.				X			X	X			
Adesões							X	X			
Tumores							X	X			
S. piriforme							X	X			
Espasmo lev. ânus.							X	X			
Tensão assoalho pélvico							X	X			
Sacroileíte				X	X		X	X			
Hérnias discais			X	X			X	X			
D.art degener.							X				
Disf. Sínfise púbica					X		X	X			
Alterações posturais	X				X	X	X	X		X	X

Haugstad *et al.* [20] compararam um grupo de mulheres saudáveis a um grupo composto por pacientes com DPC e, além de observarem as alterações posturais descritas por Almeida, Nogueira e Reis [14] e Baker [22], verificaram alteração no padrão de marcha, com diminuição no tamanho dos passos, restrição na extensão de quadril e aumento da rotação pélvica em mulheres com DPC. Haugstad *et al.* [20] também notaram que a maioria das mulheres com DPC apresentava um padrão respiratório apical. Esse padrão também foi verificado e justificado por Baker [22] em função da restrição da mobilidade das costelas mais baixas, a qual ocorre em virtude da tensão gerada pelo quadrado lombar e pelo iliopsoas, já que há ligação fascial. A alteração postural como fator etiológico para DPC também foi citada por Cheong e Stones [13] e por Howard [17,18].

De acordo com a literatura disponível, revelou-se a importância das alterações musculoesqueléticas na condição dolorosa em mulheres com DPC. Dessa forma, as intervenções fisioterapêuticas nessas pacientes, dentro de uma equipe multidisciplinar, podem contribuir para a melhora da queixa algica.

Baker [22] descreve que, em função de as alterações posturais estarem presentes na maioria das mulheres com DPC, faz-se necessário que o programa terapêutico inclua exercícios de reeducação postural. Stephenson e O'Connor [19] e Dellenbach *et al.* [25] também incluem a reeducação postural no programa terapêutico para o tratamento da DPC. No entanto, não se descreveu, em nenhum desses estudos, qual a técnica de reeducação postural utilizada e como foi aplicado esse tratamento. Além disso, não se demonstrou, por meio de uma avaliação objetiva, a melhora na condição dolorosa após o tratamento com a reeducação postural.

Assim como a reeducação postural, outros programas terapêuticos foram citados na literatura no tratamento da DPC, tais como: exercícios de condicionamento físico [4,22]; alongamentos [4,22,25]; fortalecimento [22], *biofeedback* [4,9,19,26], termoterapia [19]; técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva [26], técnicas de relaxamento [4,10,19, 22,25,27]. Em todos esses estudos, também não se descreveu a forma como foram aplicados tais recursos e o resultado obtido.

Alguns autores incluem programas de terapias manuais para o alívio da DPC em mulheres. Tettambel [11] descreve que a osteopatia pode contribuir para o equilíbrio das disfunções biomecânicas e somáticas, aliviando a dor. Gunter [5] aponta que a aplicação de recursos de terapia manual, enfatizando o componente miofascial, deve fazer parte do tratamento não invasivo para a DPC em mulheres. Stephenson e O'Connor [19], Prendergast e Weiss [26], Meadows [4] e Baker [22] também abordam a inclusão da terapia manual nos programas de tratamento da DPC. Em todos esses estudos, citou-se a terapia manual como recurso terapêutico, sem se descrever, no entanto, como se utilizou tal técnica e qual sua real eficácia na condição dolorosa.

Dellenbach *et al.* [25] citam que a equipe multidisciplinar incluiu, no programa terapêutico, técnicas de terapia manual através da massagem, massagem tradicional chinesa e a microcinesioterapia (técnica de miniestimulação manual que permite ler e interpretar a linguagem escrita do corpo, favorecendo "apagar as cicatrizes somáticas") para o alívio da dor. Além disso, outras técnicas foram associadas, tais como: alongamentos, relaxamentos, técnicas de respiração e acupuntura. Dellenbach *et al.* [25] revelaram a melhora da dor em até 70% dos casos quando há um tratamento multidisciplinar. No entanto, não se descreveu, em seu estudo, o modo como este protocolo foi aplicado.

Kames *et al.* [10] também descreve a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar. Em seu estudo, a equipe utilizou-se de técnicas de relaxamento, acupuntura, terapia farmacológica e psicoterápica, para tratar mulheres com DPC. Com isso, obteve-se redução na condição dolorosa tanto após o tratamento, como após seis meses de *follow-up*, favorecendo o retorno ao trabalho, o incremento na vida social e a atividade sexual. Entretanto, não se descreveu, neste trabalho, a técnica de relaxamento utilizada nem a forma de aplicação desse recurso.

Lamvu *et al.* [8] verificaram o resultado obtido em dois grupos de mulheres com DPC. O primeiro grupo foi submetido a técnicas cirúrgicas e o segundo recebeu tratamento farmacológico, psicológico ou fisioterápico, ou a combinação das três técnicas. Nesse estudo, 46% obtiveram melhora na dor, 37% não melhoraram e 18% sentiram piora no quadro doloroso. No entanto, não se descreveu qual técnica fisioterapêutica foi aplicada. Esses resultados descrevem a avaliação do total da amostra formada por ambos os grupos, sendo que não foram relacionadas as possíveis diferenças entre o grupo que recebeu o tratamento cirúrgico e não cirúrgico.

Bernardes e Bahamondes [16] realizaram um estudo com uma amostra composta por 24 mulheres portadoras de DPC, com idade média de 35,8 anos e uma média de duas paridades. Na amostra selecionada para este estudo, 54,2% apresentavam doença de base que justificasse o quadro doloroso, 41,7% manifestavam alterações ortopédicas que poderiam influenciar na dor e 12,5% exibiam algum fator psicossomático associado à dor. O protocolo aplicado constituiu-se de dez sessões de eletroestimulação intravaginal (EEIV), com duração de 30 minutos cada sessão, e uma frequência semanal de duas a três vezes por semana. Utilizou-se o programa de dor crônica difusa (aparelho Duaplex 961), com frequência de 8 Hz, variação de intensidade e frequência (VIF), largura de pulso de 1mS e intensidade suportável para cada paciente (em mA).

Telles [28], em seu estudo, aplicou protocolo com eletroestimulação em 42 mulheres com endometriose e queixa de DPC, sendo que esse protocolo constituiu-se de 27 sessões com duração de 30 minutos cada sessão, utilizando-se o modo *burst*. Essa amostra foi dividida em dois grupos, sendo que um deles, composto por 22 mulheres, recebeu o tratamento com estimulação elétrica nervosa transcutânea, e o outro grupo

controle, composto por 20 mulheres, foi submetido ao mesmo protocolo, porém sem a passagem de corrente elétrica. Telles [28], ao contrário do estudo de Bernardes e Bahamondes [16], não descreveu a idade média da amostra, bem como a média de gestações. Além disso, a frequência semanal de sessões, os parâmetros utilizados e a forma de aplicação da corrente terapêutica não foram descritos por Telles [28].

Por outro lado, no estudo de Bernardes e Bahamondes [16] não se aplicou o protocolo em grupo controle, e a amostra apresentou-se em menor número. Ao contrário da amostra de Telles [28], composta por mulheres com endometriose pélvica, o estudo de Bernardes e Bahamondes [16] apresentou amostra com etiologia multifatorial que pudesse justificar o quadro doloroso. Além disso, essa mesma amostra foi submetida a um número menor de sessões em relação ao protocolo de Telles [28].

No estudo de Fitzwater, Kuehl e Schrier [29], a amostra foi composta por 66 mulheres com DPC, com uma média de idade e de paridade similar à amostra de Bernardes e Bahamondes [16]. Ao contrário dos estudos anteriores, o quadro doloroso associava-se à provável síndrome miofascial e ao espasmo do músculo elevador do ânus. Fitzwater, Kuehl e Schrier [29] analisaram as mulheres que receberam aplicação de eletroestimulação intravaginal (EEIV), porém o protocolo foi variável, inviabilizando a realização de comparações com os demais estudos.

Quanto à avaliação da dor, Bernardes e Bahamondes [16] utilizaram-se da Escala Analógica Visual, antes e até 30 dias após o término do programa. Os resultados demonstraram que, ao final do tratamento, 79,2% estavam sem dor; após duas semanas do término do tratamento, 50% e 8,3% apresentavam-se sem dor ou com dor leve, respectivamente; ao final de quatro semanas, 45,8% e 20,8% apresentavam-se sem dor ou com dor leve, respectivamente. No início do tratamento, 66,7% relatavam dor intensa. Bernardes e Bahamondes [16] concluíram que a EEIV foi um recurso eficaz no alívio da sintomatologia dolorosa em mulheres com DPC.

O estudo de Telles [28] também avaliou a dor por meio da Escala Visual Numérica, antes e após cada sessão, e pelo questionário McGill, antes, durante e após 30 dias do término do tratamento. Assim como no estudo de Bernardes e Bahamondes [16], Telles [28] também detectou melhora do controle imediato da dor, porém a autora não mencionou em que proporção ocorreu esse alívio da sintomatologia. Em ambos os estudos, a avaliação da condição dolorosa deu-se no curto prazo.

No estudo de Fitzwater, Kuehl e Schrier [29], a dor foi avaliada após 30 semanas da última sessão de eletroterapia, sendo que 24,24% das pacientes não retornaram para o *follow-up*, 51,51% relataram melhora da dor e 24,24% relataram não ter tido benefício com o tratamento. Apesar de os efeitos da EEIV terem sido avaliados após um período maior desde o término do tratamento, se comparado aos estudos de Telles [28] e de Bernardes e Bahamondes [16], como o protocolo aplicado foi variável, não é viável realizar comparações.

Stephenson e O'Connor [19], Meadows [4], Duleba, Keltz e Olive [9] e Baker [22] citam o uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) para o tratamento de mulheres com DPC, porém nenhum desses estudos faz referência ao modo como se aplica esse programa terapêutico, além de não ser conclusivo quanto a sua eficácia, uma vez que não foram submetidos a avaliações objetivas. Stephenson e O'Connor [19], além de citar o uso do TENS, apontam que pode ser aplicado a corrente interferencial ou NMES no tratamento da DPC em mulheres, contudo também não descrevem a forma de aplicação e sua real eficácia.

Com esse levantamento bibliográfico, ao analisar os efeitos do tratamento fisioterapêutico por meio de avaliações objetivas, observou-se a escassez de estudos, já que os autores apenas citam as técnicas aplicadas em mulheres com DPC. Além disso, os poucos estudos que avaliaram a eficácia do tratamento, verificaram o comportamento da dor num curto período de tempo após o término do tratamento. Com o estudo de Bernardes e Bahamondes [16], é possível aplicar terapêuticamente a eletroestimulação em pacientes com DPC, visto que foram descritos todos os parâmetros e formas de aplicação da EEIV.

Sendo assim, faz-se necessário aprofundar os estudos acerca da atuação da fisioterapia na síndrome da dor pélvica crônica (DPC) em mulheres. Tal necessidade deve-se ao fato de essa condição dolorosa apresentar alta incidência e comprometer a qualidade de vida dessas mulheres, além de se ter observado a escassez de estudos nessa área, sobretudo na forma de aplicação das técnicas fisioterapêuticas e nas avaliações objetivas dos resultados obtidos a curto, médio e longo prazo.

Conclusão

A eletroterapia, por meio da eletroestimulação intravaginal, é um recurso eficaz no tratamento de mulheres com DPC. No entanto, os recursos como a reeducação postural, a terapia manual, as técnicas de relaxamento, os alongamentos, o fortalecimento muscular, o condicionamento físico, o *biofeedback*, as técnicas neuromusculares proprioceptivas e a termoterapia necessitam de estudos com maior detalhamento da metodologia aplicada e dos resultados obtidos.

Referências

1. Nogueira A, Reis FJC, Poli Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(12):733-40.
2. Freitas V. Dor pélvica crônica. In: Donadio N, Albuquerque Neto LC de. *Consenso brasileiro em videoendoscopia ginecológica*. Rio de Janeiro: Febrasgo; 2001. p.113-25.
3. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56(12):757-64.
4. Meadows E. Treatments for patients with pelvic pain. *Urol Nurs* 1999;19(1):33-5.

5. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2003;58(9):615-23.
6. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(4):643-61.
7. Tu FF, As-Sanie S, Steege J. Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: a systematic review of diagnosis: part I. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(6):379-85.
8. Lamvu G, William R, Zolnoun D, Wechter ME, Shortliffe A, Fulton G, et al. Long-term outcomes after surgical and nonsurgical management of chronic pelvic pain: one year after evolution in a pelvic pain specialty clinic. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(2):591-8.
9. Duleba AJ, Keltz MD, Olive DL. Evaluation and management of chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3(2):205-27.
10. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brechner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain* 1990;41(1):41-6.
11. Tettambel MA. An osteopathic approach to treating women with chronic pelvic pain. *J Am Osteopath Assoc* 2005;105(9 Suppl 4):S20-2.
12. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawews MG, Barlow DH, Kennedy SH. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(11):1149-55.
13. Cheong Y, William Stones R. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20(5):695-711.
14. Almeida EC, Nogueira AA, Reis FJ. Aspectos etiológicos da dor pélvica crônica na mulher. *Femina* 2002;30(10):699-03.
15. Scialli AR. Evaluating chronic pelvic pain: a consensus recommendation. Pelvic Pain Expert Working Group. *J Reprod Med* 1999;44(11):945-52.
16. Bernardes NO, Bahamondes L. Intravaginal electrical stimulation for the treatment of chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 2005;50(4):267-72.
17. Howard FM. Chronic pelvic pain in women. *Am J Manag Care* 2001;7(10):1001-11.
18. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101(3):594-11.
19. Stephenson RG, O'Connor L J. Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia. 2a ed. São Paulo: Manole; 2004. p. 93-106.
20. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I et al. Posture, movement patterns, and body awareness in women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 2006;61(5):637-44.
21. Tu FF, As-Sanie S, Steege JF. Prevalence of chronic musculoskeletal disorders in a female chronic pelvic pain clinic. *J Repr Med* 2006;51(3):185-9.
22. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain: diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(4):719-42.
23. Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(3):389-02.
24. Miklos JR, O'Reilly MJ, Saye WB. Sciatic hernia as a cause of chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol* 1998;91(6):998-1001.
25. Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. Douleur pelvienne chronique: une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynecol Obstet Fertil* 2001;29(3):4234-326.
26. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clin Obstet Gynaecol* 2003;46(4):773-82.
27. Iannetta O. Dor pélvica crônica. In: Halbe HW. *Tratado de ginecologia*. 2a ed. São Paulo: Roca; 1993. p.600-6.
28. Telles ED. Efeito analgésico da estimulação elétrica nervosa transcutânea na dor pélvica de mulheres com endometriose pélvica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2006;28(6):373.
29. Fitzwater JB, Kuehl TJ, Schrier JJ. Electrical stimulation in the treatment of pelvic pain due to levator ani spasm. *J Reprod Med* 2003;48(8):573-7.