

# Drenagem linfática manual nos sintomas da síndrome pré-menstrual: estudo piloto

## *Manual lymphatic drainage for premenstrual syndrome symptoms: a pilot study*

Juliana de Jesus Ferreira<sup>1</sup>, Aline Fernanda Perez Machado<sup>2</sup>, Rogério Tacani<sup>3</sup>,  
 Maria Elisabete Salina Saldanha<sup>4</sup>, Pascale Mutti Tacani<sup>5</sup>, Richard Eloin Liebano<sup>6</sup>

Estudo desenvolvido no Programa de Pós-graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia Dermato-Funcional da Unicidade – Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

- <sup>1</sup> Fisioterapeuta especializanda em Reabilitação Neurológica na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo
- <sup>2</sup> Fisioterapeuta pós-graduada em Fisioterapia Dermato-Funcional
- <sup>3</sup> Prof. Ms. Co-Coordenador da Pós-graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia Dermato-Funcional da Unicidade
- <sup>4</sup> Profa. Ms. Supervisora do Curso de Graduação em Fisioterapia da Unicidade
- <sup>5</sup> Profa. Ms. do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, São Paulo
- <sup>6</sup> Prof. Dr. Co-Coordenador da Pós-graduação *Lato Sensu* em Fisioterapia Dermato-Funcional da Unicidade

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Juliana J. Ferreira  
 Depto. de Fisioterapia/ Unicidade  
 R. Cesário Galeno 448 apt.475  
 Tatuapé  
 03071-000 São Paulo SP  
 e-mail:  
 julianajferreira@gmail.com

APRESENTAÇÃO  
set. 2009

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO  
jan. 2010

**RESUMO:** A síndrome pré-menstrual é um complexo de sintomas – dentre os quais o edema pré-menstrual – entre o 10o e o 14o dias que antecedem a menstruação e cessam no início do fluxo menstrual. A técnica de drenagem linfática manual (DLM) drena o excesso de líquido acumulado, atua no edema e poderia aliviar esses sintomas. O objetivo deste estudo piloto foi verificar o efeito da DLM no alívio dos sintomas da síndrome pré-menstrual e a qualidade de vida relacionada à saúde em quatro mulheres jovens. O estudo foi realizado ao longo de dois ciclos menstruais, ciclo 1 sem intervenção terapêutica, e o segundo ciclo, com aplicação da técnica de DLM. As participantes foram avaliadas, no início do ciclo 1 e final do ciclo 2, por anamnese, mensuração de estatura e massa, estimativa da composição corporal, diário de sintomas e quanto à qualidade de vida relacionada à saúde, pelo WHOQoL-bref. Os resultados mostraram redução significativa apenas do diâmetro de abdome superior nos níveis xifóide e umbilical; as médias total e individual dos sintomas do diário reduziram-se, porém sem significância, tal como ocorreu no aumento dos escores no WHOQoL-bref. A drenagem linfática manual foi eficaz na diminuição de um sintoma da síndrome pré-menstrual, o edema em região superior abdominal, e não alterou a qualidade de vida dessas jovens.

**DESCRIPTORES:** Modalidades de fisioterapia; Saúde da mulher; Síndrome pré-menstrual; Sistema linfático

**ABSTRACT:** Premenstrual syndrome is a symptomatology – including premenstrual edema – that affects women between the 10th and 14th days prior to menstruation and ends at the onset of menstrual flux. The technique of manual lymphatic drainage (MLD) draws off accumulated fluid excess, acts on edema and might help relieve such symptoms. The purpose of this pilot study was to assess the effect of MLD on premenstrual symptoms and on health-related quality of life of four young women. The study was carried out along two menstrual cycles, the first with no intervention; MLD was applied along the second cycle. Participants were assessed, at the beginning of the first cycle and after treatment, as to height and weight, body composition estimate, daily symptoms by means of a diary, and quality of life by the WHOQoL-bref. After treatment results showed the sole significant decreases in abdomen xiphoid and navel level diameters; mean total and individual symptom scores decreased, but with no significant differences, the same happening to the higher WHOQoL-bref mean scores. Manual lymphatic drainage was thus able to reduce one premenstrual symptom, namely the upper abdomen edema, and didn't affect these young women's quality of life.

**KEY WORDS:** Lymphatic system; Physical therapy modalities; Premenstrual syndrome; Women's health

## INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um complexo de sintomas que se iniciam entre o 10<sup>o</sup> e o 14<sup>o</sup> dias antecedentes à menstruação e cessam no início do fluxo menstrual<sup>1</sup>. Essa sintomatologia cíclica da fase lútea do período menstrual é idiopática e afeta mulheres em idade reprodutiva<sup>2</sup>.

Os sintomas mais comuns da SPM se dividem entre somáticos – irritabilidade, alterações de humor, comportamento depressivo, impulsividade e confusão mental – e físicos: fadiga, mastalgia, edema abdominal, lombalgia, insônia, aumento de peso temporário, enxaqueca, aumento do apetite e presença de edema de extremidades<sup>3,4</sup>. A sintomatologia é provavelmente multifatorial. Alguns fenômenos relacionados à ocorrência da SPM são desequilíbrio entre estrógeno e progesterona; excesso de prolactina; deficiência das vitaminas B6 e E; atividade inapropriada de prostaglandinas; e alterações na ação das endorfinas e serotoninas<sup>2,5</sup>.

Pode-se classificar a SPM em quatro tipos, levando em consideração a caracterização e manifestação dos sintomas: SPM-A, SPM-H, SPM-C e SPM-D. A SPM-A é a sintomatologia emocional, manifestada por ansiedade, irritabilidade, alterando os padrões de comportamento. A SPM-H é caracterizada pelas alterações do metabolismo hídrico, gerando edema, dores abdominais e mastalgia. A SPM-C tem como manifestações cefaléia, aumento do apetite, desejo por doces e fadiga. A SPM-D é caracterizada por depressão intensa, insônia e esquecimento<sup>3</sup>.

As estratégias de tratamento que visam amenizar ou eliminar os sintomas, minimizando o impacto nas atividades de vida diária e nas relações interpessoais femininas, são várias<sup>2</sup>. Os atuais tratamentos para a SPM são o medicamentoso – sendo utilizados diuréticos, antidepressivos, ansiolíticos e supressores da ovulação – e o não-medicamentoso, que consiste em medidas comportamentais, prática de atividades físicas, atividades relaxantes, repouso, orientações sobre os sintomas e alimentação hipossódica visando a não-retenção hídrica. Em casos graves, recorre-se a trata-

mento cirúrgico ou à suspensão da ovulação<sup>3-5</sup>.

O edema pré-menstrual é um sintoma freqüente, atingindo 92% das mulheres, predominante na segunda fase do ciclo, quando o hormônio principal é a progesterona, que causa flacidez na parede venosa e assim prejuízo na drenagem e retenção hídrica<sup>1</sup>. As freqüentes alterações no metabolismo hídrico se manifestam também por dores abdominais, mastalgia e ganho de peso<sup>6</sup>.

A fisioterapia propicia benefícios para pacientes que apresentam diversos tipos de edemas e linfedemas, utilizando freqüentemente a técnica de drenagem linfática manual (DLM), que consiste em um conjunto de manobras específicas que atuam sobre o sistema linfático, visando drenar o excesso de líquido acumulado no interstício<sup>7</sup>. São porém escassos ensaios clínicos que investiguem a ação das técnicas de fisioterapia, e principalmente da DLM, nos edemas pré-menstruais e em outros sintomas da SPM. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar a evolução dos sintomas da síndrome pré-menstrual e avaliar a qualidade de vida em mulheres jovens submetidas à técnica de drenagem linfática manual.

## METODOLOGIA

Este é um estudo piloto, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cidade de São Paulo. As voluntárias concordaram com o estudo e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Para participar do estudo, os critérios de inclusão foram: mulheres durante a menacme, sedentárias, que apresentassem sintomas físicos e/ou somáticos por dois ou mais ciclos menstruais seguidos, interferindo em suas atividades diárias. Os critérios de exclusão foram presença de infecções e inflamações agudas, flebites, trombozes ou tromboflebites, hipertireoidismo, cardiopatias, patologias renais crônicas, metaplasias e distúrbios imunitários, hipersensibilidade do seio carotídeo; uso de medicamentos anticoncepcionais hormonais ou de métodos de supressão da ovulação, de diuréticos, antidepressivos, ansiolíticos ou quaisquer tratamentos, medica-

mentos ou não medicamentosos, que poderiam mascarar e/ou tratar os sintomas. A voluntária seria excluída do estudo caso apresentasse qualquer tipo de desconforto durante o procedimento ou iniciasse qualquer outro tratamento para SPM durante a pesquisa. Foram selecionadas quatro estudantes universitárias, brancas, com 21 e 22 anos, que apresentavam queixas características da SPM dos tipos A, H e C.

O estudo foi realizado durante dois ciclos menstruais consecutivos (ciclo 1 e ciclo 2), e dividido em quatro fases: folicular e lútea do ciclo 1, sem qualquer intervenção terapêutica, e folicular e lútea do ciclo 2, com aplicação da técnica de DLM. Durante as quatro fases do estudo foi feito acompanhamento dos sintomas por meio do diário de sintomas. As voluntárias foram submetidas a duas avaliações fisioterapêuticas, uma antes (no início da fase folicular do ciclo 1) e outra após o tratamento, ao final da fase lútea do ciclo 2. A avaliação consistiu em anamnese, avaliação antropométrica, estimativa da composição corporal e aplicação de questionário sobre qualidade de vida relacionada à saúde. As avaliações foram feitas pelo mesmo avaliador.

O acompanhamento dos sintomas foi realizado por meio de um diário de sintomas elaborado pelos autores, baseado em *Approbato et al.*<sup>3</sup> e *Valadares et al.*<sup>4</sup>, utilizando a pontuação dos sintomas mais recorrentes em uma escala visual numérica (EVN) unidimensional simples, de zero a dez, sensível e reprodutível, que permite análise contínua da dor<sup>8</sup>. Diariamente, logo ao acordar, as voluntárias pontuavam oito itens propostos – dor ou edema nas mamas, dor pélvica, dor ou edema abdominal, dor ou edema nas pernas, enxaqueca, apetite, cansaço e irritabilidade – nas respectivas escalas, conforme a intensidade dos sintomas; zero representa ausência e dez a intensidade máxima do sintoma. As voluntárias efetuaram a pontuação diariamente, desde o primeiro dia de menstruação até o último dia de tratamento.

A avaliação antropométrica consistiu na aferição da estatura e massa corporal. A composição corporal, no intuito de mensurar a retenção hídrica, foi estimada pela coleta de nove perimetrias, na fase expiratória da respiração.

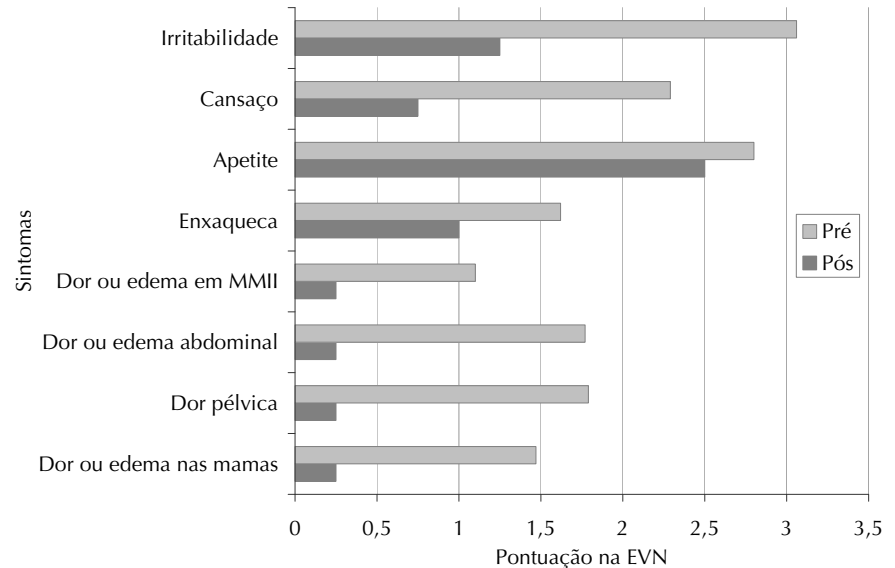
A qualidade de vida foi mensurada por meio do questionário WHOQoL-bref, validado na versão em português<sup>9</sup>, auto-aplicado. É composto por 26 questões, sendo duas gerais de qualidade de vida e as restantes 24 agrupadas em quatro domínios: físico, psicológico, de relações pessoais e meio ambiente<sup>9</sup>.

O procedimento terapêutico consistiu na aplicação de 12 sessões, em média, com duração de 40 minutos cada, de drenagem linfática manual, três vezes por semana, durante quatro semanas, ao longo de todo o segundo ciclo ovariano (fase folicular e fase lútea). O método utilizado foi o de Leduc e Leduc<sup>10</sup> nas regiões de mamas, abdome superior e abdome inferior, hemicorpo direito e esquerdo. A técnica era iniciada com a execução de dez manobras de drenagem dos nódulos linfáticos da região da base do pescoço, seguindo-se exercícios respiratórios diafragmáticos<sup>11,12</sup> (cinco repetições), com o intuito de estimular a atividade dos ductos e troncos linfáticos profundos. Em seguida, eram aplicadas, em cada quadrante ou linfotoma tratado, dez manobras de evacuação dos nódulos linfáticos correspondentes (drenagem de gânglios), seguindo-se até a extremidade destes com manobras em reabsorção, e retornando da extremidade de cada quadrante, com manobras em chamada (ou demanda) até os nódulos linfáticos, finalizando-se com 10 manobras de evacuação (drenagem de gânglios)<sup>10</sup>.

Os dados foram descritos em média e desvio-padrão. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Foi utilizado o teste t de Student para variáveis dependentes, para avaliar a diferença pré e pós-tratamento da massa corporal e das perimetrias. Para avaliar as diferenças pré e pós-tratamento das pontuações dos sintomas da SPM e do WHOQoL-bref, foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon. Foi assumido valor de  $p \leq 0,05$  ( $\alpha = 5\%$ ) como estatisticamente significativo.

## RESULTADOS

As voluntárias apresentavam sintomatologia pré-menstrual por no mínimo dois meses consecutivos. Três voluntárias foram submetidas a 12 sessões de DLM,



**Gráfico 1** Pontuação média dos sintomas na escala visual numérica (EVN) antes (pré) e após (pós) o tratamento (n=4)  
MMII = membros inferiores

enquanto o procedimento terapêutico de uma delas foi interrompido na décima sessão, em vista de a voluntária apresentar infecção do trato urinário.

A duração média do ciclo menstrual foi de 28,5 dias; a média de dias do fluxo menstrual foi de 4,75 dias. O tempo

**Tabela 1** Perímetros corporais (em cm, média e desvio padrão, dp) medidos antes (pré) e após (pós) o tratamento, e valor de  $p$  da comparação entre os dois momentos (n=4)

| Perímetro        |     | Média | dp   | $p$   |
|------------------|-----|-------|------|-------|
| Axilar           | Pré | 81,1  | 2,66 | 0,49  |
|                  | Pós | 80,6  | 1,70 |       |
| Mamilar          | Pré | 85,4  | 3,17 | 0,49  |
|                  | Pós | 85,1  | 3,40 |       |
| Cintura          | Pré | 67,6  | 2,29 | 0,43  |
|                  | Pós | 67,0  | 2,97 |       |
| Quadril          | Pré | 95,5  | 7,43 | 0,49  |
|                  | Pós | 95,3  | 7,31 |       |
| Abdome xifóide   | Pré | 74,6  | 2,02 | 0,04* |
|                  | Pós | 72,8  | 2,90 |       |
| Abdome umbilical | Pré | 75,7  | 2,46 | 0,04* |
|                  | Pós | 74,9  | 2,50 |       |
| Abdome EIAS      | Pré | 82,3  | 3,43 | 0,71  |
|                  | Pós | 82,1  | 4,01 |       |
| Coxa proximal    | Pré | 54,9  | 4,87 | 0,58  |
|                  | Pós | 54,6  | 4,64 |       |
| Coxa média       | Pré | 49,4  | 4,40 | 0,44  |
|                  | Pós | 49,0  | 3,58 |       |

médio de início da sintomatologia pré-menstrual foi de 7,75 dias. A média da estatura foi de  $159,5 \pm 2,12$  cm. Na avaliação inicial a média da massa corporal foi de  $53,35 \pm 4,18$  kg e, após o tratamento, de  $52,73 \pm 3,72$  kg não havendo alteração estatisticamente significativa ( $p=0,5$ ). A Tabela 1 mostra as medidas obtidas nos nove perímetros corporais avaliados antes e depois do tratamento; houve redução significativa apenas nas medidas do abdome nos níveis xifóide e umbilical ( $p=0,04$ ).

O Gráfico 1 sintetiza os resultados referentes ao diário de sintomas, que não se alteraram de maneira significativa, embora vários tenham se reduzido bas-

**Tabela 2** Escores (média e desvio padrão, dp) obtidos nos domínios do WHOQoL-bref antes (pré) e após (pós) o tratamento, e valor de  $p$  da comparação entre os dois momentos (n=4)

| Domínio               |     | Média | dp   | $p$  |
|-----------------------|-----|-------|------|------|
| Aspectos físicos      | Pré | 21,5  | 5,20 | 1,00 |
|                       | Pós | 24,3  | 5,56 |      |
| Aspectos psicológicos | Pré | 21,3  | 4,03 | 1,00 |
|                       | Pós | 21,8  | 5,25 |      |
| Relações pessoais     | Pré | 10,8  | 2,99 | 1,00 |
|                       | Pós | 10,8  | 3,30 |      |
| Meio ambiente         | Pré | 28,5  | 5,92 | 1,00 |
|                       | Pós | 28,0  | 5,35 |      |



tante. Em relação à qualidade de vida mensurada por meio do WHOQoL-bref, não houve alteração significativa em domínio algum, como se pode observar na Tabela 2.

## DISCUSSÃO

As características da amostra deste estudo são conformes com o perfil encontrado na literatura: cerca de 79% das mulheres com SPM são brancas<sup>13</sup>, com escolaridade em nível superior e idade inferior a 30 anos<sup>13,14</sup>. Quanto ao estado civil, todas as voluntárias eram solteiras e relataram a sintomatologia desde a primeira menstruação; 63,5% das mulheres relatam SPM logo após a menarca e apenas 11,5%, após o casamento<sup>1</sup>. Como mencionado, a SPM pode ser classificada em quatro tipos. A amostra aqui foi composta por mulheres com características de SPM dos tipos A, H e C. A SPM tipo D, também conhecida como transtorno disfórico pré-menstrual, é rara, atingindo apenas 5% das mulheres com SPM<sup>13</sup>. As voluntárias não foram divididas segundo o tipo de SPM por não se observarem casos em que ocorre um tipo de sintomatologia isolado<sup>14</sup>. Os sintomas do tipo H estavam presentes em toda a amostra, associados aos de outros tipos.

Alguns dos sintomas pré-menstruais, como sensibilidade mamária, enxaqueca e dor pélvica, dizem respeito à retenção hídrica<sup>5</sup>. A técnica de DLM consiste em direcionar o líquido do espaço intersticial para os centros de drenagem mediante manobras especializadas, estimulando a drenagem do local afetado<sup>15</sup>. Assim, a hipótese inicial era de que a DLM auxiliaria a melhora da sintomatologia física e somática da SPM. Optou-se por utilizar a DLM pelo fato de ser mais efetiva do que a drenagem linfática mecânica na redução dos edemas abdominais subcutâneos<sup>16</sup>.

Na literatura são escassos ensaios clínicos que investiguem a ação de técnicas fisioterápicas nos sintomas da SPM e desconhecem-se estudos que abordem a ação da DLM nos edemas pré-menstruais ou em outros sintomas da SPM, o que dificulta a interpretação e a comparação dos resultados aqui obtidos. Por outro lado, justifica-se a realização deste

estudo piloto, como incentivo a novas pesquisas.

O questionário WHOQoL-bref foi selecionado por ser mais preciso nos domínios comumente afetados pelos sintomas somáticos<sup>17</sup>. Dependendo do nível de influência dos sintomas, a mulher tende a ter maiores conflitos familiares, menor ênfase a seus valores, menor disposição para atividades recreativas e até perda de autonomia no trabalho, ou crises conjugais. O controle dessas variáveis é essencial para a mensuração da intensidade do impacto da SPM e assim constatar se a terapêutica escolhida está sendo efetiva<sup>13</sup>.

A perimetria foi feita para verificar o comportamento do edema secundário à retenção hídrica, após a aplicação da DLM. Foi possível demonstrar a diminuição estatisticamente significativa de dois perímetros mensurados, do abdome xifóide e umbilical, denotando que o protocolo de tratamento utilizado atuou na redução do edema abdominal. Apesar de o edema de membros inferiores (MMII) também ser um sintoma frequente da SPM, a aplicação da DLM restringiu-se às regiões de abdome e mamas devido ao maior acometimento dos sintomas nessas regiões<sup>1</sup> e devido à limitação do tempo total de cada sessão neste estudo. Considera-se que a região de abdome inferior, localização uterina, está amplamente vascularizada durante o período lúteo devido à atuação da progesterona<sup>18</sup>, podendo resultar em maior retenção hídrica em comparação ao abdome superior, com menor redução no diâmetro dessa região.

O método diagnóstico de maior importância é a documentação dos sintomas ao longo do ciclo por meio do uso de um diário<sup>2,5,13,19</sup>. Para que houvesse o controle da intensidade da sintomatologia durante o estudo, na inexistência de um diário validado, foi elaborado um diário baseado nos sintomas mais frequentes relatados por Approbato *et al.*<sup>3</sup> e Valadares *et al.*<sup>4</sup>, pontuados utilizando a EVN.

As voluntárias podem ter apresentado dificuldade em diferenciar a dor pélvica do edema abdominal ao pontuar o Diário<sup>13</sup>, o que pode ter interferido nos resultados obtidos. Dentre as voluntárias

que apresentavam SPM dos tipos A e H, verificou-se que a irritabilidade foi o sintoma que mais se reduziu na voluntária 1, seguido de edema de mama e mastalgia, edema abdominal e dor pélvica; e a voluntária 2 apresentou redução da dor pélvica seguida de irritabilidade, apetite e edema abdominal. Dentre as que apresentavam SPM dos tipos A, C e H, verificou-se que a voluntária 3 obteve uma melhora principalmente do edema abdominal, seguida de irritabilidade, edema de mama e mastalgia, dor pélvica junto com o edema de MMII; e a voluntária 4 obteve maior índice de melhora no cansaço, irritabilidade, enxaqueca e apetite. Isso sugere que a DLM reduziu os principais sintomas de cada voluntária, correspondendo à queixa do tipo da SPM apresentada. O sintoma que teve maior melhora foi a irritabilidade, em todas as voluntárias.

Segundo Longo *et al.*<sup>20</sup>, a DLM pode apresentar efeito analgésico e relaxante muscular, – o que corresponderia, no presente estudo, à redução dos sintomas de mastalgia, dores nos MMII, dor pélvica e enxaqueca. Os autores encontraram um decréscimo não-significativo na frequência e intensidade da enxaqueca tensiva crônica com DLM de cabeça, além da melhora na qualidade do sono. A cefaléia do período pré-menstrual parece estar relacionada com a queda estrogênica<sup>21</sup>. No presente estudo não houve diminuição estatisticamente significativa da enxaqueca pré-menstrual.

Os sintomas são influenciados pelas alterações hormonais que fazem parte do ciclo ovariano. O mecanismo exato de atuação desses hormônios na SPM ainda é desconhecido, mas sabe-se que principalmente o desequilíbrio entre estrógeno e progesterona tem influência na sintomatologia<sup>22</sup>. Com a utilização da DLM nas mamas era esperada uma diminuição relevante da mastalgia e do edema na região, o que não foi observado, provavelmente porque as alterações hormonais podem ocasionar importantes distúrbios mamários, inclusive dor<sup>23</sup>.

Em resumo, apenas o edema abdominal pré-menstrual apresentou redução estatisticamente significativa, demonstrada pela diminuição do diâmetro de abdome xifóide e umbilical nas comparações pré e pós-tratamento.

Os tratamentos medicamentosos dos sintomas podem apresentar efeitos adversos a curto e longo prazo. Os diuréticos podem provocar queda da pressão arterial e aumento do débito urinário, podendo levar a uma insuficiência renal, caso seu uso seja abusivo<sup>24,25</sup>. Os anti-concepcionais orais provocam aumento das pressões sistólica e diastólica, risco de infarto agudo do miocárdio, podem desencadear diabetes, risco de tromboembolismo venoso e embolia pulmonar – esta quatro vezes maior em usuárias do que em não-usuárias<sup>26</sup>. Os antidepressivos, psicoestimulantes, estabilizadores do humor, antipsicóticos e ansiolíticos podem gerar boca seca, sedação, tontura, náusea, insônia, ganho ou perda de peso, tremores, palpitações, irritabilidade, taquicardia, convulsões, mudança de postura perante as situações cotidianas, anorexia, dores abdominais, inquietação motora, desenvolvimento de manias, labilidade emocional, hiperatividade e agressividade<sup>27</sup>. A psicoterapia é usada atualmente como coadjuvante

para o tratamento da sintomatologia somática<sup>6</sup>.

A cirurgia para suspensão da menstruação, sem preservação ovariana, realizada em casos graves de SPM, apresenta riscos de complicações como hemorragia intra e pós-operatória, infecção e deiscência da parede abdominal, infecção urinária e pneumonia pós-cirúrgica, lesões dos órgãos adjacentes como ureter, bexiga e intestino, tromboembolismo, distúrbios sexuais, disfunções do trato urinário inferior e constipação intestinal devido a aderências pélvicas<sup>27</sup>. Em contraposição, segundo Wiedemann e Di Pietro<sup>7</sup>, a DLM tem baixo risco associado, se executada por profissionais capacitados. Também podem contribuir medidas comportamentais (prática de atividades físicas regulares, atividades relaxantes, repouso adequado, orientações sobre os sintomas e alimentação hipossódica). A DLM poderia ser adotada como medida complementar às comportamentais. O

conhecimento e a abordagem da SPM são necessários para atuar da melhor forma nessa desordem utilizando a DLM<sup>14</sup>; assim o método poderia se tornar uma alternativa para mulheres com contra-indicação medicamentosa e cirúrgica.

Neste estudo, o reduzido número constatado de melhoras significantes pode estar ligado à amostra pequena. Sugerem-se estudos com um maior número de voluntárias, colaborando para esclarecer e comparar os resultados obtidos neste estudo piloto, e comprovar a eficácia da técnica isolada ou associada a outros tratamentos.

## CONCLUSÃO

A drenagem linfática manual foi eficaz na diminuição de um sintoma da síndrome pré-menstrual, o edema em região superior abdominal, e não alterou a qualidade de vida dessas mulheres jovens.

## REFERÊNCIAS

- Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2000;22(6):347-51.
- Dickerson LM, Pharm, D, Mazyck, PJ, Hunter, MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician.* 2003;67(8):1743-52.
- Approbato MS, Silva CDA, Perini GF, Miranda TG, Fonseca TD, Freitas VC. Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(7):459-62.
- Valadares GC, Ferreira LV, Correa HF, Pellini EAJ, Romano MAS. Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão; conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev Psiquiatr Clin.* 2006;33(3):117-23.
- Fernandes CE, Ferreira JAS, Azevedo LH, Pellini EAJ, Peixoto S. Síndrome da tensão pré-menstrual: o estado atual dos conhecimentos. *Arq Med ABC.* 2004;29(2):77-81.
- Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(Suppl 3):39-53.
- Wiedemann ÂPZ, Di Pietro N. Drenagem linfática manual: uma revisão bibliográfica. 2008. [monografia - especialização em Fisioterapia Dermato-Funcional]. Cascavel: Idate/FaeFija; 2008.
- Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):270-6.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovitch E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQoL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83.
- Leduc A, Leduc O. Drenagem linfática: teoria e prática. 2a ed. São Paulo: Manole, 2000.
- Camargo MC, Marx AG. Reabilitação física no câncer de mama. São Paulo: Roca; 2000.
- Srura E. Linfedema. *Rev Med Clin Condes* [periódico na internet]. 2008 [citado set 2008]; 19(1):115-21. Disponível em: <http://www.clinicalascondes.cl/area-academica/revistaMar08.html>.
- Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):47-56.
- Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com a síndrome pré-menstrual. *Arq Cienc Saude.* 2006;13(3):61-7.

## Referências (cont.)

---

- 15 Ciucci JL, Krapp JC, Soraccco JE, Ayguavella J, Marcovecchio LD, Salvia C, et al. Clínica e evolução na abordagem terapêutica interdisciplinar de 640 pacientes com linfedema durante 20 anos. *J Vasc Bras.* 2004;3(1):72-6.
- 16 Soares LMA, Soares SMB, Soares AKA. Estudo comparativo da eficácia da drenagem linfática manual e mecânica no pós-operatório de dermolipectomia. *Rev Bras Promocao Saude.* 2005;18(4):199-204.
- 17 Gordia AP, Quadros TMB, Campos W, Petroski ÉL. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. *Rev Salud Publica (Colômbia).* 2009;11(1):50-61
- 18 Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. 11a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
- 19 Demicheli FB, Lüdicke F, Lucas H, Chardonnens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. *Swiss Med Wkly.* 2002;132:574-8.
- 20 Longo C, Rizzo R, Inzitari MT, Scumaci G, Caroleo S, Iocco M. Trattamento non convenzionale della cefalea tensiva crônica com drenaggio linfático manuale. *Recenti Prog Med.* 2006;97(9):462-5.
- 21 Miziara L, Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Cefaléia menstrual: estudo semiológico de 100 casos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3A):596-600.
- 22 Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(1):57-68.
- 23 Shida JY, Gebrim LH, Simões MJ, Baracat EC, Lima GR. Estudo morfológico e morfométrico da mama de ratas em estro permanente, tratadas com danazol. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(1):41-5.
- 24 Katz DV, Troster EJ, Vaz FAC. Dopamina e o rim na sepse: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(3):317-25.
- 25 Félix VN. Síndrome hepato-renal. *J Bras Gastroenterol.* 2005;5(4):154-9.
- 26 Wannmacher L. Anticoncepcionais orais: o que há de novo. *Rev Organiz Soc.* 2003;1(1):1-6.
- 27 Brasil HHA, Belisario JFF. Psicofarmacoterapia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Supl 2):42-7.
- 28 Hobeika JD, Pinto AMN, Paiva LHSC, Pedro AO, Martinez EZ. A histerectomia simples realizada no menacme e a densidade mineral óssea da mulher na pós-menopausa. *Cad Saude Publica.* 2002;18(6):1705-12.