

A dismenorria afeta a qualidade de vida e representa uma carga substancial para a saúde pública, com importante impacto económico. Em alguns casos, a dor é tão intensa que impede a realização de atividades normais durante vários dias por mês



## Dismenorria

DATA 2022-09-29 AUTOR Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

A dismenorria (DS), definida como uma menstruação dolorosa, é um dos distúrbios ginecológicos mais comuns entre as mulheres em idade reprodutiva.<sup>1,2</sup> As taxas de prevalência da DS variam amplamente na literatura. São difíceis de determinar, porque são usadas diferentes definições e há variações nos critérios de diagnóstico. As diferenças, provavelmente, são também resultado das diversas populações estudadas.<sup>3</sup>

A DS afeta a qualidade de vida e representa uma carga substancial para a saúde pública, com importante impacto económico.<sup>1</sup> Em alguns casos, a dor é tão intensa que impede a realização das atividades normais durante vários dias por mês.<sup>4</sup> Os estudos mostraram que a DS é uma das principais causas de absentismo escolar ou laboral em adolescentes ou mulheres jovens.<sup>1,2,5,6</sup> Também interfere com as atividades sociais e familiares e com a prática de desporto.<sup>5</sup> Apesar do seu impacto, poucas mulheres procuram tratamento médico, aceitando a DS como parte do seu ciclo menstrual.<sup>2,6</sup> A DS é frequentemente subnotificada e subtratada.<sup>7</sup> Em muitas mulheres, a DS tende a diminuir de intensidade com o avançar da idade,<sup>4,6,7</sup> podendo também melhorar após o parto.<sup>4,8</sup> A DS é classificada, pela sua etiologia, como primária ou secundária.<sup>5</sup>

### DS primária

A DS primária não está associada a outras doenças ou a uma patologia pélvica identificável. Usualmente, desenvolve-se 6 a 12 meses após a menarca (primeira menstruação),<sup>3,5-7</sup> uma vez que os ciclos se tornam regulares,<sup>3</sup> e tende a recorrer em cada ciclo menstrual.<sup>6</sup> A DS primária ocorre só nos ciclos ovulatórios.<sup>5</sup>

A fisiopatologia da DS primária não é bem compreendida.<sup>1,5,9</sup> No entanto, do hipersecreção de prostaglandinas (PG) no revestimento interno do útero desempenha um papel importante,<sup>1,7</sup> sendo a PGF2a e a PGE2 as principais envolvidas na DS primária.<sup>2,7</sup> O nível de progesterona atinge o pico na fase lútea do ciclo menstrual. Se não ocorrer a concepção, existe declínio no nível de progesterona circulante, associado à descamação endometrial, sangramento menstrual e produção de PG.<sup>2</sup> As PG fazem com que o músculo do útero se contraia fortemente, reduzindo o fluxo sanguíneo e podendo causar dor.<sup>4,5,8</sup> As mulheres com DS primária

apresentam níveis elevados de PG,<sup>2,5,7,8</sup> que causam contrações do útero mais intensas do que o normal.<sup>8</sup> Vômitos, náuseas e diarreia, frequentemente experimentados juntamente com a DS, também podem ser resultado do efeito das PG.<sup>3,5,10</sup> Os leucotrienos e a vasopressina também podem desempenhar um papel na etiologia da DS,<sup>3,7</sup> ao aumentar a atividade contrátil uterina e poder causar dor isquémica, pelo efeito vasoconstritor.<sup>1,5</sup> O papel das citocinas e outros fatores pró-inflamatórios na DS foi menos estudado.<sup>9</sup>

Os fatores de risco para a DS primária incluem: menarca precoce, fluxo menstrual intenso, nuliparidade, história familiar de DS,<sup>1,3</sup> idade inferior a 30 anos e ciclos menstruais mais longos.<sup>1,6,7</sup> Há evidências discordantes sobre a associação entre a DS primária e fatores de risco modificáveis – como tabagismo, dieta, obesidade,<sup>3</sup> depressão, estresse<sup>3,5</sup> – e dados insuficientes para apoiar uma associação com o défice nutricional.<sup>3</sup>

### DS secundária

Na DS secundária a dor é causada por patologia pélvica subjacente como: endometriose, pólipos endometriais, miomas, adenomiose, doença inflamatória pélvica ou inserção de dispositivo intrauterino.<sup>1-3,8</sup> Massas pélvicas ou infeção também podem causar dor menstrual.<sup>6</sup>

A endometriose é a causa mais comum de DS secundária.<sup>2,5,6,11</sup> Acontece quando um tecido semelhante ao endometrial está presente noutras áreas do corpo, como nos ovários e nas trompas de Falópio, atrás do útero ou na bexiga.<sup>4</sup> Os miomas são tumores benignos que se formam no útero. Geralmente são assintomáticos.<sup>8</sup> A adenomiose desenvolve-se quando o tecido endometrial começa a crescer no miométrio.<sup>4</sup>

A gravidez ectópica pode-se manifestar com sintomas semelhantes à DS, sendo uma situação com potencial risco para a vida, que requer tratamento urgente. Deve ser considerada em mulheres de idade reprodutiva com hemorragia vaginal e/ou dor abdominal, especialmente em caso de amenorreia de duração superior a quatro semanas e/ou se não se conhece o estado em relação à gravidez.<sup>5</sup>

## Dismenorreia

DATA 2022-09-29 AUTOR; Aurora Simón, Diretora técnica do CIM

A dor associada à **DS primária** é geralmente de tipo cólica, com câibras espasmódicas na parte inferior do abdómen, podendo irradiar para as costas ou parte superior das coxas.<sup>3,5</sup> A dor varia de leve a incapacitante,<sup>10</sup> e pode ser esporádica e intensa, ou constante e incômoda.<sup>3</sup>

A dor começa pouco antes ou no início da menstruação, com duração até 72 horas,<sup>3,6,7,10</sup> diminuindo à medida que esta progride.<sup>3</sup> É particularmente intensa no primeiro dia.<sup>2,5</sup> Pode incluir sintomas não ginecológicos: gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), fadiga, irritabilidade, tonturas e cefaleia.<sup>1,3,5</sup> Em casos mais graves, distúrbios do sono.<sup>6,7</sup>

Na **DS secundária**, geralmente, o início da dor ocorre vários anos após o início da menstruação e não está consistentemente relacionado com esta. No entanto, a dor pode ser exacerbada pela menstruação e persistir após a finalização, ou estar presente durante todo o ciclo menstrual. Outros sintomas ginecológicos podem ser sangramento uterino anormal, corrimento vaginal, dispareunia<sup>3,6</sup> e sangramento pós-coito.<sup>3</sup> A DS secundária costuma ser detetada em mulheres com mais idade (>24 anos) sem história de DS.<sup>2</sup> Deve-se suspeitar de DS secundária se os sintomas aparecem dois ou mais anos após a menarca, se a dor ocorre fora da menstruação, se os ciclos são irregulares, ou se existe história de doença inflamatória pélvica ou de infertilidade.<sup>5</sup>

O **diagnóstico** de DS primária é feito sobretudo com base na história médica e na realização de um exame físico.<sup>2</sup> É importante avaliar se pode existir uma patologia subjacente indicativa de DS secundária, ou não ginecológica.<sup>3</sup> A DS secundária é excluída através da obtenção de uma história completa que inclua: início dos sintomas em relação à menarca,<sup>2,3</sup> descrição da dor (duração, tipo, gravidade, fatores que a aliviam ou exacerbam), sintomas associados, características do ciclo menstrual,<sup>2</sup> presença de fatores de risco para DS primária, identificação de condições com sintomas semelhantes (por ex., síndrome do intestino irritável ou intolerância à lactose), história obstétrica e lista de medicação.<sup>3</sup>

Na DS primária o exame físico é geralmente normal.<sup>1</sup> Se as características correspondem à DS primária não é necessário um exame pélvico. Está indicado em adolescentes e mulheres sexualmente ativas,<sup>1,2</sup> quando se suspeita de uma causa secundária ou se não houver resposta ao tratamento.<sup>1,6</sup> Investigações adicionais podem incluir ultrassonografia pélvica,<sup>10</sup> esfregaços vaginais e endocervicais, e um teste de gravidez, para exclusão da gravidez ectópica nas mulheres sexualmente ativas.<sup>6</sup>

### Tratamento

O principal objetivo do tratamento da DS primária é proporcionar alívio da dor, que permita realizar a atividade habitual.<sup>2,5,12</sup>

#### Terapêutica farmacológica

Os **anti-inflamatórios não esteroides** (AINE) exercem o seu efeito por inibição da ciclooxigenase, enzima responsável pela síntese de PG. São considerados fármacos de primeira linha no tratamento da DS primária, proporcionando alívio da dor.<sup>1,2,6,9</sup>

Uma revisão sistemática confirmou a eficácia e segurança dos AINE na DS primária. Foram mais eficazes do que o placebo no alívio da dor e também mais eficazes do que o paracetamol, mas pode existir

um risco de efeitos adversos.<sup>13</sup> Não parecem existir variações de eficácia ou de segurança entre os diversos AINE.<sup>2,6,7,13</sup> O custo, a tolerabilidade, a duração de ação ou o regime posológico podem ajudar na escolha.<sup>5,7</sup> Os AINE podem ter como benefício secundário a redução do sangramento menstrual excessivo.<sup>6</sup>

A DS primária pode ser tratada com AINE não sujeitos a receita médica, como ibuprofeno ou naproxeno,<sup>7,14</sup> que são acessíveis e bem tolerados. Também são usados outros sujeitos a prescrição médica,<sup>7</sup> como flurbiprofeno<sup>3,7</sup> ou ácido mefenâmico,<sup>1,7,12</sup> entre outros.

Os possíveis efeitos colaterais incluem sintomas gastrointestinais (vômitos, dispepsia, dor abdominal, diarreia e obstipação),<sup>5,7,12</sup> nefrotoxicidade, alterações hematológicas e edema.<sup>7</sup> Os efeitos são geralmente leves<sup>12</sup> e infrequentes em mulheres jovens saudáveis que usam AINE por períodos curtos.<sup>7</sup> O aumento de dose poderá aumentar os efeitos adversos.<sup>5</sup>

Ter em atenção as contraindicações dos AINE (por ex., hemorragia ou ulceração gastrointestinais ativas, história de hemorragia ou perfuração gastrointestinal relacionadas com AINE, insuficiência cardíaca grave<sup>14</sup> ou alergia ao ácido acetilsalicílico, ou a outro AINE,<sup>4,5,14</sup> Evitar estes fármacos nas mulheres que estão a tentar engravidar e considerar também as possíveis interações (por ex., com anticoagulantes ou lítio).<sup>5</sup>

A terapêutica para a DS é mais eficaz se for iniciada ao primeiro sinal de menstruação ou de dor.<sup>4</sup> Pode ser iniciada um a dois dias antes da data prevista para a menstruação,<sup>2,6,7,9</sup> continuando a toma em intervalos de dosagem regulares nos primeiros dois a três dias.<sup>2,6</sup> Os AINE devem ser administrados com as refeições para diminuir os efeitos adversos gastrointestinais. Se não existir melhora com um AINE, poderá ser substituído por outro de classe diferente.<sup>2,5</sup> A DS grave pode exigir doses mais elevadas ou o uso de terapêutica combinada.<sup>1</sup> Apesar da eficácia dos AINE, cerca de 20% das utilizadoras relatam um alívio mínimo ou inexistente.<sup>6</sup> Nestes casos pode ser utilizado tratamento hormonal e/ou terapia não farmacológica.<sup>2</sup>

O **paracetamol** é um inibidor fraco da síntese de PG.<sup>6</sup> Vários estudos revelaram menor eficácia em comparação com os AINE, pelo que é preferível usar apenas em dor leve a moderada. Contudo, é um analgésico alternativo quando os AINE são contraindicados ou não tolerados, e em mulheres que não desejam usar anticonceivos.<sup>2,5</sup> Ter em atenção situações como a desidratação crónica, a malnutrição ou a insuficiência hepática, e também a possibilidade de interações e doses cumulativas.<sup>14</sup>

O **ácido acetilsalicílico** tem um efeito limitado na síntese de PG, sendo modestamente eficaz. Numa revisão sistemática não se mostrou superior ao placebo. Pode aumentar o fluxo menstrual.<sup>5</sup>

Os **anticoncepcionais hormonais** são também considerados tratamento de primeira linha para a DS, a menos que sejam contraindicados.<sup>2,9</sup> Inibem a ovulação e, conseqüentemente, a produção de progesterona, o que também reduz a síntese de PG.<sup>1,2,5,6,9</sup>

Os contraceptivos hormonais combinados mostraram eficácia na DS primária,<sup>6,7</sup> melhorando a dor e diminuindo a frequência e a dose de analgésicos necessárias.<sup>6</sup> Geralmente, são recomendados em mulheres que necessitam de contraceção e para aquelas em que o uso de contraceptivos seja aceitável, ou para as que não toleram ou não respondem aos AINE.<sup>2</sup> A terapêutica hormonal pode ter benefícios adicionais, como melhora do sangramento menstrual intenso ou da acne.<sup>6</sup>

DATA 2020-09-29 | AUTOR Aurora Simón, *Diretora técnica do CIM*

São usados contraceptivos orais combinados (COC), sistemas transdérmicos, sistema de liberação vaginal (anel),<sup>2,4,7</sup> implante subcutâneo com etonogestrel,<sup>7,9</sup> suspensão injetável com medroxiprogesterona e dispositivo de liberação intrauterino com levonorgestrel.<sup>2,6,7</sup> Cada método tem benefícios e efeitos adversos específicos.<sup>2</sup> Os que incluem apenas progestagênio são uma alternativa para quem não pode receber terapêutica estrogênica.<sup>6</sup> Contudo, têm sido menos estudados e alguns efeitos, como a hemorragia irregular, são mais comuns.<sup>12</sup>

Devem ser consideradas as possíveis contraindicações do tratamento hormonal. Efeitos adversos comumente relatados com os COC incluem náuseas, cefaleia e aumento de peso.<sup>6</sup> A maior preocupação é o risco de trombose venosa profunda.<sup>7</sup>

Com tratamento adequado o prognóstico na DS primária é geralmente bom.<sup>1</sup> Cerca de 80-90% das mulheres podem ser tratadas com sucesso com AINE, anticoncepcionais hormonais ou com o uso destes em associação.<sup>3,5,6</sup>

Após o início do tratamento é importante o acompanhamento. Se os sintomas não melhorarem é indicada uma avaliação adicional para apurar eventuais causas secundárias de DS.<sup>7</sup> Se os sintomas persistirem após três a seis meses de tratamento, ou se surgirem sintomas que apontem para uma etiologia secundária, impõe-se uma consulta médica para realizar uma investigação mais extensa.<sup>6,12</sup>

O tratamento da DS secundária é específico para cada situação (miomas, adenomiose, endometriose) subjacente.<sup>4,7,8</sup>

Na DS primária são também utilizadas **intervenções não farmacológicas**, como alternativa ou em combinação com o tratamento medicamentoso.<sup>2,6</sup> Algumas podem ser úteis para quem não tolera os medicamentos ou não obtém resposta.<sup>5</sup>

Alguns dados apoiam a eficácia da aplicação local de calor no alívio dos sintomas.<sup>1,2,12,15</sup> Tomar um banho de imersão com água morna ou colocar uma almofada de aquecimento ou um saco de água quente sobre a região inferior do abdômen pode ser reconfortante,<sup>4</sup> com alívio da dor em algumas mulheres. Pensa-se que este seja obtido pela vasodilatação, que aumenta o fluxo de sangue na área e relaxa o músculo liso.<sup>5</sup> O calor pode melhorar a eficácia de outros tratamentos.<sup>12</sup> É uma opção bastante utilizada, mas são necessários estudos adicionais de qualidade que confirmem a sua eficácia.<sup>1,7</sup>

O exercício físico regular mostrou reduzir a dor menstrual em alguns estudos.<sup>1,2,6,10</sup> Uma revisão sistemática, com evidência de baixa qualidade, sugere que o exercício (cerca de 45 a 60 minutos três vezes por semana ou mais), independentemente da intensidade, pode proporcionar redução significativa na intensidade da dor.<sup>16</sup> O exercício pode proporcionar alívio por várias vias, incluindo a melhora da circulação sanguínea pélvica, a estimulação da liberação de endorfinas,<sup>1,7,15</sup> e a redução do estresse e da ansiedade.<sup>7</sup> Pelos múltiplos benefícios para a saúde, além do controle da DS, o exercício pode ser uma opção de tratamento.<sup>6,10,12,16</sup>

Acupuntura e acupressão mostraram resultados na melhora sintomática da DS,<sup>4,6,15</sup> apesar de haver dados discordantes.<sup>15</sup> Uma revisão sistemática concluiu que não há evidências suficientes para determinar se melhoram a DS, por falta de estudos controlados, aleatorizados e bem desenhados.<sup>7</sup> Outros métodos usados no alívio da DS são ioga,<sup>4,9</sup> exercícios de relaxamento e *biofeedback*,<sup>4</sup> mas os estudos são insuficientes para confirmar a segurança e eficácia.<sup>6,9,10</sup>

O uso de estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) mostrou-se eficaz em vários estudos.<sup>2,9,15</sup> É um tipo de tratamento não invasivo que envolve o uso de elétrodos, que são aplicados na pele perto da área da dor. Pode ajudar a reduzir a DS em algumas mulheres.<sup>2,6,10</sup> No entanto, são necessários ensaios controlados bem desenhados. Está associada a mínimos efeitos adversos (rigidez ou vibração muscular, parestesia não dolorosa, cefaleia e leve vermelhidão da pele). Um efeito incomum é o aumento do fluxo sanguíneo menstrual.<sup>2</sup> Pode ser uma alternativa para mulheres que não podem ou preferem não tomar medicamentos.<sup>2,10</sup>

Embora a evidência de associação entre fatores de risco modificáveis e DS primária não seja consistente, encorajar a cessação do tabagismo, o controle de peso, boas condições físicas e uma dieta saudável pode ser benéfico para a saúde geral.<sup>3</sup>

## Conclusão

Muitas mulheres com DS utilizam analgésicos não sujeitos a receita médica e procuram aconselhamento na farmácia. Devem ser excluídas possíveis causas secundárias, questionando sobre a história e a natureza dos sintomas, para poder diferenciar casos que precisam de avaliação médica.<sup>5</sup> Para otimizar os resultados clínicos, o farmacêutico deve orientar na seleção e dosagem adequadas dos medicamentos,<sup>11</sup> considerando as possíveis contraindicações e interações.<sup>3</sup>

## Referências bibliográficas

1. Nagy H, Khan MAB. Dismenorreia. [Atualizado em 1 de setembro de 2021]. In: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): Publicação StatPearls; 2022 janeiro-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560834/>
2. Itani R, Soubra L, Karout S, Rahme D, Karout L, Khojah HMI. Primary Dysmenorrhea: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment Updates. *Korean J Fam Med.* 2022; 43(2): 101-108. doi: 10.4082/kjfm.21.0103.
3. Case-based learning: dysmenorrhoea management. *The Pharmaceutical Journal, PJ,* July 2021, Vol 307, No 7951; 307(7951); DOI:10.1211/PJ.2021.1.90233
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dysmenorrhea: Painful Periods. FAQs. Last reviewed: January 2022. [accedido a 8-08-22] Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/dysmenorrhoea-painful-periods>.
5. Krinsky DL et al. eds. Handbook of nonprescription drugs. An interactive approach to self-care. 20th ed. Washington, American Pharmacists Association, 2021.
6. McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2021 Aug 1; 104(2): 164-170.
7. Ferris-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. *Obstet Gynecol.* 2020 Nov; 136(5): 1047-1058. doi: 10.1097/AOG.0000000000004096.
8. Menstruation - pain (dysmenorrhoea). BetterHealth. [accedido a 8-08-22] Disponível em: <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/menstruation-pain-dysmenorrhoea>

9. Barcikowska Z, Rajkowska-Labon E, Grzybowska ME, et al. Inflammatory Markers in Dysmenorrhea and Therapeutic Options. *IJERPH* 2020; 17: 1191. doi:10.3390/ijerph17041191
10. Smith RP, Kaunitz AM. Patient education: Painful menstrual periods (dysmenorrhea) (Beyond the Basics) This topic last updated: Mar 31, 2021.
11. Sturpe DA. The Management of Primary Dysmenorrhea. *US Pharm.* 2013; 38(9): 23-26. [accedido a 8-08-22] Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/the-management-of-primary-dysmenorrhoea-43009>
12. Smith RP, Kaunitz AM. Dysmenorrhea in adult females: Treatment. *UpToDate®.* Topic last updated: Aug 12, 2022 [accedido a 26-08-2022]. Disponível em: [www.uptodate.com](https://www.uptodate.com)
13. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul 30; 2015(7): CD001751. doi: 10.1002/14651858.CD001751.pub3
14. British National Formulary N° 83. London, BMJ Group and Pharmaceutical Press, 2022.
15. Guia de prática clínica: sinais e sintomas do aparelho genital feminino: dismenorreia. Conselho Federal de Farmácia. – Brasília, 2017. (Guias de prática clínica para farmacêuticos, 2) [accedido a 8-08-22] Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/Profar-vol2-Dismenorreia-FINAL-TELA%20001.pdf>
16. Armour M, Ee CC, Naidoo D, Ayati Z, Chalmers KJ, Steel KA, de Manincor MJ, Delshad E. Exercise for dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 20; 9(9): CD004142. doi: 10.1002/14651858.CD004142.pub4.