Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Intensidade da dor menstrual, sintomas do assoalho pélvico e função sexual em mulheres universitárias

Menstrual pain intensity, pelvic floor symptoms and sexual function in female university students

Intensidad del dolor menstrual, síntomas del suelo pélvico y función sexual en mujeres universitarias

Emily Gabrielli de Oliveira Pedroso[1], Jéssica Mylena Thiopek[1], Camila Rinaldi[2], Mikaela da Silva Corrêa[2].

RESUMO

Objetivo: Investigar a associação entre intensidade da dor menstrual e sintomas do assoalho pélvico (AP) em universitárias, além de comparar função sexual e sintomas pélvicos entre diferentes níveis de dor. **Métodos:** Estudo observacional transversal online com 163 mulheres maiores de 18 anos. A intensidade da dor foi avaliada pela Escala Numérica de Dor e classificada em leve, moderada e intensa. Os sintomas do AP foram mensurados pelo Pelvic Floor Distress Inventory Short Form 20 (PFDI-20) e a função sexual pelo Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F). As comparações foram realizadas pelos testes de Kruskal–Wallis e Fisher. A associação independente entre dor e sintomas pélvicos foi analisada por regressão linear múltipla ajustada. **Resultados:** A prevalência de dor menstrual foi de 86,5%. Mulheres com dor intensa relataram maior interferência da dor na concentração durante as aulas, permanência na cama, tempo livre, sono e relacionamentos. Também apresentaram maiores escores no PFDI-20 total e nos domínios urinário e de sintomas relacionados à sensação de prolapso. A intensidade da dor e o índice de massa corporal associaram-se de forma independente ao aumento do escore total do PFDI-20. **Conclusão:** Maior intensidade de dor menstrual relacionou-se a maior impacto subjetivo de sintomas do assoalho pélvico em universitárias.

Palavras-chave: Dismenorreia, Distúrbios do assoalho pélvico, Incontinência urinária, Prolapso.

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between menstrual pain intensity and pelvic floor (PF) symptoms in female university students and to compare sexual function and pelvic symptoms across different pain levels. **Methods:** This online cross-sectional study included 163 women aged over 18 years. Pain intensity was assessed using the Numerical Pain Scale and classified as mild, moderate, or severe. Pelvic floor symptoms were measured using the Pelvic Floor Distress Inventory Short Form 20 (PFDI-20), and sexual function was assessed using the Female Sexual Quotient (SQ-F). Comparisons between pain levels were performed using the Kruskal–Wallis and Fisher tests. The independent association between pain and pelvic symptoms was analyzed using adjusted multiple linear regression. **Results:** The prevalence of menstrual pain was 86.5%.

[1] UniCesumar, Ponta Grossa – PR.
[2] Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília – SP.

SUBMETIDO EM: 6/2026 | **ACEITO EM: 7/2026** | **PUBLICADO EM: 9/2026**

Women with severe pain reported greater interference with concentration during classes, time spent in bed, leisure activities, sleep, and relationships. They also showed higher total PFDI-20 scores and higher urinary and symptoms related to the sensation of prolapse. Pain intensity and body mass index were independently associated with increased total PFDI-20 scores. **Conclusion:** Greater menstrual pain intensity was associated with a greater subjective impact of pelvic floor symptoms among female university students.

Keywords: Dysmenorrhea, Pelvic floor disorders, Urinary incontinence, Prolapse.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la asociación entre la intensidad del dolor menstrual y los síntomas del suelo pélvico (SP) en mujeres universitarias, además de comparar la función sexual y los síntomas pélvicos entre diferentes niveles de dolor. **Métodos:** Estudio observacional transversal en línea con 163 mujeres mayores de 18 años. La intensidad del dolor se evaluó mediante la Escala Numérica del Dolor y se clasificó como leve, moderada o intensa. Los síntomas del SP se evaluaron mediante el *Pelvic Floor Distress Inventory Short Form 20* (PFDI-20) y la función sexual mediante el *Quociente Sexual – Versión Femenina* (QS-F). La asociación entre dolor y síntomas pélvicos se analizó mediante regresión lineal múltiple ajustada. **Resultados:** La prevalencia de dolor menstrual fue del 86,5%. Mujeres con dolor intenso reportaron mayor interferencia en las actividades diarias, incluyendo concentración en las clases, permanencia en cama, tiempo libre, sueño y relaciones interpersonales. Además, presentaron puntuaciones más elevadas en el PFDI-20 total y en los dominios urinario y de síntomas relacionados con la sensación de prolapso. La intensidad del dolor y el IMC se asociaron de forma independiente con mayores puntuaciones en el PFDI-20. **Conclusión:** Mayor intensidad del dolor menstrual se relacionó con un mayor impacto subjetivo de los síntomas del suelo pélvico en mujeres universitarias.

Palabras clave: Dismenorrea, Trastornos del suelo pélvico, Incontinencia urinaria, Prolapso de órganos pélvicos.

INTRODUÇÃO

A dor menstrual é uma queixa altamente frequente em adolescentes e mulheres jovens e está entre os motivos ginecológicos mais comuns de dor recorrente e de prejuízo funcional no período reprodutivo. A dor menstrual clinicamente é denominada dismenorreia, e pode ter origem primária ou secundária (GUIMARÃES I e PÓVOA AM, 2020).

A dismenorreia pode ser classificada como primária quando se trata da dor ou cólica menstrual sem que haja associação a doenças pélvicas prévias, e secundária quando tem relação com condições de doenças ginecológicas. Os sintomas da dismenorreia primária (DP) normalmente iniciam mais precocemente do que na secundária (GUIMARÃES I e PÓVOA AM, 2020), além de ser do tipo mais prevalente (ADEM MU et al, 2025). A prevalência mundial estimada da DP é de 71,3%, sendo mais prevalente na América Central, entre adultos e universitárias (ARRUDA GT, et al., 2026). Além da dor menstrual, mulheres com DP apresentam maiores níveis de ansiedade e baixa autoestima, além de diminuir consideravelmente a qualidade de vida, do sono, e impactar nas relações sociais e desempenho acadêmico ou laboral (AMZA M, et al., 2024).

Os sintomas da DP surgem em torno de seis meses após a menarca, e no período menstrual podem durar cerca de um a três dias. Essa dor é desencadeada por elevados níveis de prostaglandinas que atuam na contração do endométrio levando a uma isquemia uterina (ITANI R, et al., 2022). Tais substâncias atuam na musculatura lisa dos tecidos uterinos, sanguíneos, intestinais e estomacais, podendo favorecer a sensação dolorosa (HAREL Z, 2006), fator que influencia diretamente na sintomatologia que inclui náuseas, vômitos, diarreia, dores lombares e de cabeça (DAWOOD MY, 2006).

Além dos sintomas clássicos citados, a literatura recente aponta repercussões da DP em estruturas próximas. Pesquisas em fisiopatologia da dor em dismenorreia discutem que a sensibilidade dolorosa durante

o ciclo menstrual pode refletir mecanismos de sensibilização nervosa central (REINA EM, et al., 2025), e pode estar relacionada a maior sensibilidade vesical, sendo essa combinação possível precursora de dor pélvica crônica (TU FF, et al., 2020). Ainda, há estudos que apontam que mulheres com dor menstrual severa apresentam menor desejo sexual, e maior prevalência de dispareunia e vaginismo (HJORTH S, et al., 2021).

Somado a isso, estudos indicam que exercícios físicos incluindo os de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (MAP) são úteis para redução do sintoma álgico da DP (ORTIZ M, et al., 2015), o que demonstra a importância dessa estrutura para o quadro doloroso e necessidade de entender os impactos da DP nessa estrutura.

Contudo, os achados sobre dor menstrual e seus impactos na musculatura do assoalho pélvico (MAP) são escassos e heterogêneos (LIMA VSG, et al., 2019), e parte dessa inconsistência pode decorrer de diferenças metodológicas e do uso de classificações dicotômicas (dor sim/não), que reduzem a capacidade de detectar relações graduais ao longo do espectro de intensidade.

Diante disso, investigar a intensidade da dor menstrual como um gradiente (leve, moderada e intensa) e sua associação com sintomas do assoalho pélvico e função sexual em universitárias pode contribuir para compreender o impacto funcional da dor menstrual em uma população frequentemente subavaliada nos serviços de saúde. Portanto, o objetivo desse estudo foi investigar a associação entre a intensidade da dor menstrual e os sintomas relacionados ao assoalho pélvico em mulheres universitárias, bem como comparar a função sexual e os sintomas pélvicos entre diferentes níveis de intensidade da dor.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal desenvolvido na UniCesumar e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria universidade (CEP UniCesumar), sob o número do parecer 6.898.101 (CAAE: 80714724.9.0000.5539).

Após aprovação do comitê de ética, foi iniciada a divulgação da pesquisa para preenchimento de um formulário online por meio de redes sociais e QR-Codes impressos distribuídos na Universidade, sendo considerados como critérios de inclusão mulheres com idade acima de 18 anos e estudante de nível superior. Como critérios de exclusão foram considerados: dismenorreia secundária (por autorrelato de doenças ginecológicas), gestantes, ausência de menstruação nos últimos 3 meses, incapacidade de compreender os questionários, analfabetas e questionários preenchidos de forma incompleta.

O formulário foi criado na plataforma Google Forms e continha três questionários: avaliação da dor menstrual (dismenorreia), Questionário de Desconforto do Assoalho Pélvico (PFDI-SF 20) (BARBER MD, et al., 2005; AROUCA MAF, et al., 2016) e Quociente Sexual Versão Feminina (QS-F) (ABDO CHN, 2009). Para responder, as participantes deveriam concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual estava exposto na primeira página do formulário online. Depois de assinalada a opção em que concordaram com o termo e aceitaram participar da pesquisa, o formulário prosseguiu para as próximas páginas, e uma via do TCLE foi enviada às participantes através do e-mail em que elas utilizaram para participar. Nos casos em que a universitária não concordou com o TCLE, foi encerrada a participação automaticamente.

O questionário de avaliação da dor menstrual foi elaborado pelos autores com base em literatura atual (TEHERÁN AA, et al., 2018; MIZUTA E, et al., 2023; MATSUURA R, et al., 2022) para caracterização da dismenorreia e sintomas, coletando dados como: nome, idade, cidade e estado que habita, condições de saúde, hábitos de vida, uso de medicamentos, história médica, história ginecológica e nível de dor segundo Escala de Classificação Numérica (ECN). A ECN consiste em uma representação numérica de 0 a 10 para quantificar a algia apontada pelo paciente, onde 0 representa “ausência total de dor” e 10 a “pior dor possível” (FARRAR JT, et al., 2001). As participantes que relataram dor menstrual foram classificadas segundo a intensidade da dor, enquanto aquelas que não relataram dor menstrual nos últimos 3 meses automaticamente receberam 0 para dor menstrual, e foram consideradas separadamente para fins analíticos. Para as análises comparativas, as participantes que relataram dor menstrual foram classificadas em três grupos, de acordo com a intensidade da dor: dor leve (1–3 pontos), dor moderada (4–7 pontos) e dor grave (8–10 pontos).

Para avaliar a presença e o grau de incômodo causado por sintomas de disfunções do assoalho pélvico, foi aplicado o Questionário de Desconforto no Assoalho Pélvico (PFDI-SF 20), um instrumento autorreferido e validado para a população brasileira. O questionário é composto por 20 itens distribuídos em três domínios: sintomas urinários (UDI-6), sintomas colorretais-anais (CRADI-8) e sintomas relacionados à sensação de prolapso/vaginais (POPDI-6). Cada questão do questionário possui cinco alternativas de resposta, que variam de 0 (ausência de incômodo) a 4 (grande incômodo). Ao final, cada domínio (UDI-6, CRADI-8 e POPDI-6) gera um escore de 0 a 100 pontos, e o escore total varia de 0 a 300 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior impacto subjetivo dos sintomas na qualidade de vida (AROUCA MAF, et al., 2016; ARRUDA GT, et al., 2022; BRAZ MM e RISTER ES, 2021).

A função sexual feminina foi avaliada por meio do QS-F, instrumento validado para a população brasileira, composto por 10 itens que abrangem os principais domínios da resposta sexual feminina: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Cada questão tem alternativas para resposta que vão de 0 a 5, que são somadas para o score total. O resultado final da participante pode ser classificado em nulo a ruim (0-20 pontos), ruim a desconfortável (22-44 pontos), desconfortável a regular (42-60 pontos), regular a bom (62-80 pontos) e de bom a excelente (82-100 pontos) (LIMA VSG, et al., 2019; ABDO CHN, 2009).

Análise estatística

As variáveis foram avaliadas quanto à normalidade por meio do teste de Shapiro–Wilk e descritas como mediana e intervalo interquartil (percentis 25–75), considerando a distribuição não normal dos dados. As diferenças entre os grupos quanto aos escores do PFDI-20, seus domínios (POPDI-6, UDI-6 e CRADI-8), ao QS-F e ao índice de massa corporal (IMC), ECN e idade na menarca foram avaliadas por meio do teste de Kruskal–Wallis, com comparações múltiplas par a par realizadas pelo método Dwass–Steel–Critchlow–Fligner quando apropriado. Para a comparação de variáveis categóricas entre os três grupos (Dor Leve, Moderada e Intensa), utilizou-se o teste exato de Fisher. Nos casos em que o teste global indicou significância estatística ($p < 0,05$), foram realizadas análises *post-hoc* por meio de comparações par a par para identificar as diferenças específicas entre os grupos. Para controlar o erro do tipo I decorrente das múltiplas comparações, foi aplicada a Correção de Bonferroni, estabelecendo-se o nível de significância crítico em $p<0,016$.

Para investigar associações independentes, foi realizada regressão linear múltipla, tendo o escore total do PFDI-20 como variável dependente e a intensidade da dor menstrual como preditor principal, com ajuste para idade, IMC, uso de anticoncepcional hormonal e prática de exercício físico. Nesse modelo, todas as participantes foram incluídas, considerando a intensidade da dor menstrual como variável contínua (escala de 0 a 10). A colinearidade foi avaliada por meio do fator de inflação da variância (VIF), e a adequação do modelo foi verificada pela análise dos resíduos. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Ao todo obteve-se 193 respostas no formulário. Foram excluídas 30 participantes: 10 apresentaram ausência de menstruação nos últimos 3 meses, 6 não eram universitárias, 2 menores de 18 anos, 1 gestante e 11 apresentavam dismenorreia secundária. Do total de 163 participantes incluídas no estudo, 22 participantes (13,50%) não relataram dor menstrual e foram consideradas apenas na análise de regressão. As análises comparativas entre níveis de intensidade da dor foram realizadas com as participantes que relataram dor menstrual. Não houve diferença entre idade, IMC e idade na menarca, e autodeclaração de prática de exercício físico e uso de anticoncepcionais entre mulheres que apresentaram dor leve, moderada e intensa. Houve maior número de relatos de interferência da dor nos relacionamentos em mulheres com dor Intensa do que dor Leve ($p=0,003$) e maior número de relatos de permanência na cama devido à dor no grupo de dor Intensa em relação à dor leve ($p=0,008$) e à dor Moderada ($p<0,001$). Maior número de mulheres com dor Intensa também relatou interferência no sono em relação ao grupo com dor Moderada ($p<0,001$) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relato de interferências da dor das participantes segundo a intensidade da dor menstrual.

Variável	Dor leve (n=10)	Dor moderada (n=80)	Dor intensa (n=51)	p valor
Idade (anos)[a]	21 (20,3-22,8)	21,5 (20-23)	21 (19,5-22,5)	0,758
IMC (kg/m2)[a]	21,7 (20,5-22,5)	23,1 (20,6-27,4)	22,5 (20,5-24,9)	0,268
Menarca (anos)[a]	12 (12-12,8)	12 (11-13)	12 (11-13)	0,797
ECN[a]	2,5 (2-3)	6 (6-7)	8 (5-9)	<0,001
Exercício físico[b]	7 (70)	37 (46,3)	25 (49)	0,403
Anticoncepcional[b]	9 (90)	48 (60)	26 (51)	0,066
Concentração nas aulas[b]	3 (30)	37 (46,3)	34 (66,7)	0,027
Permanece na cama[b]	4 (40)*	41 (51,2)*	41 (80,4)	<0,001
Atividades laborais[b]	3 (30)	28 (35)	21 (41,2)	0,758
Estudos e trabalho de casa[b]	3 (30)	36 (45)	30 (58,8)	0,157
Tempo livre[b]	1 (10)	23 (28,7)	19 (37,3)	0,026
Alteração no sono[b]	4 (40)	21 (26,3)*	31 (60,8)	<0,001
Relacionamentos[b]	0 (0)*	27 (33,8)	26 (51)	0,003

ECN: Escala de classificação numérica. [a]Dados expressos em mediana (percentil 25 – percentil 75); [b]Dados expressos em número de observações (%); * Diferença em relação à dor intensa.
Fonte: Pedroso EGO, et al., 2026.

Foram observadas diferenças significativas entre os níveis de intensidade da dor menstrual quanto ao impacto de sintomas relacionados ao assoalho pélvico. O escore total do PFDI-20 diferiu entre os grupos, assim como o domínio relacionado à sintomas relacionados à sensação de prolapso e sintomas urinários. As comparações múltiplas indicaram que mulheres com Dor Intensa apresentaram maiores escores do PFDI-20 quando comparadas aos grupos com dor leve (p=0,018) e moderada (p=0,001). O grupo com Dor Intensa também apresentou maior escore de sintomas urinários que o grupo com dor moderada (p=0,02), e maior impacto em sintomas vaginais (POPDI-6) que o grupo Dor Leve (p=0,013) e Moderada (p<0,001). Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos quanto ao domínio colorretal-anal (CRADI-8). A função sexual, avaliada pelo QS-F, apresentou diferença global entre os níveis de intensidade da dor (p=0,049); entretanto, as comparações múltiplas par a par não identificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Sintomas do assoalho pélvico segundo intensidade da dor menstrual.

Variável	Dor leve (n=10)	Dor moderada (n=80)	Dor intensa(n=51)	p valor
POPDI-6	16.7 (2.08–16.7)*	16.7 (8.33–25.0)*	25.0 (16.7–37.5)	<0,001
UDI-6	8.33 (4.17–18.7)	8.33 (0.00–19.6)*	20.8 (8.33–37.5)	0,003
CRADI-8	7.81 (6.25–17.2)	14.1 (6.25–25.0)	18.8 (6.25–31.3)	0,128
PFDI-20	39.1 (15.6–53.4)*	44.3 (21.6–68.0)*	65.6 (42.2–102)	<0,001
QS-F	66 (54-75)	77 (66-86)	70 (56-83)	0,049

Dados expressos em mediana (percentil 25 – percentil 75).
*Diferença significativa em relação ao grupo Dor intensa.
Fonte: Pedroso EGO, et al., 2026.

Na análise de regressão linear múltipla, a intensidade da dor menstrual esteve significativamente associada ao escore total do PFDI-20. Cada aumento de um ponto na escala de dor resultou em aumento médio de 3,92 pontos no PFDI-20, independentemente da idade, IMC, uso de anticoncepcional hormonal e prática de exercício físico. O IMC também apresentou associação positiva significativa com o desfecho, indicando maior impacto de sintomas do assoalho pélvico com o aumento do IMC. O modelo explicou cerca de 15% da variabilidade do escore total do PFDI-20 (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Regressão linear para o impacto de sintomas do assoalho pélvico (PFDI-20).

Preditor	B	Erro-padrão	t	p valor
Intercepto	26,95	20,131	1,339	0,183
ECN	3,92	1,000	3,921	< 0,001
Idade (anos)	-1,24	0,734	-1,682	0,094
IMC (kg/m²)	1,52	0,627	2,426	0,016
Anticoncepcional	3,34	5,987	0,558	0,577
Exercício físico	-10,38	5,744	-1,807	0,073

ECN: Escala de Classificação Numérica; IMC: índice de massa corporal.
Fonte: Pedroso EGO, et al., 2026.

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a relação entre a intensidade da dor menstrual, os sintomas do assoalho pélvico e a função sexual em universitárias. O principal achado foi que a gravidade da dor menstrual atuou como um preditor independente para a presença de sintomas do assoalho pélvico, evidenciando que mulheres com dor intensa apresentam maior grau de incômodo relacionado a disfunções urinárias e sensações de prolapso.

Na amostra estudada, foi observado um total de 86,5% de mulheres que relataram dor menstrual. Na literatura, relatos de prevalência de dor menstrual em universitárias divergem de acordo com a população estudada, sendo encontrado relatos de 91% de prevalência (DURAND H, et al., 2021), e de 64,7% (MESELE TT, et al., 2022) por exemplo. Isso reforça a necessidade de estudos regionais, que avaliem a sintomatologia e prevalência em diversas populações, com adequação de cuidado local e a alta prevalência em jovens adultas.

Em relação às mulheres que relataram dor menstrual nos últimos 3 ciclos, não houve diferença de idade, IMC, prática de atividade física e uso de anticoncepcional entre as mulheres com diferentes intensidades da dor. A ausência de diferenças entre os grupos quanto à prática de atividade física e uso de anticoncepcional foi consistente com os resultados da regressão, nos quais essas variáveis não apresentaram associação independente com os sintomas de disfunções do assoalho pélvico na amostra. O exercício pode reduzir a dor menstrual devido à liberação de endorfinas, aumento do fluxo sanguíneo para a região pélvica e redução da produção de prostaglandinas (ARMOUR M, et al., 2019). Já os contraceptivos hormonais ao inibir a ovulação promovem atrofia do endométrio, reduzindo assim as prostaglandinas e isquemia uterina, e causando menor dor durante os sangramentos (IACOVIDES S, et al., 2015). A ausência dessas associações no presente estudo pode estar relacionada às características da amostra ou à variabilidade individual de resposta, visto que foram informações coletadas por autorrelato e não houve avaliação por exemplo do nível e modalidade de atividade física praticada.

A idade média apresentada caracteriza população jovem, porém compatível com a população estudada, ou seja, universitárias. No entanto, a literatura é consensual ao indicar que a DP impacta predominantemente mulheres jovens, embora possa persistir ao longo de toda a vida adulta (IACOVIDES S, et al., 2015).

Um ponto de destaque nos resultados foi o impacto da dor intensa na funcionalidade diária. Houve uma proporção significativamente maior de universitárias com dor intensa que relataram necessidade de permanência na cama por longos períodos, interferência em relacionamentos e no sono. Esses dados corroboram Amza et al (2024), indicando que a dor intensa ultrapassa o desconforto físico, gerando prejuízos acadêmicos e sociais.

Em relação ao assoalho pélvico, os resultados apontam que quanto maior a dor menstrual, maior o incômodo relacionado aos sintomas dessa região. O PFDI-20 investiga os desconfortos relacionados ao assoalho pélvico, no entanto, pode ser avaliado em subescalas, que indicam sintomas específicos relacionados ao prolapso, sintomas urinários ou colorretais (AROUCA MAF, et al., 2016).

No presente estudo, os sintomas relacionados ao prolapso e urinários foram maiores em mulheres com dor intensa. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, no qual a dismenorreia esteve

associada a maior pontuação no PDFI-20, especialmente relacionado aos sintomas colorretais e relacionados ao prolapso, assim como em nosso estudo (BRUMOVSKY PR e GEBHART GF, 2010), embora no presente estudo o maior impacto tenha sido nos domínios urinário e de sintomas relacionados ao prolapso. No entanto, apesar do PFDI-20 apresentar adequada validade de construto, confiabilidade e responsividade para mensurar o impacto subjetivo de sintomas urinários, colorretais/anais e relacionados ao prolapso (BARBER MD, et al., 2005), deve-se considerar que o diagnóstico de prolapso só pode ser feito mediante avaliação física. Somado a isso, as questões relacionadas aos sintomas de prolapso podem ter semelhanças com desconfortos abdominais relacionados ao período menstrual, como as questões “Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?” e “Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?”.

Porém, outros estudos já apontaram a relação entre dismenorreia e sensibilidade vesical, sugerindo, segundo os autores, o papel da sensibilização central em ambos os sintomas (TU FF, et al., 2020). De acordo com Brumovsky PR e Gebhart GF (2010), a convergência de fibras aferentes de diferentes órgãos pélvicos em neurônios espinhais comuns facilita a propagação de sinais excitatórios. Assim, a isquemia uterina característica da DP poderia sensibilizar o sistema nervoso central, resultando em uma hiperalgesia referida em órgãos adjacentes, como a bexiga e a musculatura do assoalho pélvico (MALYKHINA AP, 2007).

Outra hipótese de comprometimento da musculatura pélvica com a dismenorreia primária seria uma possível hipertonia dessa musculatura devido ao quadro recorrente de dor. Isso poderia explicar maior disfunção sexual encontrada em alguns estudos nessas mulheres (HJORTH S, et al, 2021) e possíveis DAP, visto que a hipertonia da MAP também contribui para o desenvolvimento de sintomas urinários (WEISS JM, 2001). No entanto, até o momento, relatos prévios observaram que a dismenorreia primária não foi associada ao aumento do limiar pressórico de dor do assoalho pélvico (LIMA VSG, et al., 2019). Há também estudo que encontrou maior prevalência de disfunção sexual em mulheres com DP isolada comparada a mulheres sem o diagnostico (REINA EM, et al., 2025; MALIK S e FENTON BE, 2010). No entanto, no presente estudo, não houve diferença de função sexual entre os diferentes níveis de dor.

Apesar disso, o treinamento do assoalho pélvico é reconhecido como uma parte importante do programa de exercícios para tratamento não farmacológico da dismenorreia, o que confirma a importância da funcionalidade dessa musculatura para a sintomatologia dolorosa. Exercícios de relaxamento e ativação muscular pélvica podem aumentar o fluxo sanguíneo local e diminuir a hiperatividade causada pela dor prolongada na região (KOÇOĞLU S, et al., 2025).

Esse estudo apresenta como limitações o fato de não se poder afirmar casualidade entre dor menstrual e sintomas de DAP, devido ao seu desenho transversal. Também, por utilizar questionários autorreferidos de maneira online, os dados estão sujeitos a viés de memória e capacidade de compreensão dos questionários. Além disso, não foi realizada a avaliação funcional do assoalho pélvico, portanto os achados indicam sintomas referidos, não diagnóstico clínico. No entanto, esse estudo utilizou questionários validados para a população brasileira, além de analisar o papel da intensidade da dor, algo pouco explorado em estudos dicotômicos que avaliam as participantes como dismenorreicas ou não. A combinação de análises comparativas e regressão multivariada permitiu avaliar associações independentes, reforçando a relação da intensidade da dor com os sintomas do AP. Estes resultados reforçam a importância de uma triagem precoce e de abordagens fisioterapêuticas preventivas em mulheres jovens com queixas de dor menstrual intensa.

CONCLUSÃO

Conclui-se que maior intensidade da dor menstrual esteve associada a maior impacto subjetivo de sintomas do assoalho pélvico em mulheres universitárias, especialmente nos domínios urinário e de sensação de prolapso, além de maior interferência nas atividades diárias, sono, permanência na cama e relacionamentos. A intensidade da dor e o IMC permaneceram associados ao aumento do escore total do PFDI-20 na análise ajustada. Entretanto, por se tratar de estudo transversal e baseado em autorrelato, não é possível estabelecer relação causal. Os achados reforçam a importância da triagem da saúde pélvica em mulheres jovens com dor menstrual intensa e indicam a necessidade de estudos longitudinais e avaliações clínicas do assoalho pélvico.

REFERÊNCIAS

1. ABDO CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. Diagnóstico & Tratamento (Publicação da Associação Médica Brasileira - AMB), 2009; 14(2): 89-91.
2. ADEM MU, et al. Primary dysmenorrhea among female medical students at Haramaya university: a cross sectional study in Harar, Eastern Ethiopia. Scientific Reports, 2025; 15(1): 39945.
3. AMZA M, et al. Dysmenorrhea and Its Impact on Patients' Quality of Life-A Cross-Sectional Study. Journal of Clinical Medicine, 2024; 13(19): 5660.
4. ARMOUR M, et al. Exercício para dismenorreia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019; 9(9).
5. AROUCA MAF, et al. Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). International Urogynecology Journal, 2016; 27(7): 1097-1106.
6. ARRUDA GT, et al. Estrutura interna e classificação do sofrimento da disfunção do assoalho pélvico pelo escore total de PFDI-20. Journal of Patient-Reported Outcomes, 2022; 6(51): 1-10.
7. BARBER MD, et al. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2005; 193(1): 103-113.
8. BASKAN O, et al. Investigation of pelvic floor function in women with and without primary dysmenorrhea. Artuklu International Journal of Health Sciences, 2025; 11(1): 47-53.
9. BRAZ MM, RISTER ES. Autoimagem Genital, Função Sexual e Desconforto no Assoalho Pélvico em Mulheres Jovens Universitárias. Rev Contexto Saúde, 2021; 21(44): 324-334.
10. BRUMOVSKY PR, GEBHART GF. Visceral organ cross-sensitization - an integrated perspective. Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical, 2010; 153(1): 106-115.
11. DAWOOD MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstetrics & Gynecology (The Green Journal), 2006; 108(2): 428-441.
12. DE ARRUDA GT, et al. Worldwide prevalence of dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis across 70 countries. Pain, 2026; 167(1): 41-55.
13. DURAND H, et al. Prevalence and Impact of Dysmenorrhea Among University Students in Ireland. Pain Medicine (Oxford Academy), 2021; 22(12): 2835-2845.
14. FARRAR JT, et al. Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale. Pain, 2001; 94(2): 149-158.
15. GUIMARÃES I e PÓVOA AM. Primary Dysmenorrhea: Assessment and Treatment. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020; 42(8): 501-507.
16. HAREL Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2006;19(6):363-371.
17. HJORTH S, et al. Menstrual pain and sexual health in mothers-A cross-sectional study in the Danish National Birth Cohort. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2021;100(12):2157-2166.
18. IACOVIDES S, et al. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Human Reproduction Update. 2015;21(6):762-778.
19. ITANI R, et al. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. Korean Journal of Family Medicine. 2022;43(2):101-108.
20. KOÇOĞLU S, et al. Comparison of motor imagery focused pelvic floor exercises and relaxation exercises for treating dysmenorrhea: A randomized controlled study. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. 2025;64(4):671-677.
21. LIMA VSG, et al. Comparison of the pain pressure threshold on the pelvic floor in women with and without primary dysmenorrhea. BrJP (Revista Brasileira de Dor). 2019;2(2):101-104.
22. MALIK S, FENTON BW. The effect of lifelong dysmenorrhea on sexual function in women with chronic pelvic pain. Fertility and Sterility. 2010;94(4).
23. MALYKHINA AP. Neural mechanisms of pelvic organ cross-sensitization. Neuroscience. 2007;149(3):660-672.

24. MATSUURA Y, et al. Differences in Menstruation-Related Symptoms of University Students Depending on Their Living Status in Japan. Healthcare (MDPI). 2022;10(1):131.
25. MESELE TT, et al. Prevalence of Dysmenorrhea and Associated Factors Among Haramaya University Students, Eastern Ethiopia. International Journal of Women's Health. 2022;14(1):517-527.
26. MIZUTA R, et al. Quality of life by dysmenorrhea severity in young and adult Japanese females: A web-based cross-sectional study. PLoS One. 2023;18(3).
27. ORTIZ M, et al. Effect of a physiotherapy program in women with primary dysmenorrhea. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology (EJOG). 2015;194(1):24-29.
28. REINA EM, et al. Associations between menstrual pain and sexual function: the role of visceral hypersensitivity on developing sexual pain. The Journal of Sexual Medicine (JSM). 2025;22(1):98-106.
29. TEHERÁN AA, et al. WaLIDD score, a new tool to diagnose dysmenorrhea and predict medical leave: development and validation. International Journal of Women's Health. 2018;10(1):481-492.
30. TU FF, et al. Clinical profile of comorbid dysmenorrhea and bladder sensitivity: a cross-sectional analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG). 2020;222(6):594-611.
31. WEISS JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. The Journal of Urology. 2001;166(6):2226-2231.