

Manobra do Ligamento Largo *versus* Liberação Miofascial Instrumentalizada no tratamento do SPM e Dismenorreia Primária



Eliene Cavalheiro¹, Alana Tâmisa Leonel²

RESUMO

Panorama: A dismenorreia é o sintoma mais incapacitante da síndrome pré-menstrual (SPM), para as quais existem técnicas de liberação miofascial tanto externas quanto intracavitárias. **Objetivo:** Comparar eficácia e eficiência de dois protocolos de liberação miofascial, um interno e outro externo, no alívio da dismenorreia e demais sintomas da SPM. **Método:** 12 mulheres de média etária 21,1 anos foram randomizadas em dois grupos e receberam durante quatro semanas uma sessão semanal de liberação miofascial instrumentalizada (G2) ou com a Manobra do Ligamento Largo (G1). Foram medidas antes e depois da intervenção a intensidade da dor (EVA), qualidade da dor (McGill) e SPM em si (PSST). **Resultados:** Inicialmente metade das voluntárias possuíam SPM, e os escores médios para EVA e McGill foram 8 e 44,4 respectivamente. Após a intervenção nenhuma se enquadrava nos critérios de SPM e os escores de EVA e McGill caíram para 1,9 e 7,9 respectivamente, com resultados mais expressivos para o G1. **Conclusão:** Tanto a Manobra do Ligamento Largo quanto a Liberação Miofascial Instrumentalizada IASTM® são eficientes no tratamento da SPM e da dismenorreia, com leve vantagem para a primeira. A etiologia da dismenorreia e da SPM devem residir em disfunções miofasciais e não hormonais.

ABSTRACT

Background: Dysmenorrhea is the most disabling symptom of premenstrual syndrome (PMS), for which there are both external and intracavitary myofascial release techniques. **Aims:** To compare the effectiveness and efficiency of two myofascial release protocols, one internal and one external, in relieving dysmenorrhea and other PMS symptoms. **Method:** 12 women with an average age of 21.1 years were randomized into two groups and received a weekly session of instrumented myofascial release (G2) or the Broad Ligament Maneuver (G1) for four weeks. Before and after the intervention, pain intensity (VAS), pain quality (McGill) and SPM itself (PSST) were measured. **Results:** Initially half of the volunteers had PMS, and the average scores for VAS and McGill were 8 and 44.4 respectively. After the intervention, none met the SPM criteria and the VAS and McGill scores fell to 1.9 and 7.9 respectively, with more significant results for G1. **Conclusion:** Both the Largo Ligament Maneuver and IASTM® Instrumentalized Myofascial Release are efficient in the treatment of PMS and dysmenorrhea, with a slight advantage for the former. The etiology of dysmenorrhea and PMS must lie in myofascial and not hormonal dysfunctions.

INTRODUÇÃO

A dismenorreia primária, popularmente conhecida como cólica menstrual, é caracterizada por uma dor que pode ou não estar associada a lesões nos órgãos pélvicos, podendo estar relacionada à produção intensa de prostaglandinas, onde provoca contrações uterinas. É um distúrbio ginecológico que atinge inúmeras mulheres durante a fase reprodutiva¹.

Esta dor pélvica que ocorre durante o período menstrual, está presente no baixo ventre ou na região lombar e, na maioria dos casos, vem acompanhada de outros sinais e manifestações, como cefaleia, inchaço abdominal, sensibilidade mamária, náuseas, fadiga, constipação ou diarreia, sintomas que podem perdurar durante todo o período menstrual ou apenas o primeiro e segundo dia. Estes sintomas são intensos ao ponto de interferirem rigorosamente na vida social e produtiva da mulher, ocasionando problemas no trabalho, relacionamento, estudos e no lar, sendo que elas muitas vezes buscam alívio dos sintomas com intervenções medicamentosas, mesmo sem prescrição médica².

As causas da dismenorreia primária variam, podendo ser de caráter biológico, psicológico, social e de estilo de vida. Fatores biológicos incluem idade mais precoce na menarca, fluxo menstrual mais intenso e história familiar de dismenorreia. Os fatores psicológicos estão associados ao estresse, ansiedade e depressão, já os fatores sociais são caracterizados por um nível mais baixo de apoio social e até mesmo de recursos. Quanto aos fatores de estilo de vida destacam-se o tabagismo, o sedentarismo e a dieta irregular³. Como forma de tratamento, a fisioterapia pélvica vem se destacando com intervenções e técnicas para disfunções associadas à musculatura do assoalho pélvico (MAP)⁴.

Técnicas de liberação miofascial vêm conquistando um espaço importante no tratamento de dores pélvicas^{4,5}, ao ponto de existirem atualmente técnicas intracavitárias (realizadas por via vaginal)⁴ e técnicas externas, realizadas nas regiões abdominal e lombar com auxílio de instrumentos manuais especificamente desenhados para este fim⁵. Contudo não existem até o momento estudos comparando estas duas técnicas, particularmente quanto ao alívio das dores provocadas pela dismenorreia primária, sendo esta comparação, por fim, o objetivo do presente estudo.

MÉTODO

Trata-se de um ensaio randomizado controlado, de caráter comparativo, aprovado pelo Comitê

de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Guarapuava-PR, sob o parecer 6.252.775 realizado nas dependências da Policlínica Uniguairacá. O recrutamento para a pesquisa foi realizado através de folders distribuídos e publicado em redes sociais, bem como através de convite informal. A amostra foi composta por mulheres maiores de idade, residentes da cidade de Guarapuava, PR, as quais preencheram os critérios de inclusão como que, além da maior idade, compreendiam também, não possuir doenças pré-existentes como endometriose e síndrome do ovário policístico ou fazer uso de nenhum tipo de método contraceptivo (DIU, pílula, chip, adesivo, etc), além de possuir disponibilidade uma vez na semana para deslocamento até o local da intervenção.

No primeiro dia de atendimento as participantes foram orientadas sobre o desenvolvimento da pesquisa e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deixando claro que a participação delas na pesquisa era voluntária e caso não concordassem com o termo, elas estariam dispensadas. As participantes que aceitaram estes termos foram randomizadas em G1 (Manobra do Ligamento Largo) e G2 (liberação miofascial instrumentalizada). Inicialmente um total de 16 voluntárias aceitou participar do estudo, e os grupos foram selecionados através de sorteio, onde foram alocadas oito participantes para cada grupo, havendo quatro desistências, finalizando em um total de 12 participantes, seis por cada grupo. As duas participantes do G2 que desistiram de participar alegaram incompatibilidade de horário para aplicações; houve a tentativa de remanejamento de horários de acordo com a disponibilidade de cada uma, mas sem êxito. Já as duas participantes do G1 que desistiram alegaram ter perdido o interesse em participar do estudo.

Todas as voluntárias restantes foram então direcionadas para a próxima etapa, que se tratava da avaliação da dor. Para este fim foram empregadas a EVA, para avaliar a intensidade da dor, e o McGill, para avaliar a qualidade da dor. A EVA (Escala Visual Analógica) é uma escala graduada de 0 a 10 de caráter objetivo, onde '0' corresponde a ausência de dor, e '10' à pior dor possível⁶. Já o questionário de McGill (adaptado para o português) avalia as dimensões do fenômeno doloroso descrevendo as seguintes características: sensitiva, afetiva, avaliativa e miscelânea da dor. O índice é obtido através da somatória dos valores de intensidade que cada participante marcou como resposta, 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. A participante foi instruída a marcar as alternativas que mais se assemelhavam com a sua dor, em seguida foi realizada a contagem das marcações de acordo com a categoria avaliada⁷.

Na sequência foi aplicada a Ferramenta de Triagem de Sintomas Pré-Menstruais (PSST), um questionário retrospectivo de autoaplicação, preenchido em um único momento utilizado como ferramenta para triagem dos sintomas pré-menstruais, que contém 19 itens os quais estão divididos em dois domínios, o primeiro é composto por 14 itens voltados a manifestações de caráter psicológicos, físicos e comportamentais das mulheres e 5 itens relacionados às decorrências dos sintomas. Cada item recebe uma única resposta. Para diagnosticar a síndrome pré-menstrual (SPM), a participante deve dispor de pelo menos um sintoma entre os itens: humor depressivo, desesperança, ansiedade, tensão, vontade de chorar, sensibilidade aumentada, raiva, irritabilidade, interesse diminuído em atividades laborais, domésticas, sociais, dificuldade de concentração, fadiga, falta de energia, comer em excesso, fissura por comida, insônia, hipersonia, sentindo-se sobrecarregada ou fora de controle e também sintomas físicos, como sensibilidade mamária, dor de cabeça, dor muscular, inchaço e/ou ganho de peso⁸.

A intervenção foi composta por uma sessão semanal durante quatro semanas, onde o G1 recebeu a Manobra de Liberação Miofascial Manual Externa da Porção Infraumbilical da Parede Abdominal Anterior⁴, realizada de forma externa, a através de uma tração manual dos tecidos abdominais de maneira que o sentido da tração fosse caudal. Na sequência a Manobra do Ligamento Largo, realizado intravaginalmente⁴, onde a em conformidade com o posicionamento das mãos, os dedos indicador e médio dominante da profissional ficassem posicionados de maneira intracavitária, voltados para um dos lados do útero, passando o colo do útero no sentido cranial em direção a um do ligamento largo, viabilizando a liberação de tecidos conectivos anexos ao ligamento largo do útero e ovário concedendo a eficácia na limitação de aderências nos tecidos internos profundos ao fundo uterino⁴ (figura 1).

Na primeira sessão houve a avaliação por meio dos instrumentos supracitados, e ao término das quatro sessões os mesmos questionários foram respondidos novamente, com o intuito de avaliar a evolução do tratamento. Em média, cada aplicação teve a duração de vinte minutos. Foi utilizado o protocolo de biossegurança como lençóis e luvas descartáveis e a utilização de lubrificante, além da

higiene mantida na sala com álcool 70%.



Figura 1: Manobra do Ligamento Largo. Uma combinação de mãos posicionadas internamente (dominante) e externamente (não dominante) permite a mobilização tanto dos tecidos musculares e conectivos externos da parede na interface entre as cavidades abdominal e pélvica, quanto os tecidos internos profundos, particularmente fâscias e ligamentos, das regiões periuterina, periovariana e perivesical. **Esquerda:** mão dominante intracavitária. **Direita:** combinação das mãos dominante (interna) e não dominante (externa). © 2022 Latorre. Reproduzido com permissão.

Já o G2 recebeu a técnica de Liberação Miofascial Instrumentalizada, utilizando um instrumento desenhado este tipo de liberação, que compões o kit do método IASTM®. Trata-se de peças que reproduzem o padrão anatômico do corpo humano como áreas côncavas, convexas e planas. As peças são produzidas com polietileno biocompatível e possuem características semelhantes à mão humana. A técnica em si é composta pelo resvalo sobre a pele de diferentes maneiras, sendo o deslizamento realizado no sentido longitudinal e transversal das fibras musculares, deslizamento com estiramento oposto com ênfase em obter ganho de elasticidade tecidual, fundo de saco que objetiva a redução de aderência nos tecidos conectivos superficiais e oscilatória que segue a introdução da fâscia musculoesquelética⁵. A peça utilizada no estudo tem a densidade de 8 mm, em formato quadrilátero, sendo utilizada especificamente para este estudo a curvatura nº 3 (Figura 1).

Figura 2: ferramenta “quadrado” do kit IASTM® de instrumentalização para liberação miofascial⁵.



A curvatura nº 3 foi a única utilizada na intervenção. Ela se assemelha a base palmar do polegar (região entre 1ª e 2ª falange) e tem como propósito abranger as áreas em que a superfície anatômica da pele necessite receber compressão mais precisa no ato do deslizamento⁵. A intervenção

foi feita em decúbito dorsal para a liberação do músculo psoas (figura 1A), em decúbito ventral para a liberação do ligamento útero sacro (figura 1B) e concluindo com a região lombar (figura 1C). Este tratamento foi realizado também uma vez por semana durante quatro semanas, onde na primeira sessão foram respondidos os questionários, e depois respondidos novamente após o fim da intervenção.

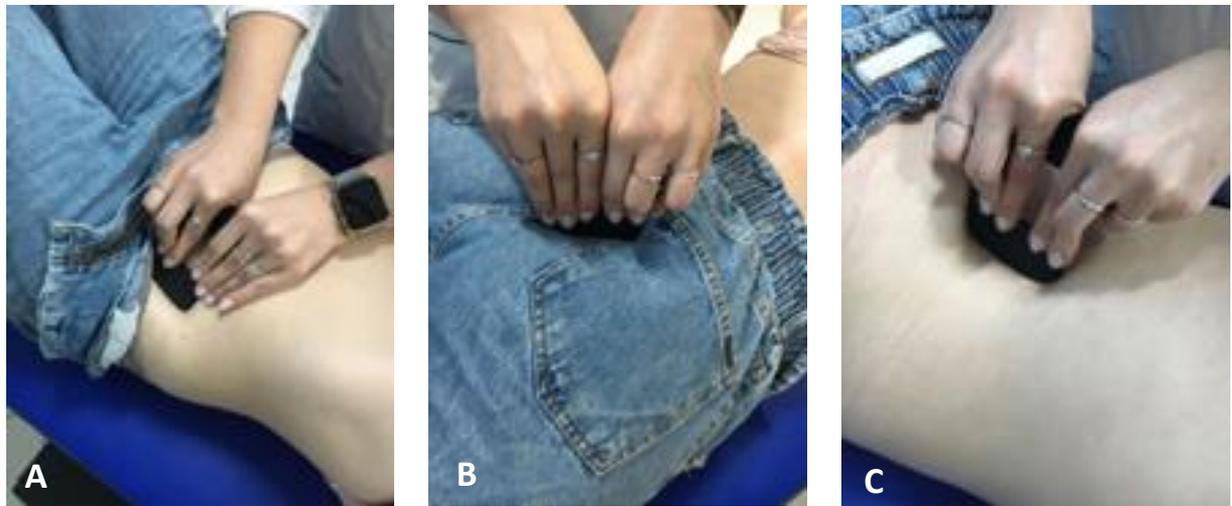


Figura 2: Demonstração das posições das manobras que fizeram parte da intervenção instrumentalizada com a espátula “quadrado”. **A:** decúbito ventral (músculo iliopsoas), **B** decúbito dorsal (ligamento uterossaco) e **C** decúbito dorsal (região lombar).

Os dados foram organizados em tabelas, e estatística descritiva foi utilizada para inferir sobre a eficácia das técnicas, sendo considerado sucesso quando os valores de dor da paciente após a intervenção eram menos da metade dos mesmos valores antes a intervenção. A possível superioridade nos resultados de uma técnica em relação a outra foi estudada com auxílio de teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 12 mulheres com idade média de 21,1 anos, metade namorando e metade solteira. A média de idade para a menarca, foi de 12,2 anos. Uma delas nunca fez uso de anticoncepcional, as outras 11 interromperam o uso por diversos motivos, dentre eles: efeitos colaterais, uso incorreto, histórico de câncer na família e por não achar mais necessário.

A ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais (PSST) apontou que no primeiro ciclo menstrual pré-intervenção, dois terços (66,5%) da amostra do G1 possuía sintomas suficientes para

ser enquadrada no diagnóstico de Síndrome Pré-Menstrual (SPM), contra metade (50%) das mulheres do G2. Dados os critérios de alocação, as pacientes do G1 eram, portanto, levemente (+16,5%) mais acometidas por SPM do que as pacientes do G2. Após as quatro sessões de intervenção observamos que nenhuma das participantes, de nenhum dos grupos, preenchia mais os critérios para SPM, apontando cura desta condição para ambos os grupos.

Quanto à quantidade da dor avaliada pela EVA, também houve melhora para todas as pacientes de ambos os grupos. O G1 apresentou uma diminuição de mais de 50% da dor percebida por todas as pacientes da amostra (média de -72,5% de dor após a intervenção), enquanto o G2 apresentou diminuição ligeiramente mais significativa nos níveis de dor pela EVA (média de -78% de dor após a intervenção). O “U” de Mann-Whitney mostrou que não houve significância estatística entre os resultados dos dois grupos ($p=0,325$), ou seja, quanto à redução na intensidade da dor antes e depois da intervenção, medida pela EVA, não se pode afirmar que uma técnica foi superior à outra.

Resultados ainda mais eminentes foram observados com relação à qualidade da dor antes e depois pelo questionário McGill. Para o G1 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 (cura). Uma paciente (12,5% da amostra) não apresentou resultados tão significativos, inferiores a 50% na diminuição da dor. A média total de diminuição da dor para o grupo foi de -82,6% de dor após as quatro sessões de intervenção. Para o G2 também houve diminuição da pontuação e todas as pacientes apresentaram melhora, com destaque para três delas (50% da amostra) que apresentaram dor zero (cura) ao final da intervenção. Duas pacientes (50% da amostra) não apresentaram melhora tão significativa, terminando com menos de 50% de melhora na dor, mesmo assim, com diminuição importante na qualidade desta dor. A média de melhora da qualidade da dor para o G2 foi de 80,4%. Portanto, quanto à qualidade da dor medida pelo McGill, o G1 (Manobra do Ligamento Largo) apresentou menor taxa de insucesso (fracasso em 12,5% da amostra) quando comparado ao G2 (Liberação Miofascial Instrumentalizada) (fracasso em 50% da amostra), bem como o G1 apresentou também uma taxa de cura (dor zerada ao final da intervenção) significativamente maior (50%) quando comparado ao G2 (37,5%). O “U” de Mann-Whitney revelou que o G1 apresentou resultados superiores quanto à qualidade da dor após a intervenção quando comparado ao G2 ($p=0,0045$).

DISCUSSÃO

A dismenorreia primária é uma condição altamente prevalente que limita violentamente as atividades de vida diária (AVDs) e atividades laborais de uma em cada duas pessoas com útero, ou seja, mais de cinco bilhões de pessoas em todo mundo¹⁻³. Estudos recentes têm apontado o caráter miofascial das dores pélvicas crônicas⁹, incluindo indícios de que técnicas de liberação miofascial desenvolvidas para as regiões periuterina e periovariana podem ser eficazes no tratamento não só de dores pélvicas profundas mas também da infertilidade¹⁰. De fato, um estudo recente demonstrou um caso onde manobras manuais, específicas para este fim, aumentaram o crescimento endometrial em mais de 500%¹¹. Especificamente a Manobra do Ligamento Largo, combinando um posicionamento *sui generis* de mãos, sendo uma (dominante) posicionada internamente e outra (não dominante) posicionada externamente, permite a mobilização tanto dos tecidos musculares e conectivos externos da parede abdominal na interface entre as cavidades abdominal e pélvica, quanto dos tecidos internos profundos, particularmente fâscias e ligamentos, das regiões periuterina, periovariana e perivesical^{8,10,11}.

As técnicas de liberação miofascial têm se mostrado eficientes no tratamento da dor pélvica crônica, ao ponto de hoje ser possível zerar completamente a dor em menos de cinco intervenções. De fato, um estudo recente com 117 pessoas com dores pélvicas de várias origens, inclusive dismenorreia, realizado por uma equipe de 11 fisioterapeutas pélvicas, demonstrou que a dor de toda a amostra foi totalmente zerada em uma média de 4,5 sessões apenas¹², representando uma taxa de sucesso de 100% no tratamento. Estas técnicas são benéficas e eficazes para a saúde da mulher em geral, tratando dores pélvicas ligadas à tensão muscular e outras de aderências em tecidos conectivos⁴.

Na mesma direção, as técnicas de liberação miofascial da fisioterapia geral (técnicas ortopédicas) também vêm evoluindo de modo a produzir alívio importante em diversos sintomas de síndromes dolorosas⁵, incluindo no tratamento das dores responsáveis pela dismenorreia primária¹³. De acordo com Pereira et al (2023)¹⁴, a eficácia da técnica de liberação miofascial reside no relaxamento da musculatura, que devolve alívio ao quadro algico e como consequente melhora da qualidade de vida e da produtividade da paciente. Ancioto et al. (2012)¹⁵ define a liberação miofascial como a manipulação das bandas de tensão presentes na fâscia muscular através de uma pressão manual exercida sobre pontos de tensão, com a finalidade de liberar as possíveis restrições presentes

na musculatura, proporcionando um remodelamento do tecido conectivo. Particularmente as técnicas instrumentalizadas, onde instrumentos acessórios à mão humana facilitam o trabalho e o rendimento da fisioterapeuta, têm estado em voga na atualidade, ao facilitar o trabalho da profissional durante o momento da aplicação, inclusive minimizando problemas futuros para como lesões por esforços repetitivos. A Liberação Miofascial Instrumentalizada agrega benefícios tanto para o terapeuta quanto o paciente⁵.

Dado o estado da arte, o presente estudo objetivou comparar quatro semanas de intervenção com a Manobra do Ligamento Largo (G1) contra quatro semanas de Liberação Miofascial Instrumentalizada (G2) sobre o alívio da dor de pessoas com dismenorreia primária. Ao final das quatro sessões ambos os grupos apresentaram resultados excelentes tanto na diminuição da quantidade (EVA) quanto da qualidade (McGill) da dor menstrual para todas as pacientes, com ligeira superioridade para G1 (Manobra do Ligamento Largo) quando comparado ao G2 (Liberação Instrumentalizada) ao produzir maiores taxas de cura e menores taxas insucesso terapêutico. Todavia, há de se considerar que a Manobra do Ligamento Largo é realizada de modo intracavitário, enquanto a Liberação Miofascial Instrumentalizada é realizada por fora do corpo, o que poderia ser considerado uma vantagem para todos aqueles que venham a considerar os tabus culturais acerca de nossos genitais como guias da decisão terapêutica. Neste caso, a técnica externa deveria ser considerada primeira opção de escolha terapêutica no tratamento da dismenorreia. Contudo, tabus são questões culturais voláteis, que se modificam não só de acordo com a geografia com o andar da história em si: o que ontem era tabu hoje é sucesso na rede social TikTok. Assim, quando o foco estiver nos resultados em si, e puderem ser desconsiderados os tabus, a técnica intracavitária deve ser a melhor opção no tratamento da dor menstrual primária.

Deve-se considerar ainda a dosagem terapêutica empregada no presente estudo. A dose de quatro sessões mensais, uma por semana, foi suficiente para zerar a dor em cerca de metade da amostra total. Todavia, protocolos mais intensivos, lançando mão de sessões diárias, têm apresentado resultados mais cabais, resultando em cura após quatro a cinco sessões semanais, todos os dias¹². Considerando que todas as pacientes do presente estudo apresentaram melhora do quadro álgico, cerca de metade delas apresentaram reversão completa da dor no período proposto, surge automaticamente o questionamento a respeito de que uma dosagem superior, talvez de oito sessões uma vez por semana, ou mais intensiva, talvez cinco sessões semanais, pudessem apresentar

resultados ainda melhores. Estudos seguindo a mesma metodologia aplicada no presente, porém com dosagens terapêuticas superiores, se fazem urgentes para que a dismenorreia e a SPM possam ser definitivamente resolvidas, aliviando o sofrimento de um incontável número de pessoas.

Como adjuvantes no tratamento da dismenorreia primária, Alves (2023)¹⁶ enfatiza que a dor lombar tornou-se comum e presente nos dias atuais, acometendo de modo prevalente a população feminina. O autor sugere como tratamento não medicamentoso a utilização de bolsas térmicas de forma simples, econômica, prática e eficiente, bem como de uma cinta com um compartimento destinado a bolsa térmica para uso inclusive em casos de dismenorreia, no intuito suprir necessidades relacionadas ao desconforto neste período.

Por fim, a dismenorreia em si é um dos sintomas (muito embora o mais incapacitante deles) que forma o complexo da Síndrome Pré-Menstrual (SPM). A SPM acomete mais da metade da população mundial e, conforme Nogueira et al. (2000)¹⁷, que analisaram os sintomas pré-menstruais relatados por mulheres com quadros graves SPM, apesar dos sintomas serem multifatoriais, em geral é composto por irritabilidade e/ou depressão, associados a cansaço e dores de cabeça ou nas mamas, coexistindo sintomas físicos e psíquicos por três a sete dias, sendo difícil atribuí-lo a uma etiologia única. O presente estudo demonstrou que, apesar de considerada multifatorial, a dor menstrual, principal e mais incapacitante sintoma da SPM, pode ser revertida inclusive para cura completa com apenas quatro sessões, pois em nosso estudo 100% da amostra, para ambos os grupos, teve a SPM curada após qualquer uma das intervenções. Estes resultados sinalizam que provavelmente são os componentes miofasciais os principais causadores da SPM em si, e não questões hormonais como defendido atualmente por alguns pesquisadores¹. Possivelmente os aumentos hormonais observados em vítimas de SPM devem ser efeito, e não a causa do problema. Ou seja, mais um clássico exemplo do acidente lógico entre correlação e causalidade, fomentando inferências equivocadas na literatura científica. Novos estudos sobre estas duas variáveis – a hormonal e a miofascial – se fazem necessários para elucidar definitivamente esta intrigante questão.

CONCLUSÃO

A dismenorreia ou dor menstrual é o sintoma mais limitante e incapacitante da síndrome pré-menstrual (SPM), impactando negativamente sobre a vida de um incontável número de pessoas em

todo o mundo. Tanto a Fisioterapia Geral quanto a Fisioterapia Pélvica vêm emergindo com potencial no tratamento destes problemas, de modo que hoje existem técnicas ortopédicas, externas, bem como técnicas genitais, intracavitárias, para o tratamento de dores pélvicas em geral. Objetivando comparar a eficácia e a eficiência destas duas modalidades, observamos que ambas foram eficazes tanto na cura da SPM, regredindo por completo o quadro sindrômico de todas as pacientes da amostra, quanto sobre a dismenorreia, diminuindo a dor de todas as participantes. No entanto a técnica intracavitária (Manobra do Ligamento Largo) apresentou maior eficiência no tratamento, produzindo resultados ligeiramente superiores.

Tanto a Liberação Miofascial Instrumentalizada com a espátula “quadrado” do método IASTM® quanto a Manobra do Ligamento Largo, por meio da metodologia aqui proposta, são eficazes no tratamento da dismenorreia e da SPM, e devem ser primeira opção de escolha na abordagem destas pacientes.

O fato de que duas técnicas de liberação miofascial distintas regrediram o quadro álgico e pré-menstrual de todas as pacientes da amostra, aponta para a hipótese de que a etiologia tanto da SPM quanto da dismenorreia em si pode residir na disfunção de componentes miofasciais hiperativos, e não em questões hormonais como se acredita hoje. Novos estudos a este respeito se fazem necessários.

REFERÊNCIAS

1. Bezerra NS, Oliveira MCB, Silva DRC et al. Fisioterapia na dismenorréia primária: revisão de literatura. Revista Interdisciplinar Ciências E Saúde - RICS [Internet]. 2017;4(1).
2. Santos NJ, Faria GS, Oliveira LA, et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com dismenorreia primária: revisão integrativa de literatura. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2023.
3. Santos LB, Dantas DS. Dismenorreia e funcionalidade em mulheres adultas do nordeste brasileiro Santa Cruz, RN. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/30063>.
4. Latorre GFS, Gil NA, Echavarria VR, Ayala A. Liberação miofascial (Manobra do Ligamento Largo) associada ou não ao LPF. Rev Bras Fisiot Pelvica (2022) 2(1)4-15.
5. Nicorena CG, Pereira L da S, Vitti JD, et al. Avaliação dos efeitos da liberação miofascial instrumental sobre o músculo diafragma. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento. 17 outubro 2021 [citado 14º de novembro de 2023];10(13).
6. Barcelos PR, Conde DM, Deus JM, et al. Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica

crônica: um estudo de corte transversal analítico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2010; 32(5):247-53.

7. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enf USP v30 n3 p473-83, dez 1996.
8. Camara RA. Validação da versão em português brasileiro da ferramenta de triagem de sintomas pré-menstruais e associação entre sintomas disfóricos pré-menstruais, temperamentos afetivos e qualidade de vida em uma amostra de mulheres brasileiras. Dissertação de Mestrado, Univ Fed Ceará, 2016.
https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17899/1/2016_dis_racamara.pdf
9. Latorre GFS. Nova classificação etiológica e funcional para as dores genitais femininas, masculinas e infantis. Rev Bras Fisiot Pelvica (2021) 1(2)71-82.
10. Latorre GFS. Manobra do Ligamento Largo nos tratamentos de infertilidade e da endometriose? Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(2)27-33.
11. 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.
12. 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.
13. Zanella ME, Leonel AT. Liberação miofascial instrumentalizada lombar e abdominal reduz dismenorreia primária. Rev Bras Fisiot Pelvica 2023;3(3) 78-87.
14. Pereira AEA, Monteiro FT, Silva Neto JM da, Santos JML dos, Ferro TN de L. Os benefícios da técnica de liberação miofascial no tratamento da dor lombar crônica: um estudo de revisão. RSD [Internet]. 2023 Jul.18.
15. Ancioto Da Costa N, Franco S, Poggetto D, Rodrigues C. O Efeito da manipulação miofascial sobre o limiar doloroso em atletas durante período competitivo. Ter Man [Internet]. 2012;10(50):486–90.
16. Alves LM. Cinta com compartimento destinado a bolsa térmica para uso em caso de cólicas ou lombalgia. [citado em 15º de novembro de 2023]. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/248095>.
17. Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-Menstrual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 22 (6) • 2000 • <https://doi.org/10.1590/S0100-72032000000600005>.