

Ciências da Saúde

DISMENORREIA: DIANÓSTICO E TRATAMENTO

DYSMENORRHEA: DIAGNOSIS AND TREATMENT

Thais Piola Alves;¹
Jessica Akemi Yamagishi;²
Jucélia da Silva Nunes;³
André Tomaz Terra Júnior;⁴
Regiane Rossi Oliveira Lima.⁵

RESUMO

A dismenorreia caracteriza-se por dor acentuada, em forma de cólica durante o período menstrual, manifestada em região abdominal inferior ou lombar. A dor cíclica menstrual é classificada de acordo com suas manifestações, em primária e secundária. A primária manifesta-se na ausência de lesões pélvicas, enquanto a secundária acontece em consequência de patologias uterinas. O presente estudo teve por objetivo, esclarecer os aspectos associados à patologia descrita, com a finalidade de acentuar os conhecimentos, servir de orientação para os profissionais da saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica, pesquisada no google acadêmico, revistas eletrônicas e livros entre o ano de 2002 e 2015. Contudo, essa patologia pode ser considerada uma das principais causas de falta no trabalho, escola por mulheres que sofrem de dismenorreia intensa, principalmente nos primeiros dias do ciclo menstrual. Portanto, existem diversos tratamentos, considerando a terapêutica apropriada, aquela voltada para o fator etiológico ou para a condição fisiopatológica responsável pelo sintoma.

Palavras-Chaves: Dismenorreia Primária e Secundária, Cólica Menstrual.

¹ Discente do curso de Farmácia da Faculdade de Educação e meio Ambiente -Ariquemes – RO;

² Discente do curso de Farmácia da Faculdade de Educação e meio Ambiente -Ariquemes – RO;

³ Especialista em Análises Clínicas, Professora do Curso de Farmácia na Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes – RO;

⁴ Mestre em Oncologia Clínica, Terapia Celular e Células troncos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP. Docente do curso de graduação em Farmácia da FAEMA;

⁵ Especialista em Farmácia Clínica. Docente e Coordenadora dos Laboratórios Didáticos da FAEMA-RO.

ABSTRACT

Dysmenorrhea is characterized by severe pain, colic-like menstruum during the period, expressed in lower abdominal or lumbar. Menstrual cyclic pain is classified according to its manifestations in primary and secondary. The primary manifests itself in the absence of pelvic lesions, while the secondary happens as a result of uterine disorders. This study aimed to clarify aspects associated with the described condition, in order to enhance the knowledge, provide guidance to health professionals. This is a literature review, searched in google academic, electronic journals and books between 2002 and 2015. However, this disease can be considered a major cause of failure in work, school for women suffering from severe dysmenorrhea, especially in the early days of the menstrual cycle. Therefore, there are several treatments considering the appropriate therapy that focused on the aetiology or for the pathophysiological condition responsible for the symptoms.

Words-Keys: Dysmenorrhea Primary and Secondary, Menstrual.

1. INTRODUÇÃO

Ha título histórico, segundo o Antigo Testamento da Bíblia, em meados de 1.400 a. C, a mulher no decorrer do lapso cíclico era isolada por sete dias, pois era proclamada impura, assim como seres e objetos tocado pela mesma. Aliás, no tratado de Plínio, intitulado “Historia Naturalis” (23 a.C), o autor retrata o fenômeno da menstruação e forma de sua interpretação pela cultura da época. Admitiam que a mulher menstruada tornava o vinho azedo, as lâminas de aço cegas, as sementes secas, o bronze e o ferro oxidados. Por fim, a mulher que se encontrava neste período era isolada e afastada da produção de alimentos por diversas culturas ao redor do mundo. (1)

Hodiernamente, conquanto, entende-se que a menstruação é um sangramento genital periódico e temporário, estendendo-se da menarca à menopausa. Além disso, a menstruação é peculiaridade dos primatas e se determina por hemorragia uterina cíclica dependente de desintegração e esfoliação do endométrio que incide, aproximadamente, em um ciclo normal cujo espaço de tempo se estende de 21 a 45 dias, com 2 a 6 dias de fluxo e uma perda sanguínea média de 20 – 60 mL, e geralmente com duração de 40 anos. (1)

Muitas mulheres durante o ciclo menstrual apresentam dores em baixo ventre, utilizando o termo dismenorreia para caracterizar essa síndrome dolorosa. (2)

A dismenorreia é definida como uma dor pré-menstrual presente em 80% das mulheres, com prevalência na adolescência, portanto a dor cíclica menstrual é classificada conforme suas manifestações, sendo dividida em primária e secundária, sendo que a primária apresenta-se na ausência de lesões pélvicas, diferentemente da secundária provocada em consequência de patologias uterinas. (2)

Esta doença tem alta prevalência e recorrência em mulheres; mesmo estima-se que pelo menos 60% das delas sofrem um episódio de dor (ou pélvica, cabeça), nos dias de hemorragia menstrual, das quais entre 10 e 15% têm graves episódios de dor, pois sabe-se que a dismenorreia acarreta um impacto negativo significativo sobre o desempenho diário das doentes, a deficiência em cerca de 5% das pessoas que sofrem da doença. (3)

De acordo com Frare, (4) a gravidade da dor menstrual mostra que vários fatores podem estar relacionados a este distúrbio, os quais englobam: idade menor, tabagismo, menarca precoce, fluxo menstrual intenso ou prolongado.

Quanto ao diagnóstico, é imprescindível que seja clínico, porém como na própria descrição da patologia, é fundado na presença de cólica na região ventral no decorrer da menstruação, onde o prisma se dá em certificar se é primária ou secundária, que se confirma por meio de uma anamnese cuidadosa, exames físicos gerais e complementares. (5)

A terapia tradicional abrange o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINE's), antiespasmódicos, analgésicos e contraceptivos orais e injetáveis, e práticas consideradas alternativas, a título de exemplo, a acupuntura e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), bem como a utilização de meios físicos como calor ou pressão sobre o local da dor. (6)

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura, consolidando os tópicos conexos a patologia descrita, com o propósito de aumentar os conhecimentos e servir de parâmetro para interessados e profissionais da saúde.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO

Dismenorreia é uma palavra de origem grega que significa menstruação difícil e corresponde a um distúrbio ginecológico que acarreta dor crônica, espasmódica, em forma de cólica, localizada na região pélvica, no decorrer do período menstrual. Outros sintomas podem estar relacionados, como cefaleia, náuseas, vômitos, sudorese, diarreia, mastalgia, dor na região lombossacra e membros inferiores, podendo levar ao surgimento de situações de nervosismo, fadiga, vertigem e até desmaio. (7)

2.2 CLASSIFICAÇÃO

Pode ser classificada a partir da intensidade, como: leve, moderada e acentuada, sendo a dor menstrual de grau leve, aquela que não compromete as atividades frequentes da mulher, na intensidade moderada a dor interfere nas tarefas e pode durar todo o ciclo menstrual, já no grau acentuado, a dor não possibilita o desempenho normal das obrigações e pode ocasionar alterações vasculares e gastrointestinais. De acordo com a etiologia, a dismenorreia pode ser conhecida como primária ou funcional, e em secundária ou orgânica. (4)

Por sua vez a primária, é a mais frequente, encontradas apenas alterações bioquímicas uterinas, embora possa acontecer em mulheres acima de 40 anos, é mais habitual em jovens, porém costuma se manifestar de um a dois anos após a primeira menstruação, coincidindo com o início dos ciclos ovulatórios e regulares, alcançado um pico máximo por volta dos 20 anos e diminuindo a partir desta idade. (6)

A queixa principal das pacientes afetadas pela patologia primária são cólicas menstruais, que podem se desenvolver em graus muito variáveis, as dores em caráter de cólicas geralmente surgem após o início das menstruações, mas em parte dos casos antecede o aparecimento do fluxo menstrual. Os locais em que a dor é mais ativa são as regiões retropública e sacra. Normalmente o sintoma irradia-se para as faces internas das coxas. No transcurso das primeiras horas as cólicas atingem o seu acme de intensidade, declinando gradualmente. (8)

Além das cólicas uterinas, podem ocorrer sintomas gerais, particularmente relacionados com o aparelho digestivo e respiratório. Os distúrbios gastrointestinais comumente referidos são náuseas, vômitos e diarreia. Em relação ao aparelho respiratório, a queixa fundamental é de dificuldade na respiração. Essas manifestações sistêmicas usualmente acontecem em pacientes que apresentam cólicas uterinas de maior

intensidade, mas podem ser averiguadas inclusive em casos leves ou moderados de algomenorreia. (8)

Devido a essa sintomatologia acentuada aumenta a suscetibilidade a distúrbios psicológicos como ansiedade e depressão, ocorrendo interferência na vida social e produtiva da mulher, levando não apenas ao absenteísmo, também ao presenteísmo com prejuízo de 66,8% na produtividade das horas trabalhadas, trazendo consequências, tais como mudança de turno, demissão e férias. (9)

Uma das teorias para explicá-la é o aumento da secreção de prostaglandinas no sangue menstrual, que intensifica as contrações uterinas normais. As prostaglandinas elevam as contrações do miométrio e a vasoconstrição uterina, piorando a hipóxia uterina normalmente associada à menstruação. Essas combinações de contrações musculares intensas e hipóxia originam a dor acentuada. (10)

A dismenorreia secundária é a cólica menstrual decorrente de alguma doença ginecológica que assoma, frequentemente, alguns anos após a primeira menstruação, ou após algum fato marcante na vida da mulher. Compreende cerca de 5% das dismenorreias. Neste caso, a dor pode se manifestar de modo atípico imediatamente a partir da menarca ou numa idade mais avançada, conforme a causa básica. Se porventura, perceptível essas características, é necessário averiguar a presença de doenças ou condições ginecológicas e não ginecológicas, que possam estar ocasionando a dor. (6)

Dentre as causas de origem ginecológica, as mais corriqueiras são: inflamações pélvicas, miomas, cistos ovarianos, uso de DIU (dispositivo intrauterino), tumores pélvicos, estenose cervical, endometriose, varizes pélvicas, adenomiose, pólipos, malformações congênitas do trato urinário. (11)

Quanto à fisiopatologia, o fator de maior relevância afeiçoa ser a elevação dos níveis de prostaglandinas, o que propicia a exacerbação de contrações uterinas. Essa contração excessiva promove a diminuição do fluxo vascular uterino, provocando hipóxia e isquemia, piorando ainda mais o quadro doloroso. Para mais, a ação das prostaglandinas estimula constrições na musculatura lisa do estômago, intestino e vasos sanguíneos, resultando daí os sintomas associados como diarreia, náuseas, vômitos, cefaleia e irritabilidade. (11)

2.3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é realizado por meio da anamnese, exame físico geral, exame ginecológico e exames subsidiários, sendo que a anamnese deve sempre iniciar com a idade da paciente, pois adolescentes frequentemente possuem quadros dolorosos absolutamente diferentes da mulher adulta, onde no decorrer da anamnese de mulheres diagnosticadas deve-se ressaltar o início da sintomatologia e da duração. (5)

Segundo Diegoli, (12) as adolescentes relatam que a dor começa com a menstruação, enquanto na mulher adulta a dor pode preceder em alguns dias da menstruação. Na DP o início da sintomatologia acontece normalmente 6 a 12 meses após a menarca e as manifestações mais comuns são: dor intensa no baixo ventre de caráter espasmódico, com irradiação para a região lombossacra, podendo estar relacionada a náuseas e vômitos, diarreia, nervosismo, vertigem, dor sacral, cansaço e cefaleia. Já na dismenorreia secundária o surgimento dos sintomas costuma ser mais tardio, na segunda ou terceira metade da vida. Ainda, no decurso da anamnese, devem-se analisar as características do fluxo menstrual, antecedentes de infecção, cirurgias pregressas.

O exame físico deve ser sempre executado para diferenciar entre a DP e a DS, onde o toque vaginal deverá apenas ser efetuado em pacientes não virgens. O toque retal deve ser evitado nas primárias, pois a dor e o medo podem ocasionar traumas na adolescente e dificultar futuras visitas ao ginecologista. Na DS o exame físico pode detectar endometriose, tumores uterinos (miomas), ou malformações. O toque retal deve ser empregado quando houver suspeita de tumores benignos ou malignos (carcinoma uterino) ou endometriose (do ligamento sacro). (13)

Dentre os exames subsidiários, a ultrassonografia pélvica é primordial para diagnóstico da DS, complementa a avaliação dos ovários e do endométrio, mas somente está indicada em pacientes que já mantenham atividade sexual. A laparoscopia é um exame subsidiário muito importante para o diagnóstico de algia pélvica e em algumas patologias, tais como endometriose e malformações pélvicas. Entretanto, é um exame invasivo e, portanto, deve ser muito bem recomendada. Como na adolescente sem malformação pélvica o mais frequente é a dismenorreia primária, a laparoscopia somente deverá ser determinada quando houver forte suspeita de DS, sempre após o exame ultrassonográfico e apenas quando todos os tratamentos clínicos falharem. (12)

Histeroscopia ou histerossonografia - a indicação de um desses procedimentos é a presença de dismenorreia relacionada ao aumento do fluxo menstrual, principalmente se ao exame ultrassonográfico tiver suspeita de alterações na cavidade endometrial. (14)

CA 125 - a avaliação dos níveis séricos do marcador CA 125 efetuado do primeiro ao terceiro dia do fluxo menstrual está recomendada nos casos de dismenorreia severa, com má resposta ao tratamento clínico, o que é sugestivo de endometriose. (14)

2.4 TRATAMENTO

Uma abordagem terapêutica apropriada deve considerar o manejo durante a crise e, também, nos intervalos das crises. O manejo das crises possui uma conotação paliativa e de emergência na qual se preconiza repouso, analgesia, antiespasmódicos, calor local e até ansiolíticos em casos designados. A terapia fora das crises propõe-se à cura da paciente, sendo profilático na DP por meio do uso de anti-inflamatórios e de anticoncepcionais orais (ACO), e terapêuticos nos casos orgânicos, sendo conduzido à patologia de base. (15)

Nos casos de DP, o tratamento dispõe caráter profilático, desde terapia de apoio até o tratamento cirúrgico. Inúmeras medidas profiláticas e terapêuticas podem auxiliar. O exercício físico, quando praticado de forma regular e moderado, é considerado um alívio para o desconforto menstrual, devido ao aumento da vasodilatação. Medidas gerais como banho morno, bolsa de água quente e massagens relaxantes amenizam a dor. Modificações dietéticas específicas podem cooperar para a redução dos sintomas associados à dismenorreia, como a minoração do sal e de açúcar refinado de 7 a 10 dias antes da menstruação, o que pode reduzir retenção de líquidos. Algumas mulheres com DP relatam uma atenuação na sintomatologia ao migrarem de uma dieta rica em gorduras para uma baixa taxa de gorduras. (5)

No tratamento para a DS, o crucial é identificar a causa, e fazer o uso de analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais (AINH) para o alívio da dor - sendo vantajosos os AINH - e, muitas vezes, correção cirúrgica. (5)

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) é a primeira linha no manejo da DP. Atuam pela redução da atividade da via da cicloxigenase, inibindo a síntese de prostaglandinas. Geralmente são utilizados de três a cinco dias de tratamento, iniciando-se

um a dois dias antes do fluxo menstrual. Através de alguns estudos há informações de melhora entre 17% e 95% das mulheres tratadas com AINEs. (14)

Os AINEs que atuam tanto nas COX-1 como nas COX-2 interferem na produção das prostaglandinas, mas também na síntese do tromboxane e das prostaciclina. A ação desses fármacos em diferentes locais do organismo provocaria efeitos colaterais, como hemorragias, gastrite, alterações renais e alterações hematológicas. O uso de medicamentos que agem especificamente na COX-2 reduziria de forma importante a incidência dos efeitos colaterais, como ainda reduzem a intensidade do fluxo menstrual. Logo, esses AINEs devem ser a principal escolha na terapia da DP. Os mais usados recentemente são: Meloxicam 15 mg /dia em dose única, Celecoxib 100 a 200mg/dia, Lumiracoxib 400mg/dia em dose única e o Eterocoxib 1 comprimido ao dia. (12)

Dentre os AINEs não específicos da COX-2, opta-se para tratamento da DP os que apresentam maior ação analgésica e menores efeitos colaterais. Como na DP a dor é provocada não pela ação inflamatória, mas sim pela contratilidade uterina, os fármacos que dispõem maior eficácia analgésica são: Cetoprofeno 50 mg de 8 em 8 horas ou 150 mg dose única, uma vez ao dia; Ácido Mefenâmico na dosagem de 500 mg três a quatro vezes por dia; Diclofenaco sódico (Voltaren) 50 mg de 8/8 horas via oral ou retal ou 75 mg/dia por via intramuscular e diclofenaco sódico (Voltaren) pode ainda ser usado na dosagem de 100 mg ou 75 mg, entre outros. (13)

Outra possibilidade é o emprego de contraceptivos orais que reduzem a espessura endometrial, diminuindo o sangramento e, por consequência, acarretando queda dos níveis de prostaglandinas no soro e no fluido menstrual. Embora existam controvérsias, a utilização dos contraceptivos hormonais cursa com significativa melhora do quadro clínico geral de DP e, se houver o desejo de contracepção pela paciente, esta passa a ser a melhor opção terapêutica. Efeitos adversos, como náuseas, vômitos, cefaleia, dor abdominal, ganho de peso e acne, são relatados em associação com uso dos ACO e, muito raramente, conseguem causar eventos adversos sérios, como trombose e infarto. Vale lembrar que o tabagismo intensifica este risco. (16)

O sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) tem sido aplicado ultimamente no tratamento da dismenorreia primária e secundária. Cerca de 70% das usuárias deste método desenvolvem amenorreia após seis meses de uso e proximamente 56% após três

anos. O SIU-LNG possui ação hormonal comprovada pelo período de cinco anos e age induzindo atrofia endometrial por ação local, intrauterina, do levonorgestrel. Algumas pesquisas confirmam sua eficácia no controle da dismenorreia, especialmente quando relacionado a endometriose, não somente pela melhora clínica da dor pélvica, como também pela redução de marcadores séricos como o Ca-125 e pela melhora no estágio cirúrgico da doença, segundo a classificação da American Society of Reproductive Medicine. (16)

Múltiplas possibilidades terapêuticas têm sido aplicadas com relativa eficácia, incluindo o uso de fármacos parassimpaticolíticos ou antiespasmódicos, vitaminas B6, B1 e E, prescrição de magnésio, ácidos graxos, ômega-3 e métodos complementares como repouso, massagens ao nível da coluna lombossacral, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), acupuntura e pilates. (5)

Os antiespasmódicos foram às primeiras drogas usadas no tratamento da dismenorreia. Estas drogas atuam nos plexos parassimpáticos, exercendo atividade na musculatura lisa do trato gastrointestinal, geniturinário e vias biliares. O medicamento mais utilizado é o brometo de N-butilescopolamina que pode ser administrado por via oral de 6/ 6 horas ou 25 a 30 gotas ou pela via endovenosa uma ampola E.V. diluída em 50 mL de soro glicosado.(13)

Foi demonstrado em estudos aleatorizados que a vitamina E (200 UI duas vezes por dia , dois dias antes e após a menstruação) e B1 (100 mg uma vez por dia) reduz significativamente a dismenorreia em comparação com o placebo . A vitamina E é um conhecido inibidor da proteína quinase C, que é responsável pela liberação de ácido araquidônico a partir de membranas celulares, portanto, atua diminuindo a síntese de prostaglandina. (17)

Pesquisas recentes têm evidenciado a eficácia do uso de recursos não farmacológicos, como a corrente interferencial e a estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), que apresentaram bons resultados com o alívio da dor, além da vantagem de não serem invasivos. Outros métodos retratados na literatura têm sido o uso da acupuntura e da massagem do tecido ambos causando redução dos escores de dor. (9)

Já que existem poucos estudos sobre a importância da fisioterapia na DP e o tratamento normalmente é medicamentoso, devem-se analisar alternativas terapêuticas. O

método Pilates é uma opção, pois trabalha a musculatura pélvica que é a mais acometida nesta síndrome, além de trabalhar força, flexibilidade, postura e percepção corporal que também estão alteradas pelo desconforto da dismenorreia. (18)

O tratamento cirúrgico é empregado quando o tratamento clínico não surtir efeito. Na dismenorreia primária é aplicado um procedimento cirúrgico denominado por recessão laparoscópica dos ligamentos uterossacos. Esses procedimentos exibem um resultado bom, entretanto podem ser causa futura de um prolapso uterino. (2)

3. CONCLUSÃO FINAL

Após a revisão de literatura sobre os princípios associados à dismenorreia, notou-se que tal patologia é uma das principais causas da perda de produtividade na realização de atividades habituais, ocasionando elevados índices de não comparecimento ao trabalho ou à escola para aquelas mulheres que sofrem de dismenorreia acentuada, especialmente nos primeiros dias do ciclo menstrual.

Deslinda-se também que existem diversos tratamentos disponíveis, considerando a terapêutica apropriada, aquela direcionada para o fator etiológico ou para a condição fisiopatológica responsável pela sintomatologia e, principalmente, a que se adapte melhor em cada caso concreto.

Portanto, a dismenorreia pode e deve ser tratada. O nosso papel como farmacêuticos é orientar as pacientes, para que procurem um ginecologista para diagnóstico clínico e caso evidenciado explicar sobre os medicamentos, desde cumprir a posologia adequada, o tempo determinado e os intervalos apropriados, interações medicamentosas, reações adversas, a importância de seguir o tratamento de modo correto, ou seja, proporcionando todas as orientações possíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Tonetto, Nathiele Dias; Gerzson, Laís Rodriguez; BRAZ, Melissa Medeiros. Fisioterapia na busca da qualidade de vida de mulheres que apresentam dismenorréia primária: uma revisão bibliográfica. Rio Grande do Sul, 2010. [citado em 27 de abril de 2016]. Disponível em: <<http://www.unifra.br/ eventos/sepe2010/2010/ trabalhos/saude/ completo/4997.pdf>>

2- Silva, Adriana Barbosa et al. Correlação entre as alterações posturais e a dismenorreia primária em mulheres jovens na faixa etária de 18 a 25 anos. Revista Científica do Unisalesiano – Lins, São Paulo, ano 3, n.6, 2012. [citado em 27 de abril de 2016]. Disponível em: < <http://www.salesianolins.br/ universitaria/artigos/no7 /artigo29.pdf>>

- 3 - Paredes, José Sandoval. Os factores que afectam a dismenorréia em adolescentes, de acordo com socioeconômico. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Lima, v.59, n.2, 2013. [citado em 27 de abril de 2016]. Disponível em:< http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S230451322013000200003&script=sci_arttext
- 4 - Frare, Juliana Cristina; Tomadon, Aniele; Silva, Joseane Rodrigues. Prevalência da dismenorreia e seu efeito na qualidade de vida entre mulheres jovens. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, Paraná, ano 12, nº 39, 2014. [citado em 27 de abril de 2016]. Disponível em:< http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/viewFile/2095/1481>
- 5- Acqua, Roberta Dall; Bendlin, Tania. Dismenorrea. Femina, Paraná, vol 43, nº 6, 2015. [citado em 08 de maio de 2016]. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n6/a5327.pdf>>
- 6- Carvalho, Lino. Dismenorréia primária: uma abordagem homeopática ambulatorial. Monografia (Pós Graduação em Homeopatia, na área de Medicina), Rio de Janeiro, 2010. [citado em 08 de maio de 2016]. Disponível em:< <http://www.ihb.org.br/BR/docs/monografiasdigitalizadas/2010/201006.pdf>>
- 7- Nunes, Janaina Mayer de Oliveira et al. Prevalência de dismenorreia em universitárias e sua relação com absenteísmo escolar, exercício físico e uso de medicamentos. Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza, vol. 26, nº 3, p. 381-386, 2013. [citado em 08 de maio de 2016]. Disponível em:< <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2944/pdf>>
- 8- Piato, Sebastião. Tratado de Ginecologia. 2.ed. São Paulo (SP) : Artes Médicas, 2002.
- 9- Oliveira, Ranulfa Gabriela Cândida Queiroz et al. Tens de alta e baixa frequência para dismenorreia primária: estudo preliminar. ConScientiae Saúde, São Paulo, vol. 11, nº.1, p. 149-158, 2012. [citado em 10 de maio de 2016]. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/929/92923617020.pdf>>
- 10- Sezeremeta, Deise Cris et al. Dismenorrea: Ocorrência na Vida de Acadêmicas da Área de Saúde. Ciências Biológicas e da Saúde, vol.15, nº 2, p. 123-126, 2013. [citado em 15 de maio de 2016]. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view81>
- 11- Ferreira, José Paulo et al. Pediatria: Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 12- Diegoli, Mara Solange Carvalho; Fonseca, Ângela Maggio; Diegoli, Carlos Alberto. Especial Dismenorréia. Revista Brasileira de Medicina-RBM, vol. 61, nº ½, 2004. [citado em 17 de maio de 2016]. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2565>
- 13- Diegoli, Carlos Alberto; Diegoli, Mara Solange Carvalho. Saúde da Mulher Dismenorréia. Revista Brasileira de Medicina - RBM, vol. 64, nº 3, 2007. [citado em 17 de maio de 2016]. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3529>

- 14- Fonseca, Ângela Maggio; Bagnoli, Vicente Renato. Como Diagnosticar e Tratar a Dismenorréia. Revista Brasileira de Medicina, vol. 64, nº 12, 2004. [citado em 30 de maio de 2016]. Disponível em:< http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2864>
- 15- Schmidt, Ellen; Herter, Liliâne Diefenthaeler. Dismenorreia em adolescentes escolares. Adolescência Latino americano, Porto Alegre, vol.3, n.1, 2002. [citado em 30 de maio de 2016]. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=325465&indexSearch=ID>>
- 16- Silva, Júlio César Rosa-e-Silva et al. Dismenorréia. Revista Brasileira de Medicina, vol. 64, nº 12, 2007. [citado em 03 de junho de 2016]. Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3686&fase=imprime>
- 17- Castro, Magdalena; Galleguillos, Claudia. Dismenorrea Primaria en Adolescentes: Revisión de la Literatura. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecologia Infantil y de la Adolescencia, Chile, vol. 16, nº 2, 2009. [citado em 03 de junho de 2016]. Disponível em:< http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2009/SOGIA_2_2009_1.pdf>
- 18- Silva, Mayra Julianny Lemos et al. Efeito do método Pilates com Bola em mulheres com dismenorreia primária. Revista do Instituto de Ciências da Saúde, São Paulo, vol. 32 nº 1 p.78-81, 2014. [citado em 03 de junho de 2016]. Disponível em:https://www3.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2014/01_jan-mar/V32_n1_2014_p78a81.pdf>