

Liberação Miofascial Instrumentalizada (técnica lombar, sacral e abdominal) reduz a dor de mulheres com Dismenorreia Primária

Maria Eduarda Zanella¹, Alana Tâmis Leonel²

RESUMO

Submissão: 04/12/2023

Aceite: 18/12/2023

Publicação: 31/12/2023

Panorama: A dismenorreia primária é condição prevalente que impacta as AVDs e atividades laborais de bilhões de mulheres, e novas técnicas de tratamento são necessárias. **Objetivo:** Testar um protocolo composto por três técnicas manuais instrumentalizadas sobre a dismenorreia primária. **Método:** A dor de 8 pacientes foi avaliada antes e depois da intervenção pelo McGill, EVA e PSST. A intervenção foi composta de manobras de liberação abdominal, sacral e lombar com um instrumento “quadrado” do método IASTM® de liberação miofascial, uma sessão por semana durante quatro semanas. **Resultados:** Todas as mulheres apresentaram diminuição importante (média de -80%) da dor, sendo que cerca de um terço foi curada da dor. O resultado menos notável foi na paciente com IMC compatível com obesidade. **Conclusão:** As manobras propostas de liberação miofascial instrumentalizada são eficientes no alívio da dismenorreia primária e demais sintomas da SPM, mas atenção especial deve ser voltada para mulheres obesas.

ABSTRACT

Background: Primary dysmenorrhea is a prevalent condition that impacts the ADLs and work activities of billions of women, and new treatment techniques are needed. **Aims:** To test a protocol composed of three manual techniques used on primary dysmenorrhea. **Method:** The pain of 8 patients was assessed before and after the intervention using McGill, VAS and PSST. The intervention consisted of abdominal, sacral and lumbar release maneuvers with a “square” instrument of the IASTM® myofascial release method, one session per week for four weeks. **Results:** All women showed a significant reduction (average of -80%) in pain, with around a third being cured of pain. The least notable result was in the patient with a BMI compatible with obesity. **Conclusion:** The proposed instrumented myofascial release maneuvers are efficient in relieving primary dysmenorrhea and other PMS symptoms, but special attention should be focused on obese women.

INTRODUÇÃO

A dismenorreia primária é uma patologia ginecológica a qual se refere à dor menstrual, estudos nos trazem, que essa dor afeta aproximadamente 50% das mulheres em idade reprodutiva, ou seja, desde sua primeira menstruação, e em 10% delas, apresenta-se com intensidade suficiente que interfere na sua vida diária¹. Grande parte da população feminina sofre com esse transtorno podendo causar dificuldade em realizar suas atividades cotidianas, sendo que estas mulheres podem se tornar reféns da terapia medicamentosa, por acreditarem que o único aliado para diminuição da dor seja a medicação².

O ciclo menstrual é um processo fisiológico que ocorre em todas as mulheres em idade reprodutiva, elas normalmente menstruam de 3 a 5 dias, mas a cólica pode vir uma semana antes, provocada pela liberação de prostaglandina, então se compararmos em 30 dias, é muito tempo que essa mulher sofre com dor menstrual³.

Os fatores que podem causar muita cólica nessas mulheres pode ser só a fase da tensão pré-menstrual que precede a menstruação que normalmente todas as mulheres sentem por apresentarem um fluxo menstrual alto com ausência de qualquer patologia pélvica, porém podem ser problemas secundários como síndrome do ovário policístico e endometriose, o que tornam as dores mais intensas^{4, 5}.

Contudo, essas mulheres buscam tratamentos farmacológicos para a dor menstrual, mas muitas delas não sabem que o uso excessivo e prolongado dessas medicações pode vir trazer malefícios para saúde, como quaisquer outros efeitos colaterais ou efeitos adversos, pois os fármacos ajudam a minimizar os sintomas menstruais⁷, muito embora não exercem nenhuma melhoria na função do útero e ovário, eles calam de certa forma o que o corpo quer manifestar, não sendo bom para essa mulher, sendo assim é necessário buscar medidas alternativas para esse tratamento⁷. Estudos mostram que a fisioterapia nos traz uma gama muito grande de recursos terapêuticos que podem atuar nesse desconforto, como a osteopatia, acupuntura, pilates e a liberação miofascial geral, que pode ser realizada também de forma instrumentalizada (auxiliada por instrumentos que assessoram a mão humana⁸.

O padrão anatômico do corpo humano tem áreas côncavas, convexas ou planas, sendo assim, ferramentas para o auxílio instrumental da liberação miofascial deve ter como fundamento reproduzir

este mesmo padrão, a fim de se manter a coerência e compatibilidade com o corpo humano⁹. Hoje são descritas com relativo sucesso técnicas instrumentalizadas como deslizamento no sentido longitudinal e transversal das fibras musculares; deslizamento com estiramento oposto com o foco de obter ganho de elasticidade tecidual; técnica de fundo de saco com objetivo a redução de aderência em tecidos conectivos superficiais; e técnica oscilatória seguindo o princípio da fásia musculoesquelética¹⁰.

Há indícios de que a liberação miofascial por terapia manual instrumentalizada traz benefícios para a saúde ginecológica, bem como o alívio de dores crônicas e tensão muscular⁶. A terapia de liberação miofascial instrumentalizada, além de ser um meio de tratamento bom para os pacientes, facilita o trabalho da fisioterapeuta ao evitar problemas como lesões por esforços repetitivos⁸.

Particularmente, dentro das técnicas de liberação miofascial instrumentalizada, têm destaque as técnicas de liberação miofascial da região lombar⁸⁻¹⁰. Por outro lado, a dor lombar é sintomas algícos importante do quadro que compreende o conjunto de dores que compõem os quadros de dismenorreia⁴⁻⁷. Deste modo emerge a hipótese de que o tratamento dos componentes miofasciais lombares em pacientes com dismenorreia, a partir de técnicas instrumentalizadas, pode minimizar estes sintomas algícos e, assim, o quadro da dismenorreia como um todo. É o teste desta hipótese, por fim, o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio clínico não controlado, realizado nas dependências das 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 nº 6.252.775. O recrutamento de possíveis voluntárias foi realizado através de folders distribuídos e publicado em redes sociais, bem como através de convite informal.

A amostra por conveniência foi composta por mulheres da cidade de Guarapuava, PR tendo como critérios de inclusão como ter idade superior a 18 anos, não possuir doença pré-existente como endometriose, síndrome do ovário policístico e não fazer uso de nenhum método contraceptivo (pílula, DIU e outros), além de terem disponibilidade de uma vez na semana se deslocar até o local da pesquisa.

Após esclarecimentos sobre como iria decorrer o estudo e de como seriam realizadas as técnicas e assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), as pacientes que aceitaram e se enquadraram nos critérios de inclusão, iniciaram o tratamento a partir de técnicas de liberação miofascial instrumentalizadas nas regiões do baixo ventre, lombar e sacral, com um instrumento especificamente desenvolvido para este fim, perfazendo um total de quatro sessões, uma vez por semana. No primeiro dia as participantes assinaram o TCLE e responderam ao questionário de avaliação da dor atual.

Para avaliar o nível este fim foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA), que conta com uma escala de 10 números (0 a 10) e de resposta objetiva, onde '0' é sem dor, e '10' é o nível de dor extrema¹¹. Para avaliar a qualidade da dor foi utilizado o questionário McGill¹², que avalia a dor e intensidade em três dimensões: sensorial (caracteriza a qualidade da dor), afetivo (caracteriza a qualidade da experiência da dor), avaliativa (caracteriza de modo global a avaliação da dor) e miscelânea, sendo assim o indivíduo marcou a alternativa que mais correspondiam com sua dor. O índice é obtido através da somatória dos valores de intensidade que cada participante selecionou, o valor máximo do questionário é de 78 pontos, sendo obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes (sensorial, afetiva, avaliativa e miscelânea) são 20 subgrupos e 78 descritores. O grupo sensorial (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas e segmento da dor; o grupo afetivo (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão da tensão e medo; o grupo avaliativo (subgrupo 16) permitem que elas expressem a experiência dolorosa e por fim (subgrupos de 17 a 20) grupo miscelânea, após isso o avaliador vai realizar a contagem das marcações de acordo com a categoria avaliada¹².

Por fim foi utilizada a ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais (PSST) para avaliar a dismenorreia. Nela as pacientes marcaram os sintomas que mais se adequaram com a sua dor. Esse questionário é composto por itens que se relacionam com sintomas físicos, psicológicos, comportamentais e o impacto dos sintomas no comportamento das mulheres. Para o diagnóstico de SPM (síndrome pré-menstrual) a paciente deve apresentar ao menos 1 sintoma nos itens de 1-4 moderado a severo; pelo menos quatro sintomas nos itens de 1-14 moderado a severo, e ao menos um item de A-E precisa ser moderado a severo para ter o diagnóstico de SPM¹¹.

A intervenção foi composta por técnicas de liberação miofascial instrumentalizada, conceito mecanofisiológico. Foi utilizado uma peça de polietileno do kit IASTM®⁹ chamada quadrado (figura 1),

compatível com várias regiões do corpo humana, que tem por base de sua metodologia a própria terapia manual nos tecidos moles⁹.

Figura 1: ferramenta “quadrado” do kit IASTM® de instrumentalização para liberação miofascial. Disponível em <https://gustavopilon.com/kit-iastm/>



Foram realizadas técnicas de deslizamento, fundo de saco e oscilatória com a curva de número 3 (figura 1) em sessões uma vez na semana durante quatro semanas, em decúbito dorsal para liberação do músculo psoas (figura 2A), em decúbito ventral para o ligamento útero sacro (figura 2B) e a região lombar (figura 2C).

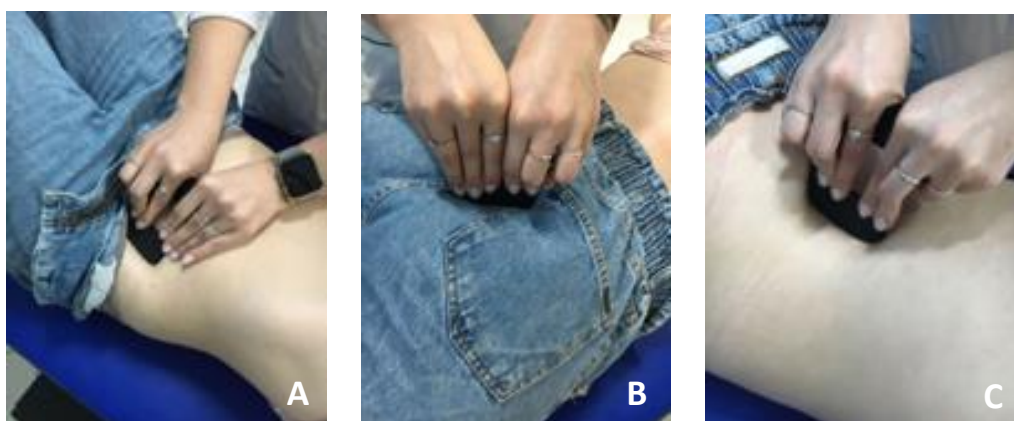


Figura 2: Demonstração das posições das manobras que fizeram parte da intervenção. **A:** decúbito ventral, **B** e **C** decúbito dorsal.

Ao término das quatro sessões, os questionários foram respondidos novamente como forma de reavaliação para os resultados da intervenção. Cada sessão durou trinta minutos, e foi utilizado o protocolo de biossegurança como lençóis descartáveis na maca e álcool após cada participante entrar na sala.

Os dados obtidos foram processados a partir de estatística descritiva, onde os valores pré e pós-intervenção foram comparados, sendo considerada medida de sucesso terapêutico a redução nos valores de dor pós-intervenção quando comparadas a dor pré-intervenção para cada paciente individualmente (análise intrasujeito).

RESULTADOS

Participaram do estudo oito mulheres com idade média de 19 anos, 62,5% delas namorando e 37,5% solteiras. Destas duas nunca fizeram uso de anticoncepcional, as outras seis haviam usado, mas todas interromperam o uso por motivos diversos (duas pelo excesso de acne, duas por não utilizarem corretamente, uma por mal-estar e uma por usar há muitos anos).

A análise dos resultados da ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais (PSST) mostrou que no primeiro ciclo menstrual pré-intervenção 50% das participantes (quatro mulheres) se enquadravam nos critérios para serem classificadas como portadoras de síndrome pré-menstrual (SPM). Já na análise pós-intervenção, observou-se que nenhuma das participantes poderiam ser classificadas nestes critérios, sendo assim excluído o diagnóstico de síndrome pré-menstrual, representando 100% de cura da SPM para as quatro jovens com a síndrome que compuseram a amostra.

Já os resultados quanto a intensidade da dor da dismenorreia primária por meio da EVA, observamos que houve uma diminuição no escore de dor em todas as participantes, sendo que duas pacientes (25% da amostra) apresentaram cura da dor (dor zero ao final da intervenção) e três (37,5%) apresentaram dor grau 1 ao final da intervenção (tabela 1). Resultado semelhante foi observado com relação à qualidade da dor pelo questionário McGill, onde houve diminuição da pontuação e todas as pacientes apresentaram melhora, com destaque para três delas (37,5%) que apresentaram dor zero (cura) e mais duas (25%) que apresentaram dor mínima (grau 1) ao final da intervenção. Apenas duas pacientes não apresentaram melhora tão significativa, terminando com menos de 50% de melhora na dor, mesmo assim, com diminuição importante na qualidade desta dor (tabela 1). A média de melhora da qualidade da dor para o grupo foi de 80,4%.

Tabela 1: intensidade e qualidade da dor antes e após a intervenção.

Participantes	EVA		McGILL		
	Pré	Pós	Pré	Pós	% de melhora
P1	9	1	45	1	97,7%
P2	10	1	58	1	98,2%
P3	8	6	36	31	37,9%
P4	6	0	35	0	100%
P5	8	4	39	0	100%
P6	7	1	34	6	82,3%
P7	10	0	59	0	100%
P8	8	2	36	26	27,7%

DISCUSSÃO

A dismenorreia é o principal e mais limitante sintoma dentro do conjunto que forma a síndrome pré-menstrual (STM), condição que aflige cerca de metade dos mais de cinco bilhões de pessoas com útero em todo o mundo^{1,2}. Estudos recentes têm evidenciado o caráter miofascial por detrás da dismenorreia primária¹⁷.

Estes sintomas, altamente limitantes e incapacitantes, são prevalentes em jovens universitárias. De fato, Rezende et al. (2022)⁵, em estudo transversal sobre prevalência SPM em acadêmicas universitárias, descreveram uma prevalência de quase metade das 1.115 participantes. Destas, a maioria apresentou sintomas físicos e dolorosos, os quais impactaram diretamente as atividades de vida diária, afastando-as temporariamente destas atividades, inclusive as laborais, durante os períodos de dor. Corroborando estas observações, nosso estudo, ainda que com amostra diminuta, apresentou uma melhora média de 80% da dor e cura para cerca de um terço da amostra.

Boa parte das dores do complexo que compõem a SPM vem de dores lombares e sacrais. Para estas existem hoje técnicas de liberação miofascial instrumentalizada eficientes⁹ que, conforme demonstramos, são capazes de aliviar de modo significativo a dor de toda nossa amostra. Contudo é importante frisar que o pior escore de melhora (diminuição da dor) foi apresentado pela voluntária com pior índice de massa corporal, compatível à obesidade. Esta observação pode indicar que possivelmente o funcionamento da terapia miofascial instrumentalizada não funcione tão bem nesta população, talvez pela pior coaptação do instrumento em si com uma maior camada adiposa, afastando o foco terapêutico de músculos e fáscias, com falha particular na pressão e deslizamento dos tecidos durante a técnica. Novos estudos a este respeito se fazem necessários, na busca por técnicas alternativas para esta população em si, como por exemplo a Manobra do Ligamento Largo, que apresentou excelentes resultados no tratamento da dismenorreia primária¹⁷.

Alves et al. (2021)¹³, em estudo transversal, buscou investigar o efeito da técnica de manipulação visceral no tratamento de dor na dismenorreia primária em mulheres com idade superior a 18 anos. Foram tratadas 13 mulheres em dois grupos: um grupo controle e um grupo experimental. O primeiro grupo recebeu a aplicação do Tens Burst e o segundo grupo a manipulação visceral do útero e ovários por via externa. Ao final do estudo o segundo grupo apresentou melhora significativa dos sintomas algícos, reduzindo a escala de dor EVA para 3,85 pontos em média. Técnicas manuais

são eficazes no manejo da dismenorreia primária, assim como mostramos em nosso estudo.

Ainda, Araújo et al. (2020)¹⁴ apresentaram um estudo transversal sobre a Influência da prática de atividade física em pacientes com dismenorreia, numa amostra composta por 59 mulheres com aproximadamente 25 anos de idade. Os autores concluíram que a prática da atividade física teve correlação positiva no controle da dismenorreia. Corroborando estas observações, Passarella et al. (2021)¹⁵, em estudo sobre influência da prática de atividade física e a SPM, avaliaram 228 estudantes de Medicina, 95 delas praticantes de atividade física e 133 não praticantes. Os resultados do estudo indicaram que as praticantes de atividade física apresentam níveis baixos de SPM. Em conjunto com técnicas de liberação miofascial, a atividade física pode ser um adjuvante importante no combate aos sintomas da dismenorreia. Novos estudos explorando o papel da atividade física na mobilização dos tecidos miofasciais dos compartimentos abdominal, lombar e pélvico podem fornecer *insights* importantes para o entendimento deste complexo patofisiológico.

Canário et al. (2020)¹⁶, estudou oito mulheres avaliando os efeitos da mobilização uterina associada a terapia craniossacral no alívio da dismenorreia primária. As participantes foram divididas em (GC) grupo controle que recebeu a técnica de mobilização uterina e (GE) grupo experimental recebeu a terapia craniossacral. Verificou-se que para o GE houve uma redução maior na intensidade dos sintomas da dismenorreia comparado com o GC, concluindo-se que técnicas pélvicas específicas parecem apresentar bons resultados sobre a dismenorreia. Corroborando, Muffato & Leonel (2023)¹⁷ demonstraram que uma técnica intravaginal de liberação miofascial manual específica para os tecidos periuterinos e periovarianos melhorou em mais de 70% a dor de pacientes com dismenorreia primária. Uma das três técnicas utilizadas em nosso estudo (técnica em decúbito dorsal) teve também enfoque na região pélvica, sendo também altamente eficaz na diminuição das dores que compõem a dismenorreia primária.

CONCLUSÃO

A SPM é prevalente em jovens universitárias e acomete cerca de metade da população mundial composta por pessoas com útero, impactando negativamente sobre as atividades laborais e de vida diária. O conjunto de três técnicas – abdominal, sacral e lombar – de liberação miofascial instrumentalizada foi eficiente na redução das dores da dismenorreia primária de todas as pacientes

tratadas, à exceção da única paciente cujo índice de massa corporal foi compatível com obesidade. Sendo assim a metodologia de tratamento proposta apresenta resultados poderosos, com diminuição média de 80% da dor para estas mulheres em poucas sessões e, por não apresentar efeitos colaterais e riscos poderia ser considerada como primeira opção de tratamento para a população de mulheres com dismenorreia primária.

REFERÊNCIAS

1. Miel M, Cezarino P, Margarido P, et al. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Dismenorréia primária: tratamento; Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira, São Paulo, SP, Brasil 59 (5), 28 nov 2013.
2. Ferreira EJ, Azanki NC, Batista AC, Albernaz C. Atuação da fisioterapia na dismenorreia primária. Trindade: Curso de Fisioterapia da Faculdade Montes Belos; 2010.
3. Bouzas I, Braga C, Leão L. Ciclo menstrual na adolescência. Adolesc Saude. 2010;7(3):59-63.
4. Ferries, Rowe, Elizabeth; Corey, Elizabeth; Archer, Johanna S. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. Obstetrics and gynecology, v. 136, n. 5, p. 1047–1058, 2020.
5. 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. doi: 10.1055/s-0041-1741456.
6. Harel Z. Dismenorreia em adolescentes e adultos jovens: uma atualização sobre tratamentos farmacológicos e estratégias de manejo Expert Opin Pharmacother 201213152157–2170. Doi: 10.1517/14656566.2012.725045
7. Salomão AJ, Ikeda F, Cesane FHY, Peterlevitz MA, Ramos LO. Aspectos terapêuticos da dismenorreia primária. Rev Ginecol Obstet. 1995;6(1):5-19.
8. Silveira, Rodrigo Pimentel Efeitos da liberação miofascial instrumental no desempenho físico de corredores de 400 metros: um ensaio clínico randomizado- 22-Ago-2023.
9. Kim J, Sung DJ, Lee J. Therapeutic effectiveness of instrument-assisted soft tissue mobilization for soft tissue injury: mechanisms and practical application. J Exerc Rehabil. 2017 Feb 28;13(1):12-22. doi: 10.12965/jer.1732824.412. PMID: 28349028; PMCID: PMC5331993.
10. Ikeda N, Otsuka S, Kawanishi Y, Kawakami Y. Effects of Instrument-assisted Soft Tissue Mobilization on Musculoskeletal Properties. Med Sci Sports Exerc. 2019 Oct;51(10):2166-2172. doi: 10.1249/MSS.0000000000002035. Erratum in: Med Sci Sports Exerc. 2020 Feb;52(2):524. PMID: 31083046; PMCID: PMC6798743.
11. Parise, Cláudia K et al. 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, v. 11,n. 9, p. 141–156, 2016.

12. Pimenta, C. A.; Teixeira, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua Portuguesa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, n. 3, p. 473–483, 1996.
13. Alves, JM de S. et al. Efeitos da manipulação visceral no tratamento da dor em mulheres com dismenorreia primária 2021.
14. Araújo, L. de C., Filho, JC, de Moraes, IMBB, Marques, PC, Rangel, V. de S., Parente, V. de F. da C., Espíndola, ACPL, & da Silva, CAB (2020). Influência do exercício físico na dismenorreia / Influência do exercício físico na dismenorreia. Revista Brasileira de Desenvolvimento, 6 (5), 26344–26353.
15. Passarella, LC, Melo MA, Oyharçabal CM- Estudantes de Medicina- Influência da Prática de Atividade Física e a TPM/ Revista científica UMC- v. 6, n. 3 (2021)
16. Canário MB, Gilly D. Efeitos da terapia craniossacral e a mobilização uterina no alívio da dismenorreia primária: um estudo piloto. Revista FisiSenectus, Chapecó, Brasil, v. 7, n. 2, p. 12–22, 2020. DOI: 10.22298/rfs.2019.v7.n2.5050.
17. Mufatto AA, Leonel AT. Manobra do Ligamento Largo reduz dor e outros sintomas da dismenorreia primária. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3)46-55.