

# INCIDÊNCIA DE DISMENORRÉIA EM ACADÊMICAS DE UMA FACULDADE EM CASCAVEL-PR

CARLOS EDUARDO YUKIO TANAKA  
ELIZANGELA SERRA FERREIRA  
Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, Paraná, Brasil  
e-mail: yokoshiro\_zig@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A dismenorréia, segundo Lima e Baracat (1995) deriva do grego e significa menstruação difícil ou desconfortável. A dor uterina é o centro dos sintomas como palidez, sudorese, cefaléia, náuseas, vômitos, aumento do número de evacuações, lipotimia, dor lombar e membros inferiores.

Para Halbe (2000) 50% das mulheres sofrem algum mal-estar no período menstrual, mas o distúrbio torna-se problemáticos em 5 a 10%, e segundo Bortoletto et al (1995) que metade das mulheres na juventude referem dores menstruais nos primeiros dias de forma grave e incapacitante.

A dismenorréia é classificada de duas maneira: primária e secundária. Para Polden (2000) a dismenorréia primária intrínseca, essencial ou idiopática ocorre na mulher sem nenhuma doença pélvica orgânica e está geralmente associada aos ciclos ovarianos, tendo geralmente início 6 a 18 meses após a menarca.

Segundo Halbe (2000) existem muitas teorias para explicar a dismenorréia primária. As principais são: Espasmo vascular devido a vasoconstrição exagerada as arteríolas endometriais produzirá isquemia e conseqüentemente dor. Espasmo muscular devido a contração uterina exagerada e incordenada, ou ainda de uma hipersensibilidade à contração normal. Espasmos musculares e vasculares onde as contrações incordenadas agravam a anoxia e a dor. Endócrina onde a dismenorréia ocorre em ciclo ovulatórios, quando há atuação da progesterona. Quando os níveis de ocitocina forem baixos, a vasopressina atua induzindo contrações disrítmicas e dolorosas. E a prostaglandina, teoria de maior conotação terapêutica. Substância que estimula a contração dos músculos lisos. Benson (1981) sugeriu a presença de uma substância (prostaglandina F2 alfa e E2) no fluído menstrual que levaria a uma hipercontratibilidade do miométrio.

Cardoso e Leme (2003) afirmam que a causa da dismenorréia primária está relacionada ao crescimento da produção de prostaglandinas (principalmente a PGF2 alfa), que atinge um pico nos primeiros dois dias da menstruação.

Além das prostaglandinas estimularem o aumento da amplitude e freqüência das contrações uterinas, agem como potencializadoras da sensação dolorosa através da sensibilização das terminações nervosas, intensificando a sintomatologia (VIANA; GERBER, 2001).

Segundo Abraham (1983) Os sintomas da dismenorréia podem ser divididos em 2 grupos: somáticos e psíquicos. Entre os sintomas somáticos mais comuns estão os estados congestivos que afetam principalmente as mamas, abdome e pelve, a retenção hídrica e outras manifestações como a enxaqueca, o aumento da secreção vaginal, dores vagas generalizadas, anorexia, aumento do apetite, diarreia, constipação, sudorese, acne, herpes, insônia, crises asmáticas, aumento de peso temporário, dores lombares e ciáticas, distúrbios alérgicos, crises cíclicas de hipertrofia da tiróide, aerofagia, estados hipoglicêmicos e crises convulsivas.

Entre os sintomas psíquicos com maior freqüência estão a incapacidade de concentração, labilidade afetiva, perturbações no sono, agressividade, irritabilidade, tensão nervosa, humor variável, depressão, ansiedade, crises de choro e desânimo (ISRAEL, 1969; ABRAHAM, 1983; BARACAT 1999).

Mas, de acordo com Lima e Baracat (1995) o principal sintoma da dismenorréia primária é o quadro doloroso na região abdominal e lombossacra com irradiação para as coxas

Halbe (2000) relata que as dores aparecem vários dias antes do período menstrual ou algumas horas antes do sangramento vaginal, incapacitando-as para as realizações das atividades diárias.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa consistiu em um estudo de campo, epidemiológico, quantitativo de corte transversal, e teve como população alvo as acadêmicas do curso de fisioterapia de uma faculdade de Cascavel-PR. Para as acadêmicas que concordaram participar da pesquisa foi aplicado um questionário, em forma de entrevista, contendo 19 questões relacionadas à dismenorréia. Os resultados foram apresentados em tabelas em forma de porcentagem.

A presente pesquisa deu-se início após aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos

## **RESULTADOS**

Entre as entrevistadas, 87% delas tiveram incidência de cólicas menstruais na família e apenas 10% não. Com relação à dor, em uma escala de dor de 0 a 10, 20% relataram nota 5, e 39% deram nota entre 6 e 8 para intensidade da dor durante o período da menstruação e apenas 16% deram nota entre 9 e 10. 40% das entrevistadas disseram ter diminuído a dor com o decorrer do tempo enquanto 33% relataram aumento da dor, e 23% manteve a mesma intensidade. Com relação aos principais locais de dor, 14% sentiam dor de cabeça, 10% nas mamas, 36% em região abdominal, 33% em região lombar e 7% sentiam dores nas pernas como demonstra a tabela 1.

**Tabela 1 – Principais locais de dor durante a menstruação.**

<b>Locais de dor</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Cabeça	8	14
Mamas	6	10
Abdômen	21	36
Lombar	19	33
Pernas	4	7

Relacionado a outros sintomas, 17% sentiam tontura após o primeiro dia da menstruação, 11% palidez, 8% náuseas e 3% vômito, 31% não tem nenhum sintoma e 31% relataram sentir outros sintomas como demonstra a tabela 2.

**Tabela 2 – Outros sintomas percebidos durante a menstruação.**

<b>Outros sintomas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Náuseas	3	8
Vômito	1	3
Palidez	4	11
Tontura	6	17
Outros	11	31
Nenhum	11	31

Também foi questionado ao uso de tabaco e a prática de exercícios físicos, onde 93% das entrevistadas não eram tabagistas e apenas 16% praticavam algum tipo de atividade física e 83% não praticavam nenhum tipo de atividade.

Com relação as atividade de vida diária, 63% das entrevistadas tiveram que interromper alguma atividade devido a dores relacionada à menstruação, como demonstra a tabela 3.

**Tabela 3** – Número e porcentagem de entrevistadas que precisou interromper alguma atividade devido a dores relacionadas à menstruação.

<b>Interrompeu ou não alguma atividade devido à dor.</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	19	63
Não	11	37

### **Discussão e conclusão**

Como pode ser visto, 87% da população entrevistada possui casos de cólica menstrual na família, confirmando que a dismenorréia é a queixa ginecológica principal entre as adolescentes e Halbe (2000) refere que 50% das mulheres sofrem de algum sintoma que gera um mal estar no período menstrual, e Bortoletto (1995) diz que metade das mulheres jovens referem dores menstruais nos primeiros dias da menstruação, de forma grave e incapacitante, como também é citado por Longo (2005) que entre 6 e 23% das adolescentes tem a forma severa da dismenorréia, que também foi possível observar nos resultados da pesquisa.

Com relação aos locais de dor, 14% relatou cefaléia durante o período menstrual, a literatura relata 61 a 86% mas isto indicado na forma grave de dismenorréia, que não foi o caso da pesquisa. Segundo Raskin (1991) a cefaléia é atribuída ao distúrbio da transmissão serotoninérgica, sendo observada queda nos níveis de 5-OH-triptamina nas plaquetas no início do quadro. O estrogênio estimularia a produção de adrenoceptor na vasculatura, bloquearia a recaptção da serotonina, inibindo a enzima da degradação da monoaminoxidase, levando a vasodilatação das artérias cerebrais, por liberação de peptídeos vasoativos (DIGRE e DAMASIO, 1987).

A mastalgia ou dor nas mamas foi outro sintoma relatado que teve 10% de incidência na pesquisa, um número não muito elevado. A mastalgia é um incomodo bastante relatado devido seu inconveniente da dor e a causa de prejuízos ao relacionamento amoroso e temor de sua ligação com neoplasia (NOGUEIRA e SILVA, 2000).

Segundo Halbreich et al (1985), a mastalgia tem sido atribuída a níveis alterados de prolactina. Sua secreção parece estar sob dependência frenadora do neurotransmissor da dopamina e a hiperprolactinemia indicaria redução da sua atividade, que é relacionada por sua vez ao desenvolvimento da depressão (ALILA, ROGO e GOMBE, 1987).

A dor abdominal esteve presente em 36% das entrevistadas, próximo de outras pesquisas que chegam a 54% e segundo a mesma pesquisa, essas dores podem derivar de dificuldade das pacientes em discriminar esse quadro da dismenorréia ou ser manifestação de processo congestivo pélvico, constipação intestinal ou distúrbio autonômico, relacionados ao aumento da progesterona, à ação de prostaglandinas ou vasopressina, que também poderiam ter papel nas dores lombares, que nesta pesquisa teve uma incidência de 33%, muito próximo da pesquisa de Nogueira e Silva (2000) que foi de 36%.

Dores nas pernas registraram 7% da população entrevistada. Os índices de edema pré-menstrual relatados na literatura chegam a 92%, sendo atribuído à retenção hídrica, por ação da progesterona provocando flacidez da parede venosa, com prejuízo à drenagem e também por atuar como agonista da aldosterona induzindo natriurese, imediatamente compensada por aumento de renina ou conversão para desoxicorticosterona (AUGUSTO e URBANETZ, 1985). Recentemente alguns estudos apontaram evidências de haver redistribuição de líquidos e não retenção (TOLLAN et al. 1993).

Das participantes da pesquisa, 69% relataram ter outros sintomas como náuseas, vômito, tontura, palidez e outros sintomas não citados enquanto 31% relataram não ter nenhum outro sintoma, onde se incluem nesse resultado as acadêmicas que não tem cólicas. Segundo Lima e Baracat (1995), além do quadro algico em região abdominal, lombossacra e região mamária é também comum os sintomas de náuseas, sudorese, taquicardia, diarreia, vômitos, nervosismo entre outros.

Com relação à prática de exercícios físicos e ao uso de tabaco, 93% das entrevistadas não fazem uso deste tipo de droga, e quanto à prática de exercícios físicos, apenas 16% FIEP BULLETIN - Volume 80 - Special Edition - ARTICLE II - 2010 (<http://www.fiepbulletin.net>)

praticam alguma atividade como alongamentos, caminhada ou faz academia. Quanto ao uso de tabaco, as entrevistadas, na sua maioria, não têm relação com a sua dor menstrual e o uso da droga, sendo a minoria fumante, mas, em pesquisas realizadas demonstram que o consumo de cigarros eleva as chances de se desenvolver sintomas de dismenorréia, pois fumar altera os níveis hormonais que já estão alterados devido a menstruação, além de que mulheres fumante tem um ciclo menstrual mais curto e irregular segundo Johnson (2008).

Segundo Ana Ferrão (2004), a prática de exercícios, pode auxiliar na diminuição da dor, devido a liberação de endorfinas, que são os analgésicos naturais do nosso organismo, além da prevenção às dores menstruais.

Para o tratamento da dismenorréia, duas formas terapêuticas podem ser usadas, a medicamentosa e as fisioterápicas. Como medicamentosa o uso dos AINES é o meio de tratamento inicial, decorrente das prostaglandinas e os leucotrienos fazerem parte na gênese dos sintomas. Quando não respondem aos AINES durante 3 menstruações consecutivas propõem-se contraceptivos orais (OCPs - Oral contraceptive pills ), e se não respondem durante 3 períodos menstruais será avaliada para uma possível dismenorréia secundária (HAREL e ANN, 2008). Com os AINES é importante inquirir as contra-indicações: transtornos cardiovasculares, cerebrovascular, antecedentes trombo venosos, doença hepática e gravidez.

Para as mulheres que recusem a terapia hormonal há alguma evidencia de beneficio com o calor local, com plantas medicinais como toki-shakuyaku-san (japonesa), tiamina, vitamina E, suplementos de óleo de peixe (Omega-3); dieta vegetariana de baixo teor em gorduras e acupressão (FRENCH 2005).

Como tratamento fisioterapêutico, o uso da eletroestimulação transcutânea trás uma boa resposta. Segundo Hübbe em sua pesquisa o TENS promoveu alívio total da dor em 80% das pacientes e em 20% alívio parcial, concluindo que o TENS promove alívio da dor em 100% das pacientes que realizaram o tratamento.

Além do tratamento com correntes elétricas, sugere-se a massagem do tecido conjuntivo e a terapia manual como forma de tratamento para os casos de dismenorréia. Em uma pesquisa, Reis (2005) obteve uma resposta de alívio da dor em 89% das mulheres que compunham sua pesquisa através da massagem do tecido conjuntivo obtendo uma resposta positiva a esta técnica. Além da técnica de massagem existem outras técnicas de terapia manual como tração cervical, manipulações vertebrais, manipulação da charneira tóraco-lombar, correções de sacro e íliaco através da manipulação dos mesmos, e manipulação uterina, como sugere Longo (2005).

Indica-se o uso de técnicas de tratamento não medicamentosas decorrente dos efeitos colaterais que os mesmos causam, que afeta 40% das mulheres que relatam o uso dos mesmo (HÜBBE).

Devido à dor excessiva visualizado nos resultados da pesquisa, 63% das entrevistadas tiveram que interromper alguma atividade diária, demonstrando o que diz Halbe (2000) que relata que as dores aparecem vários dias antes do período menstrual ou algumas horas antes do sangramento vaginal, incapacitando-as para as realizações das atividades diárias.

Com esses dados conclui-se que a dismenorréia é uma doença que afeta o público feminino em sua maioria, e que influencia na vida diária dessas mulheres decorrente dos seus sintomas inconvenientes. Desta forma nota-se a necessidades de um tratamento mais eficaz para o alívio da dor além dos tratamentos acima citados que trouxeram dados demonstrando alívio da dor em suas técnicas e dos sintomas que a dismenorréia causa, e para isso sugere-se mais trabalhos buscando um tratamento que melhor encaixe para esse público e que seja mais eficiente.

## REFERÊNCIAS

BORTOLETTO, C. C. R. et al. Dismenorréia primária: etiopatogenia e terapêutica. **Revista Feminina**, São Paulo, v. 23, n. 5, jun. 1995.

CARDOSO, T. S. M.; LEME, A. P. C. B. P. A equivalência da dança do ventre à cinesioterapia na terapêutica da dismenorréia primária. **Fisioterapia Brasil**. Rio de Janeiro: Atlântica, v.4, n.2, mar./abr.2003.

CHIPREVITCH, Eugênio. **Puberdade e adolescência: aspectos biológicos, clínicos e psicossociais**. São Paulo: Roca, 1995.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

LIMA, G. L.; BARACAT, E. C. **Ginecologia endócrina**. São Paulo: Atheneu, 1995.

POLDEN, M; MANTLE, J. **Fisioterapia em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2000.

VIANA, L.C.; GERBER, S. **Dismenorréia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

Halbreich U, Endicott J, Lesser J. **The clinical diagnosis and classification of premenstrual changes**. *Can J Psychiatry* 1985; 30:489-97.

Tollan A, Oian P, Fadnes HO, Maltau JN. **Evidence for altered transcapillary fluid balance in women with the premenstrual syndrome**. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:238-42.

JOHSON E.B. **Tabagismo piora sintomas pré-menstruais**, 2008. Disponível em < <http://www.antidrogas.pr.gov.br/modules/noticias/makepdf.php?storyid=852>>

ABRAHAM, G.E. **Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes**. *J Reprod Med* 1983; 28:446-64.

ISRAEL, S.L. **Transtornos Menstruales y Esterilidad**. 5<sup>TM</sup> ed. Buenos Aires: Bernardes; 1969. p.165-75.

ALILA, H.W.; ROGO, K.O.; GOMBE, S. **Effects of prolactin on steroidogenesis by human luteal in cell culture**. *Fertil Steril* 1987; 47:947-55.

DIGRE, K, DAMASIO, H. **Menstrual migraine: differential diagnosis, evaluation and treatment**. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30:417-30.

RASKIN, N.H. **Serotonin receptors and headache**. *N Engl J Med* 1991; 325:353-4.

AUGUSTO, N. URBANETZ, A..A. **Síndrome de tensão pré-menstrual**. I. Aspectos clínicos e fisiopatologia. *Femina* 1985; 13:682-90.

BENSON, R. C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

LONGO, N.S.R. **Técnicas de terapia manual no tratamento da dismenorréia primária. Um estudo de caso** 2005. Disponível em < <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/NoeliLongo/tcc.pdf>> acesso em 14 out. 09.

NOGUEIRA, C.W.M; SILVA, J.L.P. **Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-menstrual**. *RBGO* - v. 22, nº 6, 2000.

HAREL, Z.; ANN, N.Y. **Dysmenorrhea in adolescents**. – Division of Adolescent Medicine, Hasbro Children's Hospital, Providence, RI, USA. *Acad Sci*. 2008.

FRENCH. **Dysmenorrhea**. *American Family Physician*. Department of Family Practice, Michigan State University, College of Human Medicine. 2005. Michigan, USA

HÜBBE, F.P. **Estudo sobre a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) em mulheres com dismenorréia**. Disponível em

<http://www.fisiotb.unisul.br/Tccs/03a/fernanda/artigofernandapaeshubbe.pdf>. acesso em 15 out. 09.

REIS, C.A.A.S. **O efeito da massagem no tecido conjuntivo em mulheres com dismenorréia primária**. Disponível em

<<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000366461>> acesso em 15 out 09.

Autor: Carlos Eduardo Yukio Tanaka

Endereço: Rua Filosofia nº 1226

Fone: (45) 9913-0332

e-mail: yokoshiro\_zig@hotmail.com