www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/fmt5hr76

O papel da fisioterapia na dor genitopélvica de mulheres com endometriose: uma revisão da literatura

The role of physiotherapy in genitopelvic pain in women with endometriosis: a literature review

Edilane Gomes de Sousa[1]; Fernanda Batista Silva Camelo; Fernanda dos Santos Toledo; Juliana Ferreira Paixão; Mariana Ferreira de Oliveira; Michele de Oliveira Guimarães

Resumo: A endometriose pode causar dor pélvica crônica, dispareunia e outras dores que muitas vezes continuam mesmo com o tratamento hormonal ou cirúrgico, e por isso a fisioterapia vem sendo estudada como tratamento complementar. O objetivo deste estudo foi analisar as evidências sobre os efeitos da fisioterapia na dor genitopélvica de mulheres com endometriose. Foi feita uma revisão integrativa, com buscas entre junho e agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, BVS e SciELO, incluindo ensaios clínicos publicados de 2016 a 2026, em português ou inglês. Foram incluídos cinco ensaios clínicos sobre eletroterapia, fisioterapia do assoalho pélvico, terapia manual e exercício supervisionado. A TENS associada ao tratamento hormonal reduziu a dor pélvica crônica. A massagem de Thiele melhorou o relaxamento do assoalho pélvico e a dispareunia superficial. A terapia manual reduziu a dor em comparação ao placebo, com efeito mantido por seis meses. O exercício supervisionado diminuiu a dor pélvica ou genital atual, mas não a pior dor relatada, é um programa de exercícios com foco lombo pélvico que reduziu a dispareunia e melhorou a qualidade de vida. Nos estudos que avaliaram a dispareunia profunda, ela não melhorou mais do que no grupo controle. A fisioterapia ajuda no controle da dor da endometriose, principalmente quando há um componente muscular envolvido. Mesmo assim, as amostras pequenas, a falta de grupo placebo na maioria dos ensaios e a variedade de protocolos limitam essas conclusões.
Palavras-chave: Endometriose. Dor Pélvica. Modalidades de Fisioterapia.

Abstract: Endometriosis can cause chronic pelvic pain, dyspareunia and other types of pain that often continue despite hormonal or surgical treatment, which is why physiotherapy has been studied as a complementary treatment. This study aimed to analyze the evidence on the effects of physiotherapy on genitopelvic pain in women with endometriosis. An integrative review was carried out, with searches between June and August 2026 in PubMed/MEDLINE, BVS and SciELO, including clinical trials published from 2016 to 2026 in Portuguese or English. Five clinical trials were included, covering electrotherapy, pelvic floor physiotherapy, manual therapy and supervised exercise. TENS combined with hormonal treatment reduced

[1] Acadêmico do curso Fisioterapia do Centro Universitário IBMR. E-mail: edilanegomez@gmail.com.
Artigo apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Graduação em Fisioterapia do IBMR. 2026. Orientadora: Profa. Pâmela Martin Bandeira,

chronic pelvic pain. Thiele massage improved pelvic floor relaxation and superficial dyspareunia. Manual therapy reduced pain compared with placebo, with effects maintained at six months. Supervised exercise reduced current pelvic or genital pain, but not the worst reported pain, and a lumbopelvic exercise program reduced dyspareunia and improved quality of life. In the trials that assessed deep dyspareunia, it did not improve more than in the control group. Physiotherapy helps control endometriosis-related pain, especially when a muscular component is involved. However, small samples, the lack of a placebo group in most trials and the variety of protocols limit these conclusions.

Keywords: Endometriosis. Pelvic Pain. Physical Therapy Modalities.

1 INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica crônica que pode afetar de várias formas a saúde e a qualidade de vida das mulheres. Ela se apresenta principalmente de três formas: a peritoneal superficial, com lesões na superfície do peritônio; a ovariana, que pode formar cistos chamados endometriomas; e a infiltrativa profunda, em que as lesões avançam para dentro dos tecidos e podem atingir órgãos como o intestino e a bexiga. Os sintomas mais comuns são a dismenorreia (dor durante a menstruação), a dor pélvica crônica, a dispareunia (dor durante a relação sexual), a disúria (dor ou desconforto ao urinar) e a disquezia (dor ou dificuldade para evacuar). Na forma infiltrativa profunda, também pode haver aumento do tônus e dificuldade de relaxar os músculos do assoalho pélvico, o que deixa o quadro de dor mais complexo (Del Forno et al., 2021).

A dor genitopélvica é uma das manifestações mais importantes da endometriose e pode ser contínua ou aparecer durante a relação sexual. A dispareunia é chamada de superficial quando a dor aparece na entrada da vagina ou ao redor dela, e de profunda quando é sentida mais internamente, na pelve, durante a relação (Del Forno et al., 2021). A endometriose infiltrativa profunda também pode vir acompanhada de aumento do tônus do assoalho pélvico e de alterações urinárias, intestinais e sexuais, que pioram a qualidade de vida dessas mulheres (Del Forno et al., 2024). Além disso, a dor nem sempre se explica apenas pelas lesões. Segundo Muñoz-Gómez et al. (2023), a sensibilização central e as disfunções miofasciais podem iniciar, aumentar e manter a dor, que muitas vezes continua depois do tratamento convencional e vem junto com menor mobilidade lombo pélvica, cansaço e dificuldade nas atividades do dia a dia.

Por isso, o tratamento da endometriose pode envolver medicamentos, cirurgia e abordagens complementares. Entre os medicamentos estão os analgésicos, os anti-inflamatórios não esteroides e os tratamentos hormonais, como contraceptivos

combinados e progestagênios, usados para controlar a dor. A cirurgia também pode ser indicada, conforme o quadro clínico. A escolha do tratamento leva em conta os sintomas, a preferência da mulher, os possíveis efeitos adversos e a resposta a cada intervenção, para que o cuidado seja individualizado (Becker et al., 2022).

Como tratamento complementar, a fisioterapia pode atuar nos componentes musculoesqueléticos e funcionais da dor genitopélvica. Os recursos mais descritos são a terapia manual, com massagem e mobilização dos tecidos moles; os exercícios terapêuticos, voltados para mobilidade, alongamento e estabilidade lombo pélvica; e as técnicas de relaxamento e percepção dos músculos do assoalho pélvico. A eletroterapia, principalmente a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), também vem sendo estudada para o controle da dor. A escolha entre esses recursos depende da avaliação funcional e das necessidades de cada mulher, mas a variedade de protocolos e as limitações dos estudos ainda dificultam saber qual deles funciona melhor para essa população (Wójcik; Szczepaniak; Placek, 2022).

Diante disso, este estudo parte da seguinte pergunta: quais são os efeitos da fisioterapia no manejo da dor genitopélvica em mulheres com endometriose? O objetivo geral é analisar as evidências científicas sobre esses efeitos. Os objetivos específicos são identificar as intervenções usadas, descrever os protocolos aplicados e analisar os resultados sobre a dor pélvica, a dispareunia e outros desfechos de dor ligados à doença.

2 METODOLOGIA

2.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, feita a partir de estudos originais sobre o uso da fisioterapia no manejo da dor genitopélvica em mulheres com endometriose (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

2.2. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Foram buscados artigos científicos originais sobre fisioterapia aplicada à dor genitopélvica em mulheres com endometriose. A busca foi feita de junho a agosto de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, BVS e SciELO, em português e inglês. Os termos foram escolhidos a partir dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e do MeSH (Medical Subject Headings): “Endometriose” (Endometriosis), “Modalidades de Fisioterapia” (Physical Therapy Modalities), “Dor Pélvica” (Pelvic Pain), “Dispareunia” (Dyspareunia), “Assoalho Pélvico” (Pelvic Floor) e “Terapia por Exercício” (Exercise Therapy). Os descritores foram

combinados com os operadores booleanos AND e OR, considerando publicações de 2016 a 2026.

2.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Artigos originais disponíveis na íntegra, publicados em português ou inglês entre 2016 e 2026.
- Ensaios clínicos randomizados e não randomizados;
- Estudos realizados com mulheres adultas diagnosticadas com endometriose.
- Pesquisas que aplicassem intervenção fisioterapêutica, como fisioterapia do assoalho pélvico, terapia manual, exercícios terapêuticos ou eletroterapia.
- Estudos que avaliassem dor pélvica, dor genital, dispareunia ou outro desfecho doloroso associado à endometriose.

2.4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Publicações duplicadas ou sem acesso ao texto completo.
- Revisões, metanálises, protocolos, teses, dissertações, editoriais, cartas, capítulos, relatos de caso e resumos de eventos.
- Estudos sem mulheres com diagnóstico de endometriose, sem intervenção fisioterapêutica ou sem avaliação da dor.
- Pesquisas sobre outras condições genito pélvicas sem associação com a endometriose.
- Análises secundárias de um ensaio clínico já incluído, que foram consultadas apenas para a discussão.

2.5. ETAPAS DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A seleção foi feita em etapas: identificação dos registros, retirada das duplicatas, leitura de títulos e resumos e leitura dos textos completos. Além dos registros encontrados com a estratégia de busca, um ensaio clínico foi identificado em uma busca complementar no PubMed e incluído por atender aos critérios de elegibilidade. Esse processo está representado na Figura 1, elaborada a partir do modelo de fluxograma do PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Os estudos incluídos foram organizados em um quadro sinóptico e analisados de forma descritiva e comparativa quanto à amostra, à intervenção, ao protocolo, aos instrumentos e aos principais resultados. Alguns estudos que não fazem parte da amostra foram consultados

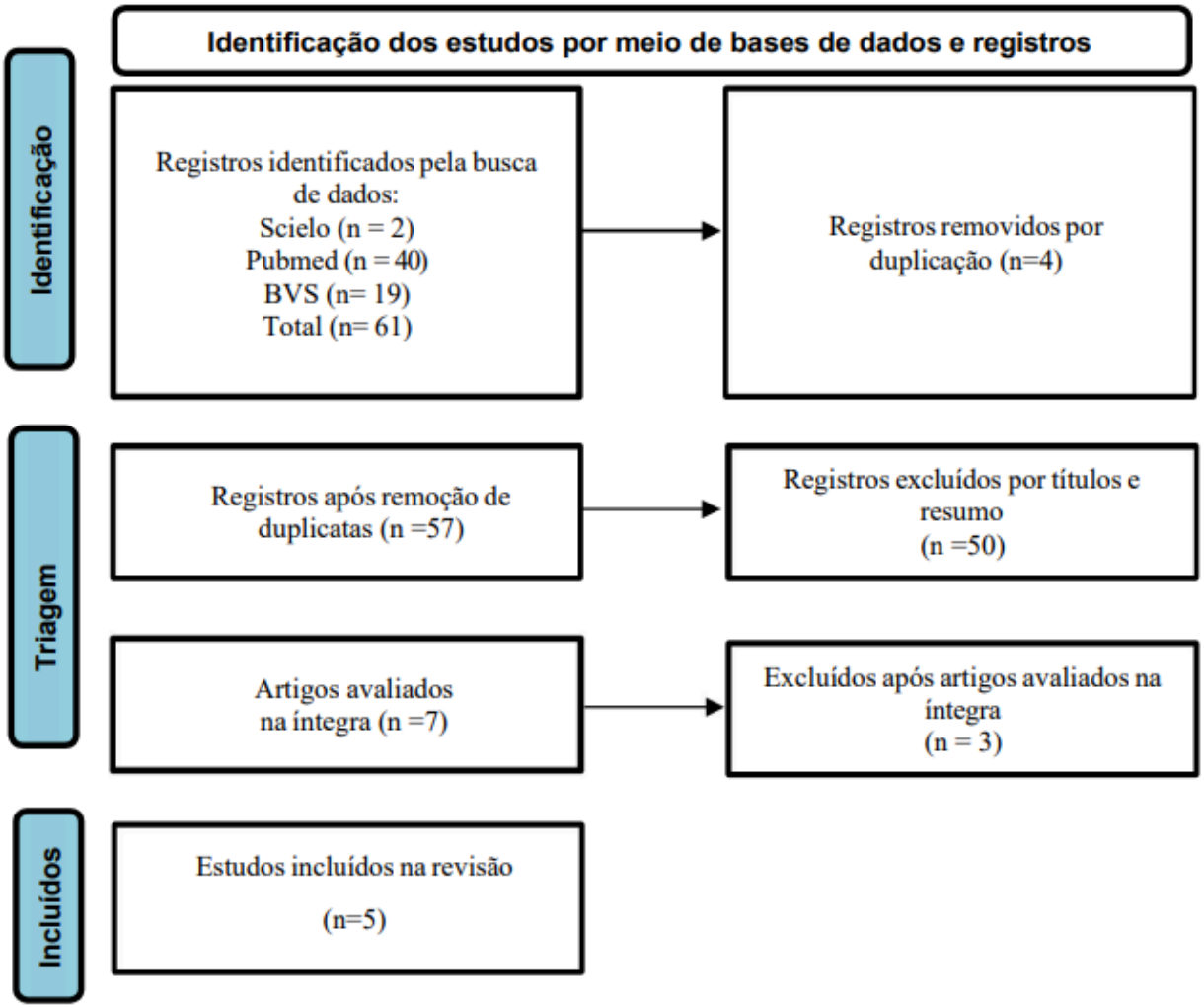
apenas para apoiar a discussão: as análises secundárias de Del Forno et al. (2024) e de Gabrielsen et al. (2026), que trazem desfechos adicionais de ensaios já incluídos, e a metanálise de Can et al.
(2026).

3 RESULTADOS

Foram encontrados 61 artigos: 40 na PubMed, 19 na BVS e dois na SciELO. Depois de retirar quatro duplicatas, 57 títulos e resumos foram lidos, e 50 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Sete artigos foram lidos na íntegra. Dois foram excluídos porque não permitiam analisar separadamente o efeito da fisioterapia, e um, Del Forno et al. (2024), por ser uma análise secundária do ensaio de Del Forno et al. (2021), já incluído. Seus resultados foram usados apenas na discussão. Assim, quatro artigos vieram da busca principal: Mira et al. (2020), Del Forno et al. (2021), Muñoz-Gómez et al. (2023) e Gabrielsen et al. (2025). A eles se somou o ensaio de Artacho-Cordón et al. (2023), identificado em uma busca complementar no PubMed.

Ao final, a revisão reuniu cinco artigos, cada um correspondente a um ensaio clínico. As intervenções foram eletroterapia, terapia manual, fisioterapia do assoalho pélvico e exercício supervisionado, como mostram a Figura 1 e o Quadro 1.

Figura 1- Fluxograma da metodologia da etapa de seleção e inclusão dos estudos



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Autor/ano	Amostra e perfil	Intervenção	Principais resultados
Mira *et al.* (2020)	101 mulheres com endometriose infiltrativa profunda: GI (n=53) e GC (n=48).	**GI:** tratamento hormonal associado à TENS autoadministrada durante oito semanas. **GC:** tratamento hormonal isolado.	Redução significativa da dor pélvica crônica apenas no GI. A dispareunia profunda melhorou nos dois grupos. O GI também apresentou melhora da função sexual, especialmente nos domínios lubrificação e dor.
Del Forno *et al.* (2021)	34 mulheres nulíparas com endometriose infiltrativa profunda e dispareunia superficial. Concluíram o ensaio 30 participantes: GI (n=17) e GC (n=13).	**GI:** cinco sessões individuais de fisioterapia do assoalho pélvico. **GC:** nenhuma intervenção fisioterapêutica. Reavaliação após quatro meses.	Melhora do relaxamento dos músculos do assoalho pélvico e redução da dispareunia superficial no GI. Houve diferença significativa entre os grupos na variação da dor pélvica crônica, favorável à fisioterapia.
Muñoz-Gómez *et al*. (2023)	41 mulheres com dor pélvica associada à endometriose: GI (n=21) e GC (n=20).	**GI:** protocolo de terapia manual durante oito semanas. **GC:** intervenção placebo no mesmo período. Avaliações após o tratamento e nos acompanhamentos de um e seis meses.	Redução da intensidade da dor e melhora da mobilidade lombar e do componente físico da qualidade de vida no GI. A melhora da dor foi mantida nos acompanhamentos. Não houve melhora significativa dos sintomas de ansiedade e depressão.
Artacho-Cordón *et al.* (2023)	31 mulheres com endometriose sem resposta satisfatória ao tratamento convencional: GI (n=16) e GC (n=15). Quatro desistências ao longo do estudo.	**GI:** programa de exercícios terapêuticos supervisionado por fisioterapeuta durante nove semanas, com uma semana inicial de aprendizado da estabilização lombopélvica e oito semanas de alongamento e exercícios aeróbicos e resistidos com foco na região lombopélvica. **GC:** tratamento habitual	Melhora da qualidade de vida no GI após a intervenção e em um ano. Redução da intensidade da dispareunia e dos pensamentos catastróficos relacionados à dor, aumento dos limiares de dor à pressão e ganho de força abdominal e lombar e de estabilidade lombopélvica. Adesão de 90,6%.

		prescrito pelo ginecologista. Avaliações após a intervenção e em um ano.	
Gabrielsen *et al.* (2025)	81 mulheres entre 18 e 45 anos, com endometriose confirmada por laparoscopia e dor pélvica ou genital: GI (n=41) e GC (n=40).	Ambos os grupos participaram de um curso de manejo da dor. **GI:** exercícios gerais supervisionados semanalmente, incluindo treinamento dos músculos do assoalho pélvico, durante quatro meses, além de exercícios domiciliares duas a três vezes por semana. **GC:** nenhuma intervenção adicional.	Melhora da dor pélvica ou genital atual após quatro meses, mantida no acompanhamento de 12 meses. Não houve melhora significativa da pior dor relatada no último mês. Os efeitos sobre os demais desfechos foram inconclusivos.

Legenda: GI: grupo de intervenção; GC: grupo controle; TENS: estimulação elétrica nervosa transcutânea; n: número de participantes.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2026

4 DISCUSSÃO

Os cinco ensaios mostraram redução de pelo menos um tipo de dor nas mulheres que fizeram fisioterapia. Como cada estudo usou um recurso diferente, incluiu mulheres com perfis diferentes e mediu a dor à sua maneira, a comparação entre eles foi feita sempre a partir de um ponto em comum: o mesmo público, o mesmo recurso ou o mesmo tipo de dor.

Mira et al. (2020) e Del Forno et al. (2021) estudaram o mesmo público, mulheres com endometriose infiltrativa profunda, com recursos diferentes, e avaliaram as mesmas dores: a dor pélvica crônica e a dispareunia profunda. Em Mira, 101 mulheres em tratamento hormonal usaram ou não TENS em casa por oito semanas. Em Del Forno, 34 mulheres nulíparas receberam cinco sessões de massagem de Thiele no assoalho pélvico ou nenhuma intervenção fisioterapêutica. Na dor pélvica crônica, os dois ensaios encontraram diferença a favor da fisioterapia, embora em Del Forno a mediana de variação tenha sido zero nos dois grupos, o que torna esse ganho pequeno do ponto de vista clínico. Na dispareunia profunda, nenhum dos dois encontrou diferença em relação ao controle. Em Mira, ela melhorou também no grupo que usou apenas hormônios, o que aponta para o efeito do tratamento hormonal, e em Del Forno a dismenorreia e a disquezia também não mudaram. Assim, no mesmo público, recursos tão diferentes quanto a corrente elétrica e a massagem do assoalho pélvico

esbarraram no mesmo limite: pouco efeito sobre a dor profunda, que depende mais da localização das lesões infiltrativas. Isso ajuda a explicar por que os autores testaram a fisioterapia como complemento, e não como substituta, do tratamento hormonal ou cirúrgico.

Os dois ensaios que trabalharam diretamente os músculos do assoalho pélvico foram Del Forno et al. (2021) e Gabrielsen et al. (2025), e eles seguiram caminhos opostos. Em Del Forno, o objetivo era relaxar a musculatura, com massagem de Thiele em sessões individuais, em mulheres selecionadas por terem dispareunia superficial. A dispareunia superficial caiu três pontos na escala numérica de dor, e a ultrassonografia transperineal 3D/4D mostrou aumento da área do hiato do levantador durante a manobra de Valsalva, sinal de que a musculatura passou a relaxar melhor. Em Gabrielsen, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico fazia parte de um programa de exercícios gerais em grupo, oferecido a mulheres com dor pélvica ou genital, a maioria com doença mínima ou leve e sem seleção por disfunção do assoalho pélvico. Houve redução da dor atual, mas não da pior dor, e o domínio da dor do FSFI não se diferenciou do controle (Gabrielsen et al., 2026). A comparação sugere que o efeito sobre a dor na relação sexual aparece quando a intervenção no assoalho pélvico é dirigida a uma disfunção identificada, como a dificuldade de relaxamento. Na endometriose infiltrativa profunda, em que o aumento do tônus é frequente, fortalecer uma musculatura que já tem dificuldade de relaxar pode não ser a melhor escolha, o que reforça a importância de avaliar o assoalho pélvico antes de decidir entre relaxar e fortalecer. Como os dois estudos diferem também no público e na forma de aplicação, essa leitura ainda é uma hipótese.

A função sexual foi avaliada em três ensaios. Em Mira et al. (2020), a TENS melhorou os domínios lubrificação e dor do FSFI, embora a dispareunia profunda, medida separadamente, não tenha mudado em relação ao controle. Del Forno et al. (2024), com as participantes do ensaio de 2021, não encontraram diferença entre os grupos, mesmo com a queda da dispareunia superficial já descrita. Em Gabrielsen et al. (2026), a função sexual melhorou aos quatro meses, mas a diferença desapareceu aos 12 meses e não apareceu entre as mulheres sexualmente ativas, e os próprios autores atribuem o achado à proporção diferente de mulheres com vida sexual ativa em cada grupo. Parte dessas divergências pode vir do instrumento, já que, como lembram Del Forno et al. (2024), o FSFI não distingue a dispareunia superficial da profunda. ArtachoCordón et al. (2023) também observaram menor intensidade da dispareunia com o programa de exercícios, o que reforça que essa queixa pode responder à fisioterapia, mas mostra também que os estudos ainda precisam avaliar separadamente os dois tipos de dor.

No ensaio de Muñoz-Gómez et al. (2023), após sessões quinzenais de terapia manual por oito semanas, o grupo tratado teve menos dor que o grupo placebo ao final do tratamento e no acompanhamento de seis meses, além de maior mobilidade lombar. Foi o único estudo incluído com grupo placebo: as participantes desse grupo receberam um toque leve nos mesmos pontos e pelo mesmo tempo, e todas acreditaram ter recebido fisioterapia. Por isso, é o resultado que melhor mostra que o efeito não depende só do contato com o terapeuta ou da expectativa de melhora. Ainda assim, o protocolo juntou manipulações vertebrais e sacroilíacas, mobilização abdominal e do ligamento largo, liberação do diafragma pélvico e técnicas cranianas, então não dá para saber qual delas produziu o efeito, e algumas dessas técnicas têm plausibilidade biológica discutível. Além disso, o uso de analgésicos e anti-inflamatórios foi permitido durante o estudo.

Quando se compara a terapia manual com o exercício, os dois se parecem na duração do efeito, mas não no tipo de dor que alcançam. Muñoz-Gómez et al. (2023), Artacho-Cordón et al. (2023) e Gabrielsen et al. (2025) foram os ensaios com acompanhamento mais longo, de seis meses a um ano. Na terapia manual e no estudo de Gabrielsen, a redução da dor se manteve, e no de Artacho-Cordón a melhora da qualidade de vida continuava presente após um ano. No estudo de Gabrielsen et al. (2025), porém, os exercícios supervisionados reduziram a dor pélvica ou genital atual, mas não a pior dor relatada no último mês. A dor do dia a dia respondeu à atividade física regular, e os picos de dor, que provavelmente dependem do ciclo menstrual e da atividade das lesões, não responderam. Os dois ensaios com programas de exercício, Gabrielsen et al. (2025) e Artacho-Cordón et al. (2023), também mostram que o modo de aplicar pode pesar tanto quanto o exercício escolhido. Nos dois, as sessões foram supervisionadas por fisioterapeuta, então a supervisão, sozinha, não explica a diferença entre os resultados. O contraste mais evidente está na adesão.

Para Gabrielsen et al (2025), as sessões eram em grupo, os dois grupos fizeram um curso de manejo da dor, de modo que o efeito encontrado é o do exercício somado a uma intervenção educativa, e a adesão foi baixa, com média de 1,8 sessão por semana contando treinos supervisionados e domiciliares (Gabrielsen et al., 2026). Já Artacho-Cordón et al., (2023), o programa durou nove semanas, teve foco na estabilização lombopélvica e adesão de 90,6%, e a melhora da qualidade de vida se manteve após um ano, junto com ganho de força e estabilidade lombopélvica. Os públicos também eram diferentes, pois no primeiro a maioria das mulheres tinha doença mínima ou leve, e no segundo todas haviam deixado de responder ao tratamento convencional. Diferenças de público, duração e foco do programa impedem

afirmar que a adesão, sozinha, explica o resultado, mas ela é o fator que mais separa os dois estudos.

Em relação aos aspectos emocionais, a terapia manual de Muñoz-Gómez et al. (2023) não alterou os sintomas de ansiedade e depressão. Já no ensaio de Artacho-Cordón et al. (2023), o programa supervisionado de exercícios terapêuticos reduziu os pensamentos catastróficos sobre a dor e aumentou os limiares de dor à pressão. Uma explicação possível está na forma como a paciente participa de cada tratamento. Na terapia manual ela recebe o tratamento de forma passiva, enquanto no exercício ela participa ativamente, o que pode aumentar a confiança na própria capacidade e diminuir o medo de se movimentar. Isso, no entanto, é uma hipótese, já que nenhum dos estudos comparou as duas abordagens diretamente.

No conjunto, esses resultados estão de acordo com a metanálise de Can et al. (2026), que reuniu oito estudos e encontrou redução média de cerca de dois pontos na intensidade da dor com técnicas fisioterapêuticas, com efeito maior quando aplicadas localmente. Nesta revisão, as intervenções feitas na região pélvica (Mira et al., 2020; Del Forno et al., 2021) tiveram efeitos mais claros sobre desfechos específicos, enquanto o exercício geral (Gabrielsen et al., 2025) teve efeito apenas sobre a dor atual. Os autores da metanálise classificaram a certeza da evidência como baixa, e a mesma avaliação vale para os ensaios analisados aqui. Apenas Muñoz-Gómez et al. (2023) usaram grupo placebo. Nos demais, as participantes sabiam se estavam ou não recebendo a intervenção, o que pode aumentar o efeito observado em um desfecho subjetivo como a dor. As amostras foram pequenas, principalmente em Del Forno et al. (2021) e Artacho-Cordón et al. (2023), com cerca de 30 participantes cada, e os protocolos, os parâmetros e os instrumentos de avaliação variaram bastante entre os estudos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções fisioterapêuticas avaliadas reduziram a dor genitopélvica de mulheres com endometriose, mas cada uma agiu sobre um tipo de dor. O benefício foi maior na dor com componente muscular, como a dispareunia superficial, e na dor persistente do cotidiano. Já a dispareunia profunda e a pior dor relatada não melhoraram em relação ao controle. A fisioterapia, então, complementa o tratamento médico, e vale avaliar o assoalho pélvico mesmo em mulheres que já fazem tratamento hormonal ou passaram por cirurgia, porque parte da dor que continua pode ter origem muscular.

Como os ensaios tiveram amostras pequenas, quase todos sem grupo placebo e com protocolos muito diferentes, esses resultados ainda precisam ser confirmados. Estudos futuros devem incluir intervenção simulada, avaliar separadamente a dispareunia superficial e a profunda e acompanhar as mulheres por mais tempo.

6 REFERÊNCIAS

ARTACHO-CORDÓN, Francisco et al. Effect of a multimodal supervised therapeutic exercise program on quality of life, pain, and lumbopelvic impairments in women with endometriosis unresponsive to conventional therapy: a randomized controlled trial. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 104, n. 11, p. 1785-1795, 2023. DOI: 10.1016/j.apmr.2023.06.020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37467936/. Acesso em: 19 set. 2026.

BECKER, Christian M. et al. ESHRE guideline: endometriosis. Human Reproduction Open, v. 2022, n. 2, hoac009, 2022. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8951218/pdf/hoac009.pdf. Acesso em: 6 out. 2026.

CAN, G. et al. Physiotherapy for endometriosis-associated pelvic pain: a systematic review and meta-analysis. Pain Medicine, v. 27, n. 1, p. 95-103, 2026. DOI: https://doi.org/10.1093/pm/pnaf083. Disponível em: https://academic.oup.com/painmedicine/article/27/1/95/8211830. Acesso em: 21 out. 2026.

DEL FORNO, Simona et al. Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, v. 57, n. 5, p. 726-732, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/uog.23590. Disponível em: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/uog.23590. Acesso em: 21 out. 2026.

DEL FORNO, Simona et al. Effects of pelvic floor muscle physiotherapy on urinary, bowel, and sexual functions in women with deep infiltrating endometriosis: a randomized controlled trial. Medicina, v. 60, n. 1, art. 67, 2024. DOI: https://doi.org/10.3390/medicina60010067. Disponível em: https://www.mdpi.com/1648-9144/60/1/67. Acesso em: 13 ago. 2026.

GABRIELSEN, Rakel et al. Supervised exercise and pelvic floor muscle training eases current pelvic and genital pain but not worst pelvic and genital pain in women with endometriosis: a randomised trial. Journal of Physiotherapy, v. 71, n. 4, p. 246-253, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jphys.2025.09.012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41006088/. Acesso em: 13 ago. 2026.

GABRIELSEN, Rakel et al. Effect of pain management, supervised exercise, and pelvic floor muscle training on sexual function in women with endometriosis: a randomized controlled trial. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2026. Publicação on-line antecipada. DOI: https://doi.org/10.1111/aogs.70318. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC13394777/. Acesso em: 21 out. 2026.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na

saúde e na enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt. Acesso em: 13 ago. 2026.

MIRA, Ticiana Aparecida Alves de et al. Hormonal treatment isolated versus hormonal treatment associated with electrotherapy for pelvic pain control in deep endometriosis: randomized clinical trial. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, v. 255, p. 134-141, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.10.018. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211520306485. Acesso em: 14 ago. 2026.

MUÑOZ-GÓMEZ, Elena et al. Effectiveness of a manual therapy protocol in women with pelvic pain due to endometriosis: a randomized clinical trial. Journal of Clinical Medicine, v. 12, n. 9, art. 3310, 2023. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm12093310. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37176750/. Acesso em: 18 ago. 2026.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, v. 372, art. n71, 2021. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.n71. Disponível em: https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71. Acesso em: 12 ago. 2026.

WÓJCIK, Małgorzata; SZCZEPANIAK, Renata; PLACEK, Katarzyna. Physiotherapy management in endometriosis. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 19, n. 23, art. 16148, 2022. Disponível em: https://www.mdpi.com/16604601/19/23/16148. Acesso em: 3 out. 2026.