

Artigo original

A DISMENORRÉIA PRIMÁRIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Maria Clerya Alvino Leite¹

Maria Mirtes da Nóbrega²

RESUMO

A dismenorréia é uma das queixas mais freqüentes na clínica ginecológica diária, responsável por altos índices de falta na escola e no trabalho. O termo dismenorréia significa menstruação dolorosa acompanhada ou não de manifestações gerais. Quando ocorrem, os sintomas mais freqüentes, são: náuseas, vômitos, fadiga, diarreia, nervosismo, dor lombar, vertigem e cefaléia. A importância do seu estudo se deve ao fato de que, embora quase todas as mulheres apresentem cólica uterina em algum momento de sua vida, cerca de 10 a 15% apresentam sintomatologia severa, incapacitando-as para seus afazeres habituais, comprometendo as atividades familiares, profissionais e sociais. Tradicionalmente é classificada em primária e secundária. A dismenorréia primária (DP) se caracteriza por não possuir doença pélvica orgânica e é o tipo mais comumente diagnosticado entre as adolescentes. Sua principal componente, a cólica uterina, é causada por contrações miométrais induzidas pelas prostaglandinas. A dismenorréia secundária (DS) se caracteriza pela presença de lesão orgânica na pelve, como endometriose, adenomiose, pólipos, miomas, uso do dispositivo intra-uterino (DIU), malformações uterinas e varizes pélvicas. O diagnóstico é baseado na anamnese, no exame físico e nos exames complementares. Uma abordagem terapêutica adequada deve considerar, o manejo durante a crise e fora desta. Diante disto, serão abordados, a seguir, a classificação, etiopatogenia, diagnóstico, terapêutica e profilaxia da DP, ressaltando, sobretudo, a assistência de enfermagem as mulheres portadoras dessa patologia.

Palavras-chave: Dismenorréia. Prostaglandinas. Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A dismenorréia é um dos problemas ginecológicos mais freqüentes nas mulheres de todas as idades, afetando em larga escala suas atividades sociais, desportivas e escolares, sendo responsável por altos índices de absenteísmo na escola e no trabalho (COCO, 1999; MARANHÃO, 2002).

O termo dismenorréia é derivado do grego e significa fluxo menstrual difícil e se caracteriza pelo conjunto de sinais e sintomas representados por dor lombar, náuseas, vômitos, diarreia, cólicas, cefaléia, tonturas, fadiga, febre, nervosismo e desmaio, que se manifestam algumas horas antes do fluxo menstrual ou, mais freqüentemente, nas primeiras 24 horas (COCO, 1999; PIATO, 2002; DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004). A variação e a intensidade dos sintomas mudam de mulher para mulher e de ciclo para ciclo, na mesma pessoa. Os sintomas podem durar várias horas ou vários dias (FOGEL, 2002). Porém, segundo Piato (2002), na maioria das vezes ocorre desaparecimento das cólicas após 48 horas do início da menstruação.

Embora a cólica menstrual tenha sido descrita desde a época de Hipócrates, que considerava a menstruação álgica como originada de obstrução cervical e retenção do fluxo menstrual, seu estudo tem adquirido maior importância nas últimas décadas, devido às conseqüências sociais e econômicas que acarreta.

¹Discente do 8º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos e Acadêmica do Curso de Ciências Biológicas da Universidade de Pernambuco – UPE.

E-mail: clerya@bol.com.br. Correspondência: Rua Manoel Claudino da Silva, 427, Centro, Pedra Branca-PB.

²Enfermeira. Professora Mestre e Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP - Paraíba. E-mail: mirteleao@hotmail.com.

A dismenorréia, em conjunto com a tensão pré-menstrual (TPM), são as principais responsáveis pela ausência da mulher no trabalho e na escola (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Fonseca *et al.* (2000) acreditam que 140 milhões de horas são perdidas anualmente em decorrência da dismenorréia.

Segundo Ikeda, Salomão e Ramos (1999), a real incidência da dismenorréia é de difícil determinação, devido à variação dos métodos diagnósticos e ao grande número de mulheres dismenorréicas que não procuram auxílio médico. Entretanto, Diegoli e Diegoli (2007) afirmam que ela ocorre em 60 a 80% das mulheres em diferentes graus de intensidade, sendo que em 8 a 18% o desconforto menstrual é tão intenso que a impedem de realizar seus afazeres habituais.

A dor e o sofrimento sempre estiveram associados, na cultura das diferentes nações, com a transformação da menina em mulher, inclusive conceitos antigos, como "quando casar passa", "mulher para ficar bonita tem que sofrer"; "não se deve lavar a cabeça quando se está menstruada" são transmitidas de geração a geração (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As taxas de prevalência da dismenorréia primária (DP), referidas na literatura, são muito desiguais. A análise de diferentes estudos mostra que esses índices apresentam variação de 40 a 70%, quando são estudados grupos de mulheres com idade inferior a 30 anos (PIATO, 2002).

Fonseca *et al.* (2000) assinalam que a DP incide em mais de 60% no grupo etário de 18 a 25 anos, sobretudo em nulíparas. Essas discordâncias relacionam-se com o fato de que as análises são realizadas em grupos heterogêneos, como colegiais, trabalhadoras de indústrias e pacientes de clínicas. Outro motivo diz respeito aos critérios metodológicos utilizados pelos diferentes autores, para incluir ou não pacientes nos grupos afetados pela síndrome.

Diante da contextualização abordada, este trabalho teve como objetivo apresentar uma revisão sistemática da literatura expondo e discutindo os aspectos relacionados acerca da patologia aqui descrita, com o intuito de aprofundar os nossos conhecimentos e servir de refe-

rência para profissionais da saúde e para estudantes de graduação e pós-graduação.

METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho seguiu-se a metodologia de análise conceitual, realizada através de um estudo bibliográfico em livros e artigos científicos nacionais e internacionais, de impacto da área médica e de enfermagem, pertinentes ao tema.

Hitchcock e Hughis (1995 *apud* MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998) ressaltam a importância da revisão de literatura, a saber: amplia e refina o conhecimento existente, ajuda a definir e clarificar as questões da pesquisa, permite a identificação de lacunas e de áreas pouco exploradas, ajuda a esclarecer aspectos teóricos, metodológicos e analíticos, permite a identificação de debates atuais e controvérsias. Convém também retratar uma frase dita por Vieira e Hossne (2001, p.136) "errado é achar que revisão bibliográfica é trabalho fácil". Dessa forma, a revisão de literatura traz uma visão abrangente de achados relevantes, coisa que os estudos empíricos não fazem.

Isso torna-se extremamente importante, visto que, no presente estudo, tem-se a oportunidade de ter uma visão geral da patologia, desde a definição até a terapêutica, em uma linguagem simples e compreensível.

O trabalho iniciou-se com a escolha do tema, que residiu no assunto de interesse da população feminina e que estivesse relacionado à área de atuação das autoras. Gil (2002) resalta que a escolha do tema deve estar relacionada ao interesse do aluno.

Logo após, iniciou-se a busca de material utilizando-se as palavras-chave: dismenorréia, cólica menstrual, alterações menstruais, prostaglandinas, tratamento da dismenorréia, antiinflamatório não esteróide, assistência de enfermagem. Realizamos leituras sucessivas que constituíram as etapas seletiva e analítica, que nos possibilitaram um conhecimento maior sobre o tema, visando a atingir os objetivos propostos. A revisão de literatura foi realizada no período de 13 de julho de 2007 a 18 de fevereiro de 2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Classificação

A dismenorréia pode ser classificada quanto à sua intensidade e à sua etiologia. Quanto à sua etiologia, a dismenorréia pode ser classificada como primária e secundária. Segundo Kameyama *et al.* (2005), para a classificação da intensidade da dor na dismenorréia é utilizada a escala criada por Bjorn e Ian (Quadro 1).

A dismenorréia é dita primária, funcional, intrínseca, essencial ou idiopática quando surge na mulher sem nenhuma doença pélvica orgânica que justifique os sintomas da paciente (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000; FOGEL, 2002). Assim sendo, esse tipo de dismenorréia tem origem na própria fisiologia feminina, do inter-relacionamento entre o ovário e seu órgão efector por excelência – o útero (MARANHÃO, 2002).

A DP apresenta prevalência variável, porém sempre muito alta. Os diversos estudos epidemiológicos indicam uma incidência que varia de 43 a 80%. Pela faixa etária de frequência, é responsável também por alto absentismo escolar (38 a 45,6%), de forma que, nos Estados Unidos, chega a ser considerada um problema de saúde pública (MARANHÃO, 2002).

Na DP, a dor surge geralmente nas

mulheres jovens, em grande proporção adolescentes, um a três anos após a menarca; a incidência declina com a idade. Caracteriza-se por dor em cólica na região do hipogástrio, que começa com o fluxo menstrual e dura cerca de 24 a 48 horas. A dor pode irradiar para a região lombar e para as coxas, sendo mais intensa de modo geral no primeiro dia de fluxo menstrual. Os exames físicos, ginecológicos e laboratoriais estão sempre na faixa da normalidade (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Além das cólicas, podem ocorrer sintomas gerais, especificamente relacionados com os aparelhos digestivo e respiratório. As manifestações gastrintestinais mais comumente referidas são náuseas, vômitos e diarreia, e em relação ao respiratório, a queixa é de dispnéia. Essas manifestações usualmente ocorrem em pacientes que apresentam cólicas uterinas intensas, mas podem ser observadas em casos leves ou moderados (PIATO, 2002).

A dismenorréia é secundária (DS), extrínseca ou adquirida, se estiver relacionada a alguma patologia pélvica, como: endometriose, adenomiose, tumores benignos (mioma, pólipos) ou malignos (adenocarcinoma do endométrio ou sarcoma), doença inflamatória pélvica, varizes pélvicas, presença de dispositivo intra-uterino (DIU), etc. (BASTOS, 1998; FOGEL, 2002; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Grau	Atividade diária	Sintomas	Analgésicos
Grau 0: menstruação sem dores e atividades diárias não afetadas.	Não afetadas	Nenhum	Não necessários
Grau 1: menstruação com dores, porém raramente inibe as atividades diárias ou necessitam de analgésicos. Pouca dor.	Raramente afetadas	Nenhum	Raramente necessários
Grau 2: incapacitação para prática de atividades habituais, analgésicos são utilizados; faltas às atividades não são usuais. Dor moderada. Necessários	Moderadamente	afetadas	Poucos
Grau 3: atividades habituais claramente afetadas. Baixa eficácia dos analgésicos, presença de todos os sintomas sistêmicos relacionados. Dor intensa.	Claramente afetadas	Aparentes	Baixa eficácia

Quadro 1 – Classificação multidimensional para qualificar a intensidade da dor na dismenorréia.

A dor é referida na região do baixo ventre, com irradiação para a região lombar ou coxas, e habitualmente ocorre horas ou dias antes do início da menstruação, persistindo durante toda a perda de sangue. É mais comum após os 25 anos e tende a agravar no decorrer dos anos (FOGEL, 2002). Neste artigo nos ateremos ao estudo da DP, que ainda nos dias atuais apresenta aspectos relevantes e discutíveis.

Etiopatogenia da Dismenorréia Primária

Para explicar a gênese da DP algumas teorias foram relacionadas como possíveis desencadeantes desse fenômeno. Relacionamos as mais importantes.

Espasmo vascular – a vasoconstrição exagerada das arteríolas ocasionaria isquemia no endométrio e conseqüentemente a dor (BASTOS, 1998).

Espasmo muscular – a dor menstrual seria originada de contrações exageradamente intensas, ou mesmo incoordenadas da musculatura uterina (BASTOS, 1998).

Espasmo muscular e vascular – a vasoconstrição conduz à anóxia, e esta conduziria a contrações disrítmicas, pois o músculo que se contrai em estado anoxêmico não contrai normalmente. As contrações disrítmicas intensificam a anóxia e a dor (FONSECA *et al.*, 2000).

Endócrina – essa teoria baseia-se na observação de que os fenômenos algícos ocorrem mais freqüentemente nos ciclos ovulatórios, quando há secreção adequada de progesterona (FONSECA *et al.*, 2000). Relaciona-se a vasopressina, hormônio octapeptídeo sintetizado no hipotálamo e armazenado na hipófise posterior, como possível agente e importante na origem da dismenorréia. Em algumas mulheres a síntese e liberação aumentada desse hormônio estabeleceriam contrações e espasmos da musculatura lisa uterina, provocando o fenômeno doloroso. O uso de contraceptivos hormonais orais tem um grande poder terapêutico para combater a DP, determinando ciclos anovulatórios com baixa secreção de progesterona (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998). Esses mesmos autores citando Akerlund, Stromberg; Forsling (1979 apud RITTO;

GIORDANO; ALMEIDA, 1998) afirmam que os níveis circulantes de vasopressina estão em média quatro vezes maior no grupo de mulheres com dismenorréia comparadas às não dismenorréicas.

Psicogênica – são os fatores emocionais exercendo atividade através do sistema límbico sobre todo o organismo. Pode estar relacionada à depressão grave, ao aumento nas taxas de suicídio, à neurose e ao mal-ajustamento geral (FONSECA *et al.*, 2000). De acordo com Ritto, Giordano e Almeida (1998), o fator psíquico contri-buiria para reduzir o limiar de percepção aos estímulos dolorosos, fazendo com que não tenham capacidade de suportar a dor, por menos intensa que seja. Contudo, deve-se admitir que a dor, geralmente, se-ria desencadeada pelo estado psíquico. O componente orgânico e emotivo se imbricam, podendo aumentar a dor em algumas pacientes, ressaltam os autores citados.

Entretanto, atribuir ao fator psicológico papel exclusivo na etiologia da DP é mais difícil de ser comprovado. Porém, sabe-se que é mais freqüente a ocorrência de depressão e desajustamento psicossocial entre mulheres com dismenorréia. Mas, são levantadas questões acerca destas condições psiquiátricas, se são primárias, favorecendo o surgimento da dismenorréia ou se são conseqüências extremas da angústia provocada pelo distúrbio algíco (FONSECA; BAGNOLI, 1994).

Genética – alguns trabalhos mostram maior prevalência de dismenorréia em mulheres do mesmo grupo familiar. Poderia haver relação com algum fator genético, ainda não totalmente esclarecido. Atualmente, no nosso conhecimento, ainda não está elucidada a existência desse fator. É possível a existência de “influência” familiar emocional no desprendimento dos sintomas (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998). Além disso, Schmidt e Herter (2002) encontraram uma importante associação entre dismenorréia e história familiar de dismenorréia, ao analisarem a prevalência desta patologia, suas características e fatores associados num grupo de adolescentes em uma escola particular de São Leopoldo/Brasil. Convém ressaltar que neste estudo, a freqüência de DP foi de 69,6%.

Prostaglandinas – é a teoria que tem

maior conotação terapêutica. Em 1930 foi verificado um grupo de substâncias que tinham a capacidade de agir sobre a musculatura lisa, e estas foram denominadas prostaglandinas, por terem sido isoladas inicialmente na próstata. As prostaglandinas encontram-se distribuídas nos tecidos e líquidos orgânicos e sua concentração no plasma sanguíneo, de modo freqüente, é inferior a 100 pg/ml (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998).

Pickles (1967) isolou do sangue menstrual de mulheres dismenorréicas, uma substância que possuía a propriedade de estimular a contratilidade uterina, e chamou-a *estimulante menstrual*, que logo depois provou-se ser um grupo de substâncias que continha prostaglandinas E e F (FONSECA *et al.*, 2000). Posteriormente, Ylikorkala e Dawood (1978) examinando as taxas de prostaglandinas no sangue menstrual de mulheres normais, encontraram valores referentes a 0,2 ng/100 mg de endométrio/min na fase proliferativa e 2,5 ng/100 mg de endométrio/min na fase secretora, enquanto que nas mulheres portadoras de dismenorréia os níveis de PGF_{2a} atingiram em média 18,4 ng/100 mg de endométrio/min (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; BRAVO *et al.*, 2002; PIATO, 2002).

Assim, a partir deste estudo, passou-se a considerar que a liberação de PGF_{2a} pelo endométrio acarreta contração da musculatura uterina, com conseqüente aumento da tonicidade uterina e da pressão intramiometrial, sendo portanto, o principal fator etiopatogênico da DP, os níveis elevados de prostaglandinas. O aumento da pressão provoca compressão dos nervos e dos vasos e, conseqüentemente, algia. Quanto maior for a síntese de prostaglandinas e/ou menor for o tamanho do útero, maior será a concentração de PGF_{2a} intra-uterina e a dor será mais intensa (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Isso explica por que a dismenorréia é mais comum nas adolescentes. O útero da adolescente mede entre 30 e 50 cm, enquanto na mulher adulta ele atinge em média 90 cm. As prostaglandinas PGF_{2a} causam no útero contrações que acarretam dor, tanto pelo aumento da pressão como pela compressão do plexo vascular e nervoso do útero.

Embora esse fenômeno ocorra tanto na mulher adulta como na adolescente, o pequeno volume uterino da última ocasiona maiores concentrações de prostaglandinas por área e, efetivamente maior ação da prostaglandina. Isto explicaria também por que a DP melhora espontaneamente após os 20 anos de idade, época em que o útero atinge 90 cc de volume e a concentração das prostaglandinas se dilui, diminuindo a sua ação sobre a musculatura uterina (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As prostaglandinas são ácidos graxos constituídos por 20 átomos de carbono, formados enzimaticamente a partir de ácidos graxos poliinsaturados, que atuam como mediadores intracelulares, sendo catabolizados na própria célula. Quando caem na circulação são rapidamente metabolizados pelos pulmões, rins e fígado. São conhecidas diversas prostaglandinas nomeadas pelas letras A, B, C, D, E e F e outras, todas derivadas de um ácido graxo precursor, o ácido araquidônico. Cada letra representa a localização de grupo hidro-xila, cetona e ligações de carbono insaturado no anel ciclopentano da molécula. Os números designados a estas letras (1, 2 ou 3) indicam a quantidade de duplas ligações nas cadeias acíclicas (RITTO; GIORDANO; ALMEIDA, 1998; FONSECA *et al.*, 2000; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000).

Sob a ação das fosfolipases A_2 , os fosfolípidos da membrana celular liberam o ácido araquidônico, que é convertido em endoperóxidos por ação da ciclooxigenase (COX-1 e COX-2), isoprostanos e leucotrienos. Por sua vez, os endoperóxidos transforma-se em prostaciclina, tromboxane e prostaglandinas (PGD_2 , PGF_{2a} e PGE_2), esta última pela ação da isomerase redutase (Figura 1) (FONSECA *et al.*, 2000, 2001; MOTTA; SALOMÃO; RAMOS, 2000; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

As prostaglandinas F_{2a} e E_2 estimulam contrações da musculatura lisa do tubo digestivo e vasos sanguíneos, ocasionando náuseas, vômitos, diarreia, irritabilidade e cefaléia (FONSECA *et al.*, 2001). As prostaciclina atuam aumentando a agregação plaquetária, agindo como droga vasomotora, e o tromboxane A_2 causa agregação plaquetária e vasoconstrição (FONSECA *et al.*, 1997).

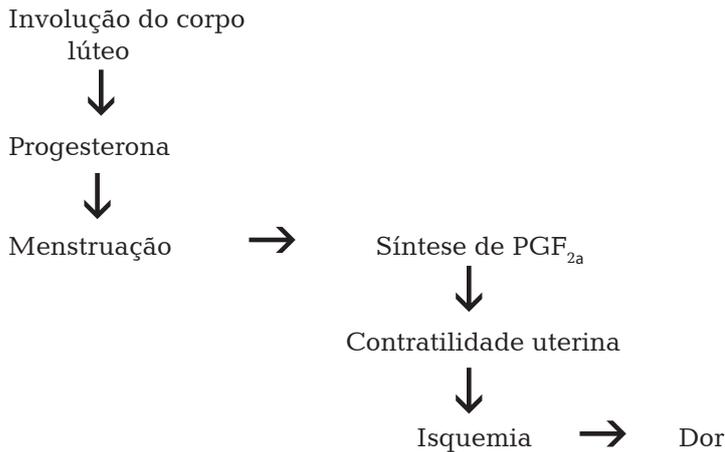


Figura 2 – Fisiopatologia da dor na dismenorréia primária.

Fonte: Ângela M. Fonseca *et al.* In: Hans W. Halbe. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000.

adulta. Durante a anamnese de mulher portadora de dismenorréia deve-se dar destaque ao início da sintomatologia e da duração. As adolescentes referem que a dor inicia com o fluxo menstrual, ao passo que, na mulher adulta, a dor pode anteceder em alguns dias a menstruação.

Além disso, durante a anamnese deve-se verificar as características do fluxo menstrual, antecedentes de infecção e cirurgias decorridas anteriormente (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004). Outro fator importante que deve ser investigado, de acordo com esses mesmos autores, são as drogas utilizadas e a resposta clínica a elas, pois facilitam ao profissional, durante a prescrição, visto que, medicamentos já utilizados, orientam o médico para a causa da dor.

Maranhão (2002) nessa mesma linha de argumentação, chama a atenção para uma progressão do quadro sintomatológico ao longo dos ciclos menstruais, acompanhado de ansiedade não só pela portadora, mas também por seus familiares mais próximos. Os exames físicos e complementares devem estar obrigatoriamente normais, não sendo encontrada qualquer alteração no útero e/ou anexos, logo, a presença de qualquer alteração sistêmica ou genital exclui o diagnóstico de DP (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007).

Segundo Ritto, Giordano e Almeida (1998), a DP, geralmente, ocorre nas usuárias com ciclos ovulatórios.

Exame físico – deve ser sempre

realizado para diferenciar entre a DP e a DS, devendo tentar identificar qualquer alteração que seja compatível com algum distúrbio orgânico que justifique o quadro clínico em questão. O exame físico geral tem por fim a detecção de sintomatologia clássica associada a anomalias congênitas, geralmente verificadas em mulheres dismenorréicas (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999). Conforme assinalam esses mesmos autores, durante a inspeção do abdome deve-se observar atentamente para cicatrizes de cirurgias prévias e, durante a palpação e toque vaginal, para massas tumorais, assim como alterações na consistência e mobilização do útero.

O toque vaginal deve ser realizado somente em pacientes que já mantenham atividade sexual e o retal somente em casos de suma necessidade. Na DP, nunca realiza-se o exame retal na primeira consulta, somente após o exame de ultra-sonografia (USG) pélvica, pois este exame provocará dor e medo, podendo provocar traumas na adolescente, dificultando futuras consultas ginecológicas, e raramente trará algum acréscimo ao diagnóstico. Porém, na mulher adulta com suspeita de neoplasia uterina ou ovariana, este exame torna-se obrigatório (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Todavia, Ikeda, Salomão e Ramos (1999) lembram que, em portadoras sem sinais clínicos sugestivos de anomalias ginecológicas, faz-se o teste terapêutico, ou seja, o tratamento é iniciado observando-se a resposta.

Exames complementares – são de grande importância, especialmente nas pacientes virgens, em que o exame clínico não é satisfatório, e nas pacientes que não respondem ao tratamento convencional, fato que assume maior valia nos casos de DP, conforme ressalta Maranhão (2002).

Alguns autores (MOTTA; SALMOMÃO; RAMOS, 2000; FONSECA *et al.*, 2000, 2001; DIEGOLI; DIEGOLI, 2007) descrevem os exames que devem ser solicitados quando o diagnóstico de DP for duvidoso ou quando o tratamento convencional mostrar-se inefetivo. A principal razão se prende à elevada frequência de endometriose nessas mulheres.

USG pélvica – constitui recurso obrigatório nos casos com quadros atípicos ou com má resposta à terapêutica instituída. Pode ser por via abdominal ou transvaginal. Apesar da via transvaginal permitir melhor visualização dos ovários e do endométrio, ela está indicada somente para pacientes que já mantenham atividade sexual. A USG é fundamental para a diferenciação entre a DP e a DS.

A USG pode revelar a presença de irregularidade uterina, leiomioma, cistos ovarianos, doença inflamatória pélvica, DIU "perdido" ou mal posicionado. Na endometriose, ela pode estar normal ou alterada. A presença de cistos ovarianos, bilaterais com conteúdo espesso, nos faz suspeitar de endometriose. Contudo, pequenos focos endometrióticos e o espessamento do ligamento útero-sacro são imperceptíveis ao exame USG.

Laparoscopia – é necessário para o diagnóstico de certeza da endometriose e aconselhável nos casos de dores crônicas, resistente ao tratamento clínico. A laparoscopia, entretanto, é um exame invasivo e, conseqüentemente, deve ser muito bem indicada. Outro uso comum da laparoscopia são nos casos de tumores ovarianos ou as doenças inflamatórias pélvicas que, além da dismenorréia, provocam dor pélvica contínua.

Dosagem do CA-125 – o marcador tumoral CA-125 deve ser solicitada sempre que houver suspeita de endometriose ou tumores ovarianos. Embora o CA-125 não seja patognomônico de tumores ovarianos, valores muito elevados sugerem carcinomas ovarianos. Na endometriose, os

valores variam conforme o estadiamento da doença. Nos estádios iniciais, os níveis de CA-125 geralmente estão normais, porém, é elevado em 86,7% dos casos de endometriose avançada. Na DP, eles podem estar discretamente elevados, quando o exame for realizado no período menstrual.

Histeroscopia – pode ser solicitada se na USG revelar alterações no endométrio. Ajuda no diagnóstico de pólipos uterinos ou mesmo leiomiomas submucosos ou leiomiomas intraluminais.

Tratamento

A terapêutica da dismenorréia, seja ela primária ou secundária, pode ser dividida sob dois aspectos, conforme preconizam Fonseca *et al.* (2000):

Durante a crise: nesse período, o tratamento é sintomático, de emergência, visando a remover ou aliviar a dor, sendo, portanto, paliativo. É necessário repetir a terapêutica a cada menstruação, recomendando-se repouso, analgésicos, antiespasmódicos, administrados por via oral ou se houver vômitos, recomenda-se a via retal ou parenteral, aplicações de calor local e calmantes, se a paciente se apresentar agitada.

Fora da crise: tem como objetivo a cura da paciente na dependência da dismenorréia ser primária ou secundária. Nos casos de DP, tem caráter profilático, englobando desde terapia de apoio até o tratamento cirúrgico.

O manejo da DP depende da gravidade do problema e da resposta individual da mulher aos vários tratamentos. Os componentes importantes do cuidado de enfermagem são a informação e o apoio (FOGEL, 2002). Dessa forma, como a menstruação está tão vinculada à reprodução e a sexualidade, a dismenorréia pode exercer uma influência negativa sobre a sexualidade e sobre a auto-estima.

O enfermeiro pode fazer muito para corrigir mitos e informações erradas sobre a menstruação e sobre a dismenorréia, fornecendo fatos a respeito do que se considera normal, e apoiando os sentimentos de sexualidade positiva e de auto-estima de suas pacientes.

O exercício é considerado um auxílio para aliviar o desconforto menstrual pelo

aumento da vasodilatação. Os exercícios específicos que o enfermeiro pode sugerir incluem o balanço pélvico e a posição de ioga com os calcanhares acima da cabeça.

As modificações dietéticas específicas podem contribuir na redução dos sintomas sistêmicos associados à dismenorréia, além de manter uma boa nutrição em todas as situações. A diminuição da ingestão de sal e de açúcar refinado, 7 a 10 dias antes da provável data da menstruação, pode diminuir a retenção de líquidos.

Os diuréticos naturais, como o suco de amora, o aspargo, o pêssego, a salsa ou a melancia talvez ajudem a minimizar o edema e o desconforto presentes. A redução da ingestão de carne vermelha também pode ajudar. Algumas mulheres com DP relatam uma redução na sintomatologia ao passarem de uma dieta rica em gorduras para uma baixa taxa de gorduras (FOGEL, 2002).

O estabelecimento do papel dos AINHs como efetivos agentes terapêuticos no alívio da sintomatologia dismenorréica revolucionou as atitudes médicas relativas ao conceito desta patologia e sua abordagem (IKEDA; SALOMÃO; RAMOS, 1999).

Os AINHs são atualmente as drogas mais utilizadas e mais eficazes para o tratamento da DP. Eles atuam inibindo a produção de prostaglandinas, reduzindo a dor. Elas são mais efetivas quando iniciadas vários dias antes da menstruação. No entanto, a escolha do AINH deve basear-se na maior eficácia clínica e menor frequência de efeitos adversos, comentam Diegoli e Diegoli (2007).

Atualmente os AINHs podem ser distribuídos conforme a sua atuação nas ciclooxigenases. Os AINHs que agem atuando tanto nas COX-1 como nas COX-2 interferem na síntese de prostaglandinas, mas também na produção de tromboxane e das prostaciclina. A ação dessas drogas em diferentes locais do organismo acarretaria efeitos adversos, como gastrite e hemorragias (HAWKEY, 1999 *apud* DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Para evitar parte desses efeitos adversos foram criados os AINHs inibidores específicos da COX-2. O benefício dessas drogas é que não acarretam tanta hemorragia nem gastrite, como ainda

reduzem o fluxo menstrual em 30 a 50%. Logo, esses AINHs devem ser a primeira escolha na terapêutica da DP. Os mais utilizados atualmente são: Meloxicam, Celecoxib, Rofecoxib, Lumiracoxib e o Eterocoxib (DIEGOLI; DIEGOLI, 2007). Em estudo longitudinal realizado por Bravo *et al.* (2002), o Meloxicam foi droga eficaz no tratamento da DP em 94,8% dos casos.

Dentre os AINHs não específicos para a COX-2, prefere-se para o tratamento da DP os que possuem maior ação analgésica e menores efeitos colaterais. Neste caso, podem ser usados: Ácido mefenâmico, Cetoprofeno, Diclofenaco potássico (Cataflan), Diclofenaco sódico (Voltaren), Salicilatos, Piroxicam, Ibuprofeno, Naproxeno e Indometacina (DIEGOLI; DIEGOLI; FONSECA, 2004).

Alcala *et al.* (2003) com o objetivo de observar a eficácia e segurança do Meloxicam com o Ácido mefenâmico para o tratamento da DP, demonstraram que ambas as drogas apresentaram a mesma eficácia, porém, o primeiro, com melhor perfil de tolerabilidade gastrointestinal. Daí, a justificativa para as drogas inibidoras específicas da COX-2 serem as mais recomendadas para a terapia da DP.

O emprego dos AINHs na DP tem sido cada vez mais efetivo, oferecendo excelentes resultados, como mostram diversos trabalhos na literatura (BAGNOLI *et al.*, 1999; BRAVO *et al.*, 2002; ALCALA *et al.*, 2003).

Outra opção de tratamento são as pílulas anticoncepcionais orais que são substâncias, que, ao inibirem a ovulação e reduzirem o volume do fluxo menstrual, diminuem os níveis de prostaglandinas e, portanto, a dismenorréia. Representam o tratamento de eleição nas mulheres que desejam anticoncepção e apresentam DP. São também úteis no tratamento prolongado de DS causada pela endometriose (FONSECA *et al.*, 2000).

Diversas outras possibilidades terapêuticas têm sido empregadas com relativa eficácia, abrangendo a utilização de medicamentos antiespasmódicos, prescrição de magnésio, vitaminas B₆, B₁ e E, ácidos graxos ômega-3 e métodos alternativos como repouso, calor local, dieta leve, atividades físicas, massagens ao nível da coluna lombossacral e acupuntura (MARANHÃO, 2002). Conforme a autora

citada, tratamentos cirúrgicos como dilatação cervical e ressecção do plexo hipogástrico são procedimentos de exceção, sendo preservados para casos mais severos, resistentes às outras formas terapêuticas mencionadas.

Profilaxia

É importante considerar a maneira de se prevenir a DP. Sendo assim, as usuárias portadoras da síndrome da DP, para obter melhores resultados no controle desta patologia, devem receber apoio emocional para aprenderem a conviver com o problema, bem como utilizar a medicação sintomática. Informações sobre o significado de menstruação, o preparo psicológico da menina antes da menarca, recreações e convívio social são medidas importantes para a prevenção da dismenorréia.

Assim como a atividade esportiva, pois melhora as condições de circulação pélvica, bem como atua na liberação de endorfinas que condicionam o bem-estar das pacientes. É importante também, uma dieta adequada, de forma que a mulher deve restringir ao máximo a ingestão de gorduras animais, pois, estariam contraindicadas ainda mais na redução da síntese das prostaglandinas (FONSECA *et al.*, 2000, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o levantamento bibliográfico sobre os aspectos relacionados à DP, observou-se que um grande problema para aquelas que sofrem de DP intensa é a perda de produtividade na realização de atividades cotidianas, acarretando elevados índices de ausência ao trabalho ou à escola, principalmente nos primeiros dias da menstruação.

Verificou-se também que existem vários tratamentos possíveis, considerando a terapêutica adequada, aquela direcionada para o fator etiológico ou para a condição fisiopatológica responsável pelo sintoma e, sobretudo, a que se adapte melhor a usuária.

Portanto, a DP pode e deve ser tratada, e nossa função como enfermeiras é contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, utilizando todas as técnicas possíveis para

minimizar o sofrimento da paciente, pois muitas mulheres procuram o enfermeiro como orientador ou prestador de cuidado nos casos de dismenorréia.

Desse modo, se desejarem preencher as necessidades de suas pacientes, o enfermeiro deve possuir informações corretas e atualizadas, uma vez que legalmente está autorizado a desenvolver consultas de enfermagem à mulher de acordo com o Exercício Profissional da Enfermagem, baseado na Lei 7.498/1986 e nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (BRASIL, 2008).

De acordo as Resoluções do COFEN, o enfermeiro além de consultar pode utilizar-se das condutas de orientação, medicamentosa em alguns casos e de encaminhamentos ao profissional médico ou a outros serviços necessários para a resolução do problema apresentado, podendo desenvolver assistência básica de saúde de acordo com o Ministério da Saúde dentro dos programas padronizados na atenção básica. Essas Resoluções são: 159/1993; 195/1997; 271/2002 e 272/2002, que respectivamente, trata sobre: a Consulta de Enfermagem, dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro; regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames; dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras (COFEN, 2008).

Cabe a nós, enfermeiros, combatermos velhos mitos e tabus e tornar a vida da mulher igualmente produtiva e satisfatória, independente do "desconforto" causado pela menstruação.

Espera-se, com essa pesquisa, que os enfermeiros inseridos na rede básica, possam atuar com mais conhecimento específico a esse mal e que desenvolva ações condizentes às necessidades das mulheres, de acordo com as nossas resoluções. Espera-se ainda que estimule novas pesquisas e que essas possam encontrar mais esclarecimentos sobre a fisiopatologia da DP, pois muitas vezes as adolescentes manifestam um certo grau de desconhecimento do próprio organismo e indicam a necessidade de um programa de saúde pública, objetivando a prevenção, tratamento e controle da dismenorréia de maneira universal.

REFERÊNCIAS

ALCALA, F. O. M *et al.* Eficácia e segurança do uso do inibidor seletivo da COX-2 versus antiinflamatório não esteróide clássico no tratamento sintomático da dismenorréia primária. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.60, n.11, p.882-887, nov. 2003.

BAGNOLI, V. R *et al.* Dismenorréia primária: estudo para avaliação diagnóstica, eficácia e tolerabilidade do aceclofenaco. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.56, n.9, p.926-930, set. 1999.

PRIMARY DYSMENORRHEA AS A PROBLEM OF PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

The dysmenorrhea is one of the most frequent complaints in the clinic gynecological daily rate, responsible for high lack indexes in the school and in the work. The term dysmenorrhea means accompanied painful period or not of general manifestations. when they happen, the most frequent symptoms are: nauseas, vomits, it fatigues, diarrhea, nervousness, lumbar pain, vertigo and migraine. The importance of your study if it owes to the fact that, although all the women almost present uterine colic in some moment of your life, about 10 to 15% they present severe syntomatology, disabling them for your habitual tasks, committing the family activities, professionals and social. Traditionally it is classified in primary and secondary. The primary dysmenorrhea (PD) it is characterized by not possessing organic pelvic disease and it is more commonly the type diagnosed among the adolescents. Your component principal, the uterine colic, is caused by contractions miometrais induced by the prostaglandins. The secondary dysmenorrhea (SD) it is characterized by the presence of organic lesion in the pelve, as endometriosis, adenomiosis, polyps, myomas, use of the intra-uterine device (IUD), bad formations and varicose veins. The diagnosis is based on the anamnesis, in the physical exam and in the complemental exams. An appropriate therapeutic approach should consider, the handling during the crisis and out of this. Before this, they will be approached, to proceed, the classification, ethiopathogeny, diagnosis, therapeutics and prophylaxis of pd, pointing out, above all, the nursing attendance the women bearers of this pathology.

Key-words: Dysmenorrhea. Prostaglandins. Nursing assistance.

Atheneu, 1998.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

BRAVO, R. S *et al.* Ensaio clínico do meloxicam na dismenorréia primária em mulheres brasileiras. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.59, n.7, p.521-528, jul. 2002.

COCO, A. S. Primary Dysmenorrhea. **American Family Physician**, v.60, n.2, p.489-96, aug. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 159, de 19 de abril de 1993. **Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM.

Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 271, de 12 de julho de 2002. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

DIEGOLI, M. S. C.; DIEGOLI, C. A. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.61, n.1/2, p.14-24, jan./fev. 2004.

DIEGOLI, M. S. C.; DIEGOLI, C. A. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 64, n. 3, p.81-87, mar./abr. 2007.

FOGEL, C. I. Problemas comuns de saúde. In: LOWDERMILK, D. L; PERRY, S. E; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FONSECA, A M; BAGNOLI, V. R. Dismenorréia. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1994.

FONSECA, A M *et al.* Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.54, ed. especial, p.44-51, 1997.

_____. _____. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 58, n. esp, dez. 2001.

_____. _____. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000. v. 2.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IKEDA, F; SALOMÃO, A. J; RAMOS, L. O. Dismenorréia Primária. **Rev Bras Med**, São Paulo, v.56, n.12, p. 215-225, dez. 1999.

KAMEYAMA, A *et al.* Tratamento da dismenorréia. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, dez. 2005.

MARANHÃO, T. M. O. Dismenorréia na Adolescência. **Jornal da SOBRAGE**, v.4, n.12, abr. 2002.

MOTTA, E. V; SALOMÃO, A. J; RAMOS, L. O. Dismenorréia. **Rev Bras Med**, São Paulo, v. 57, n.5, mai. 2000.

MOURA, M. L. S; FERREIRA, M. C; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

PIATO, S. Dismenorréia primária. In: _____. **Tratado de ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2002.

RITTO, M. N. G; GIORDANO, M. G; ALMEIDA, S. M. G. Dismenorréia. In: GIORDANO, M. G. **Ginecologia Endócrina e da Reprodução**. São Paulo: BYK, 1998.

SCHMIDT, E; HERTER, L. D. Dismenorréia em Adolescentes Escolares. **Adolesc Latinoam**, Porto Alegre, v.3, n.1, ago. 2002.

VIEIRA, S; HOSSNE, W. S. **Metodologia Científica para a Área de Saúde**. 7º. Reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.