

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher 2023/2

Porto Alegre 2024
UFRGS

Dismenorreia primária: uma revisão da literatura

Jonathan Pavan

Bárbara Vieira Motta

Daniel dos Santos Rozenquanz

Claudio Oliveira Santos

Arthur Goulart Fontoura

Jefferson Roberto Oliveira do Nascimento Maciel

Roberta Moschetta

Solange Garcia Accetta

A dismenorreia, ou menstruação dolorosa, refere-se a uma dor cíclica classicamente descrita como em cólica e associada ao período menstrual, podendo manifestar-se antes ou durante a menstruação. Essa é a queixa ginecológica mais prevalente, sendo comumente observada em mulheres em idade reprodutiva, com uma incidência ainda mais elevada entre adolescentes (1). Os sintomas incluem dor em cólica na região hipogástrica, podendo irradiar para a região lombossacra e face interna das coxas e ser acompanhada por náusea, vômitos, cefaleia ou diarreia (2).

A dismenorreia primária (DP) é definida pela presença de dor menstrual cíclica sem a identificação de patologia associada, ao passo que a dismenorreia secundária (DS) está vinculada a condições patológicas, tais como endometriose, leiomiomas, doença inflamatória pélvica (DIP), adenomiose, pólipos endometriais e obstrução do fluxo menstrual. Em razão disso, é comum que a DS esteja associada a outros sintomas ginecológicos, como dispareunia, disúria, sangramento anormal ou infertilidade. No entanto, geralmente as características da dor não são suficientes para diferenciar os dois tipos, fazendo-se o diagnóstico de dismenorreia primária a partir da exclusão de outras possíveis causas do sintoma (2).

Muitas mulheres que sofrem de DP frequentemente descrevem uma sensação geral de bem-estar físico, mental e social reduzidos. Observam-se impactos negativos no desempenho acadêmico, no absenteísmo escolar (de curta duração), no ambiente profissional, nas atividades cotidianas, na qualidade

do sono, além do aumento nos níveis de estresse, ansiedade e depressão como algumas das consequências associadas à DP (3). Esses efeitos não afetam apenas as mulheres em nível individual, mas também têm repercussões na comunidade e na economia, causando uma diminuição da produtividade que resulta em perdas econômicas (4). No entanto, é importante salientar que muitas mulheres não relatam nem buscam assistência médica para a DP, pois ela é frequentemente percebida como uma característica habitual do ciclo menstrual, sendo, portanto, considerada dispensável a intervenção terapêutica (5).

Portanto, considerando o impacto significativo desse sintoma na vida acadêmica, profissional e na qualidade de vida, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens, esta pesquisa tem como objetivo revisar a literatura dos últimos cinco anos sobre dismenorreia primária no que diz respeito a esse grupo específico. Serão abordados temas como epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento dessa condição clínica, com ênfase nas descobertas recentes nessa área de pesquisa.

METODOLOGIA

Essa revisão de literatura teve como base artigos retirados da plataforma PubMed. As principais palavras-chave utilizadas: *dysmenorrhea*, *primary dysmenorrhea*, *painful menstruation*, *menstrual pain*. Além disso, foram associados os termos: *adolescent*, *adolescence*, *teen*, *youth*. Os artigos escolhidos incluem os delineamentos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises. Ademais, foram utilizados outros filtros como: temporal, usando apenas publicações feitas entre 2018 até 2023; de linguagem, usando apenas artigos escritos em língua inglesa; de gênero, usando apenas artigos com participantes do sexo feminino; e etário, priorizando a faixa de 13 até 18 anos de idade. Essa busca resultou em 59 artigos, dentre os quais 28 foram incluídos nesta revisão de literatura. Os critérios de inclusão envolvem: delineamento de ECR, MA ou RS; temática de dismenorreia primária; e idade prioritária entre 13-18 anos. Foram critérios de exclusão: delineamentos distintos dos propostos; temática de dismenorreia secundária à alguma patologia ou a procedimento ginecológico; faixa etária sem o enfoque na população jovem. De maneira complementar, foram consultados materiais de referência médica como UpToDate e bibliografias centrais da Ginecologia Clínica.

EPIDEMIOLOGIA

É importante ressaltar que a prevalência da dismenorrea entre mulheres e adolescentes é difícil de ser estimada, uma vez que varia de acordo com a população estudada. De acordo com o Up to Date, a prevalência varia de 60 a 93% (6).

Segundo um estudo com 1266 estudantes de uma universidade da Turquia constatou-se que 45,3% sofriam de dor em cada ciclo menstrual e 42,5% em alguns ciclos. Além disso, o estudo apontou que 19% das abstenções da instituição foram em decorrência da dismenorrea primária (7).

Outra relação interessante foi de uma metanálise que buscou identificar a relação entre o índice de massa corporal (IMC) com a dismenorrea primária. Nesse estudo se identificou que o baixo peso pode aumentar o risco de ocorrência de dismenorrea primária; entretanto, não conseguiram identificar relação entre obesidade e dismenorrea primária (8). Importante frisar que a manutenção de uma dieta equilibrada e um estilo de vida saudável é relevante para que as pessoas tenham uma categoria normal de IMC e possam prevenir a incidência de outras doenças.

O exercício físico se mostrou um fator importante na diminuição dos sintomas da dismenorrea primária nos estudos analisados. Uma metanálise da American Journal of Nursing, que incluiu 10 ensaios clínicos randomizados, concluiu que os exercícios tanto de baixa intensidade (alongamento ou ioga) quanto de alta intensidade (dança ou aeróbica) se mostraram clinicamente significativos na redução da intensidade da dor em comparação com casos em que há ausência de tratamento farmacológico (9).

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da dismenorrea primária ocorre a partir de uma interação complexa entre o eixo neuroendócrino da mulher e a perspectiva funcional. Sob essa perspectiva, sua base molecular reside na regulação complexa das prostaglandinas, que são mediadores lipídicos com papel crucial na modulação da resposta inflamatória e na regulação da contratilidade uterina. Durante o ciclo menstrual, ocorre uma produção aumentada dessas substâncias, desencadeando contrações uterinas essenciais para a eliminação do endométrio não fertilizado (2).

Os níveis elevados de prostaglandinas, especialmente da série E2, estão associados a contrações uterinas mais intensas e prolongadas, que podem ser percebidas de forma mais dolorosa. Além disso, esta hipercontratibilidade uterina associada com a diminuição do fluxo sanguíneo pela vasoconstrição secundária à ação das prostaglandinas pode resultar em isquemia temporária do tecido, exacerbando a dor menstrual.

Em outro plano, a resposta inflamatória local, desencadeada pela ação das prostaglandinas, também desempenha um papel significativo na gênese da dor. Isso porque a liberação de citocinas pró-inflamatórias e a ativação de células inflamatórias locais sensibilizam os nociceptores, que são responsáveis pela via aferente da dor. Por isso, pode-se inferir que a dismenorreia tem um aspecto funcional, em que a percepção de dor não necessariamente acompanha de maneira linear as alterações biológicas uterinas, visto que a via nociceptiva está com a atuação intensificada. Essa individualidade na resposta à produção de prostaglandinas destaca a variabilidade na suscetibilidade à dismenorreia primária. Outras questões como fatores genéticos, ambientais e hormonais influenciam a expressão de enzimas responsáveis pela síntese de prostaglandinas, bem como a sensibilidade dos receptores para essas substâncias, contribuindo ainda mais para a complexificação da apresentação desses quadros (2). Destaca-se que, além das prostaglandinas, outros mediadores químicos, como bradicinina e histamina, podem atuar como moduladores da intensidade da dor menstrual.

Em sua maioria, os tratamentos para a dismenorreia primária acabam visando, no geral, a supressão da inflamação. Contudo, a interação complexa desses elementos, anatômicos e funcionais, ressalta a necessidade de abordagens terapêuticas personalizadas, considerando a diversidade na fisiopatologia desta condição. Tendo isso em vista, é necessário que cada caso seja analisado individualmente pelo médico responsável pelas orientações e tratamento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da dismenorreia, tanto primária quanto secundária, é estabelecido por meio de uma abordagem clínica abrangente, que prioriza a exclusão de outras causas potenciais da dor menstrual. Inicialmente, a avaliação diagnóstica se

concentra em uma minuciosa história clínica e em um exame físico abrangente. Durante a entrevista clínica, são examinados detalhes relacionados à história menstrual, características temporais e da dor, sintomas associados, histórico sexual, antecedentes médicos e tratamentos prévios. A história clínica desempenha um papel crucial na identificação de padrões sintomáticos e fatores que podem elucidar a natureza da dismenorreia. A categorização da intensidade da dor e a análise do impacto nas atividades diárias fornecem informações cruciais. Além disso, a falta de resposta ao alívio sintomático proporcionado por anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou contraceptivos hormonais pode indicar a necessidade de uma investigação mais aprofundada.

A tabela 1, adaptada do estudo de Andersch e Milsom (1982) (10), categoriza a dismenorreia com base na intensidade da dor e seus impactos nas atividades diárias, sintomas sistêmicos e necessidade de analgésicos. Os graus na tabela categorizam a dismenorreia com base na intensidade da dor e seus impactos nas atividades diárias, variando desde nenhum efeito significativo no Grau 0 até uma inibição clara, sintomas sistêmicos e efeito limitado dos analgésicos no Grau 3. Essa classificação proporciona uma compreensão abrangente da gravidade dos sintomas, fornecendo uma base para a avaliação clínica e tomada de decisões terapêuticas.

Tabela 1. Categoria da dismenorreia com base na intensidade da dor e seus impactos nas atividades diárias, sintomas sistêmicos e necessidade de analgésicos.

Nota	Capacidade de trabalho	Sintomas sistêmicos	Analgésicos
Grau 0: A menstruação não é dolorosa e a atividade diária não é afetada	Não afetado	nenhum	Nenhum necessário
Grau 1: A menstruação é dolorosa, mas raramente inibe a atividade normal; analgésicos raramente são necessários; dor leve	Raramente afetado	nenhum	Raramente necessário
Grau 2: A atividade diária é afetada; analgésicos necessários e dão alívio suficiente para que a ausência da escola seja incomum; dor moderada	Moderadamente afetado	Poucos	Obrigatório
Grau 3: Atividade claramente inibida; mau efeito dos analgésicos; sintomas vegetativos (dor de cabeça, fadiga, vômitos e diarreia); dor intensa	Claramente inibido	Aparente	Efeito ruim

Adaptado de Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1982; 144:655. Fonte: UpToDate.

De acordo com Berek & Novak (1), o diagnóstico da dismenorreia primária requer a eliminação de patologia pélvica subjacente e a confirmação da natureza cíclica da dor. Durante o exame pélvico, é imperativo avaliar o tamanho, formato e mobilidade do útero, bem como o tamanho e hipersensibilidade das estruturas anexiais, incluindo nodularidade ou fibrose dos ligamentos uterossacosos ou do septo retovaginal. A realização de testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT) para gonorreia e clamídias, juntamente com hemograma completo e taxa de sedimentação de eritrócitos (VHS), é fundamental para descartar a possibilidade de endometrite e doença inflamatória pélvica (DIP) subaguda, quando pertinente. Em casos de ausência de resolução dos sintomas com o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), a realização de ultrassonografia pélvica é recomendada. Na ausência de anormalidades identificadas, é possível estabelecer um diagnóstico provisório de dismenorreia primária, dispensando a necessidade de laparoscopia neste estágio.

Por fim, Hoffman, Barbara L. *et al.* (2), em seu livro Ginecologia de Williams afirmam que existe uma relação entre o dispositivo intrauterino (DIU) e alterações menstruais. É pertinente ressaltar que as pacientes que decidem pela utilização do Cu-T 380A devem ser devidamente informadas acerca da possibilidade de experimentarem aumento da dismenorreia e do sangramento menstrual como efeitos associados ao dispositivo. Portanto, é importante que o profissional da saúde oriente a paciente possibilitando uma tomada de decisão consciente em relação à escolha e aceitação do método contraceptivo.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

A dismenorreia, caracterizada por dor menstrual, exige uma abordagem diferencial para descartar possíveis condições subjacentes. Dentre os diagnósticos diferenciais mais relevantes, destacam-se a endometriose, adenomiose, miomas uterinos, doença inflamatória pélvica (DIP) e cistos ovarianos.

A endometriose é uma condição complexa que implica no crescimento de tecido endometrial fora do útero, desencadeando dores menstruais intensas e, muitas vezes, dificuldade diagnóstica devido à diversidade de manifestações. A adenomiose, por sua vez, é caracterizada pela proliferação atípica do tecido endometrial nas paredes musculares do útero, destacando-se pelos sintomas

de dor e pelo aumento do fluxo menstrual, demandando uma abordagem cuidadosa para discernir entre dismenorreia primária e adenomiose. Os miomas uterinos, tumores uterinos benignos, embora frequentemente assintomáticos, podem contribuir para a dor pélvica e intensificar as cólicas menstruais, realçando a complexidade do diagnóstico diferencial. A doença inflamatória pélvica (DIP), além da dor durante o ciclo menstrual, pode manifestar-se com sintomas adicionais, ressaltando a necessidade de avaliação clínica abrangente. Por fim, a presença de cistos ovarianos pode potencialmente agravar a dor menstrual, exigindo uma diferenciação criteriosa, especialmente considerando a variedade de tipos de cistos. Esses são alguns dos principais diagnósticos diferenciais a serem considerados ao abordar a dismenorreia e suas possíveis condições subjacentes (3).

Além disso, existem anomalias uterinas, conhecidas como anomalias millerianas, que podem manifestar-se de forma congênita ou adquirida, constituindo condições que afetam a morfologia do útero. Essas anomalias podem ser associadas a uma variedade de sintomas, sendo comuns as manifestações como anormalidades menstruais, dor pélvica, infertilidade e perda recorrente de gravidez (2). O diagnóstico das anomalias millerianas é geralmente realizado por meio de exames de imagem, como a ultrassonografia transvaginal, ressonância magnética ou histerossalpingografia, permitindo uma avaliação detalhada da morfologia uterina e auxiliando na identificação de qualquer irregularidade congênita ou adquirida.

Aprofundar a avaliação com sistemas de pontuação, como o Questionário de Sintomas Menstruais e a Escala Visual Analógica, é crucial para entender a complexidade dos sintomas e direcionar o diagnóstico. Exames mais invasivos, como ultrassonografia transvaginal e laparoscopia, fornecem uma visão mais detalhada, reforçando a importância de uma abordagem multidisciplinar e da busca por especialistas para garantir um diagnóstico preciso e estratégias de tratamento altamente específicas.

Essa abordagem diferencial é necessária para garantir um tratamento adequado, considerando as especificidades de cada condição e proporcionando o alívio necessário aos sintomas. A busca por cuidados médicos especializados é fundamental para um diagnóstico preciso e estratégias de tratamento personalizadas (3).

EVOLUÇÃO E IMPACTOS

No que se refere a evolução, em seu início, e em caráter primário, geralmente a DP ocorre logo após a menarca, a primeira ocorrência da menstruação, e tende a piorar com o tempo. A dor geralmente se origina na parte inferior do abdômen e pode irradiar para a região lombar, coxas e nádegas. Sintomas adicionais, como náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, dor de cabeça e alterações de humor, também podem estar presentes.

No que tange aos impactos, a dismenorreia primária pode exercer um impacto significativo na qualidade de vida das mulheres afetadas. A gravidade da dor pode impedir as atividades diárias, incluindo trabalho, escola e compromissos sociais.

Dados demonstram que a dismenorreia primária pode levar ao absenteísmo na escola e no trabalho, com taxas de até 66,8%. O estudo também revelou uma associação potencial entre dismenorreia e problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e outros problemas relacionados (11).

Muitas são as consequências associadas a DP, no âmbito físico, que podem induzir dor, desconforto e fadiga. A intensidade da dor pode ser tão intensa que dificulta a execução de tarefas básicas, como deambular ou levantar-se da cama. Já psicologicamente, várias repercussões podem ser incitadas, entre elas, sentimentos de ansiedade, estresse e depressão. Mulheres afetadas por essa condição podem experimentar isolamento e lutar para lidar com as demandas da vida cotidiana.

No âmbito social, pode agir de forma a atrapalhar relacionamentos pessoais. As mulheres afetadas podem se retirar das atividades sociais ou apresentar irritabilidade e flutuações de humor. No mercado de trabalho, frente a um cenário plenamente competitivo e desfavorável para com agravos de saúde refratários, mulheres que sofrem com a DP, podem ser amplamente prejudicadas e seu quadro pode ser erroneamente abordado e interpretado pelos empregados e colegas de trabalho; fruto de uma lacuna existente nas falhas de políticas que fomentem a educação em saúde.

Os esforços de educação e emprego das mulheres afetadas podem ser significativamente afetados pela dismenorreia primária.

Ainda sobre o tópico acima, tal reflexo pode ser percebido também em sua vida escolar, taxas expressivas de absenteísmo, que podem chegar a 66,8% são observadas rotineiramente, tais situações, tem na dor seu principal motivador. Assim sendo, temos um caráter amplamente contribuidor para a diminuição da produtividade, sob este prisma, observa-se também fadiga, distração e dificuldade de concentração como fatores preponderantes na DP (11).

Voltando a atenção à saúde mental, muitas são as manifestações associadas à DP, dados apontam, que uma mulher exposta a DP, tem 2,7 vezes mais risco de desenvolver depressão em comparação com mulheres sem dismenorreia (11). Não obstante ao fato, a ansiedade representa um risco 1,5 vezes maior nestas mulheres, bem como transtornos alimentares, como demonstrado em 2022, 1,2 vezes mais chances destas mulheres de desenvolverem transtornos alimentares e quadros de distorção da autoimagem, com pactos como a anorexia (4).

TRATAMENTO

Conforme revisado, atualmente a prática clínica lança mão comumente dos antiinflamatórios não esteroidais AINE, como forma de controlar a inflamação e a dor associadas a várias condições álgicas que permeiam a dismenorreia primária. Deste modo, temos a inibição da produção de prostaglandinas, os principais mediadores inflamatórios envolvidos na resposta à dor e à inflamação (12).

Por outro lado, abordando a normalização do ciclo e visando diminuição sintomática de todo quadro sindrômico comumente associado a dismenorreia, os anticoncepcionais, especificamente os orais, às vezes são usados para prover controle da via hormonal, corroborando assim para qualidade de vida durante esse período. Assim sendo, os anovulatórios orais contêm em sua composição hormônios sintéticos, como estrogênio e progestina, que podem ajudar a regular o ciclo menstrual e reduzir a gravidade dos sintomas da dismenorreia. Cabe porém ressaltar que o uso de anticoncepcionais no tratamento da dismenorreia pode não estar diretamente relacionado às suas propriedades anti inflamatórias, mas sim aos efeitos hormonais no ciclo menstrual.

A diretriz publicada no Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada em 2017 (13) sobre a dismenorreia primária fornece orientações claras para profissionais de saúde envolvidos

no cuidado de mulheres e adolescentes que sofrem de dor menstrual sem uma causa subjacente identificada. A evidência utilizada inclui ensaios clínicos publicados, estudos populacionais e artigos de revisão do período de janeiro de 2005 a março de 2016. Sete perguntas clínicas foram geradas e revisadas por especialistas, com base nas quais recomendações foram formuladas e avaliadas. Destaca-se a prevalência significativa e o subtratamento comum da dismenorreia primária, ressaltando que a terapia eficaz está amplamente disponível a um custo mínimo, com o potencial de melhorar a qualidade de vida e reduzir o impacto na escola ou no trabalho. As recomendações incluem o uso de anti-inflamatórios não esteroides como tratamento de primeira linha, terapias hormonais, exercício regular e a consideração de terapias complementares, como acupuntura. Além disso, as abordagens cirúrgicas, como videolaparoscopia, podem auxiliar no diagnóstico de dismenorreia secundária nos casos refratários aos tratamentos convencionais.

Trazendo à luz dados epidemiológicos que confrontam múltiplas escolhas, farmacológicas ou não, como manejo no alívio da dor ligada à DP, a utilização do autocuidado é observada em 55% das mulheres pesquisadas. Tais medidas são amparadas tanto por medidas farmacológicas em 48%, quanto por medidas não farmacológicas por 51,8% das mulheres (12). Dentre as opções farmacológicas o uso de analgésicos foi relevante, sendo que o mais utilizado foi o Paracetamol, porém, não foi relatada efetiva melhora do quadro algico por parte das mulheres pesquisadas. Além disso, o uso de contraceptivos orais foi mais utilizado em países de alta renda quando em comparação com países de baixa renda, 22-11%, respectivamente. Em relação às medidas não farmacológicas, o auto cuidado, com uso de repouso e calor, foram as mais utilizadas 11,6 e 8%, respectivamente; seguidos de fitoterápicos e chás, como uso da medicina chinesa e atividade física, em 6,9 e 6,6% das pacientes (12). Por fim, a revisão de *Armour et al.*, apresentou outra informação relevante, que apenas 11% das mulheres recebiam acompanhamento profissional para alívio das dores menstruais. Assim, conclui-se que, por mais que variadas formas de controle e manejo fossem utilizadas, as mais procuradas não ofertavam uma melhora efetiva da queixa principal (12).

Dentre as opções farmacológicas, o ácido mefenâmico e o celecoxib foram comparados em termos de eficácia no alívio da dor e melhoria da qualidade de vida em mulheres com dismenorreia

primária, demonstrando eficácia semelhante entre essas duas drogas (14). Outra opção farmacológica, o tramadol administrado por via intravenosa, mostrou-se superior ao paracetamol intravenoso no alívio da dor aguda da dismenorreia primária, com um perfil de efeitos colaterais equivalentes (15). Entre os analgésicos de venda livre (OTCA, do inglês, over-the-counter analgesic), incluindo naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, aspirina e cetoprofeno, uma meta-análise com 4.383 participantes sugeriu que todos, com exceção da aspirina, são mais eficazes que o placebo, sendo o diclofenaco classificado como o OTCA mais eficaz. No entanto, como o estudo considerou não apenas a eficácia, mas também a segurança dos fármacos, o ibuprofeno foi recomendado como o analgésico de venda livre ideal para a dismenorreia primária, uma vez que o diclofenaco obteve o pior desempenho no que diz respeito à segurança do medicamento (16).

Por fim, para além dos efeitos esperados e obtidos nos mais variados estudos de comprovação de eficácia e aplicabilidade farmacológica e clínica no controle da dor e inflamação na DP, cabe ressaltar porém, que a maioria dos AINEs não são isentos de prescrição (MIP), sendo vedada sua utilização sem prescrição, mas como não tem retenção de receituário obrigatório, tais fármacos são vendidos sem controle sanitário. Assim sendo, reforça-se aqui a necessidade de medidas de educação em saúde, que visem a diminuição da auto medicação, construindo meios de que seja buscado o atendimento médico sempre que necessário, para um controle efetivo da DP e seus sintomas álgicos associados; bem como a diminuição de efeitos adversos relativos ao uso indiscriminado dos AINEs.

Além das opções farmacológicas, diversas intervenções não farmacológicas têm sido investigadas para o tratamento da dismenorreia primária. Um estudo demonstrou que o gengibre reduziu a intensidade da dor, de forma semelhante ao Novafen®, um medicamento composto de ibuprofeno e paracetamol, não havendo diferença estatística entre os grupos. Ambos se mostraram eficazes na redução da dor menstrual em meninas com dismenorreia primária, sugerindo que o tratamento com fitoterápicos naturais e medicamentos não sintéticos pode ser uma abordagem recomendada para esse grupo de pacientes (17). Além disso, a crioterapia foi identificada como eficaz na redução da dor em mulheres com dismenorreia primária, resultando em melhorias nas atividades diárias e na qualidade de vida das pacientes (18).

Intervenções como a bandagem terapêutica elástica e a aplicação de Kinesio Taping demonstraram melhorias significativas na dor, ansiedade e qualidade de vida de mulheres com dismenorreia primária, tanto a curto quanto a longo prazo (19, 20). Ademais, técnicas de eletroterapia, como a aplicação de ondas de choque extracorpóreas nos pontos de acupuntura abdominal, mostraram-se seguras e eficazes na redução da dor menstrual, com efeitos similares observados durante diferentes fases do ciclo menstrual (21). Outras intervenções não farmacológicas, como auriculoterapia, apoio cognitivo-comportamental, termoterapia e exercícios regulares, também foram associadas a reduções na dor menstrual e melhora na qualidade de vida das pacientes (22, 23, 24, 9).

Esses resultados destacam a variedade de opções terapêuticas disponíveis para o tratamento da dismenorreia primária, incluindo abordagens farmacológicas e não farmacológicas. No entanto, é importante que as pacientes sejam avaliadas individualmente para determinar a melhor abordagem de tratamento com base em suas necessidades e preferências, considerando também as evidências disponíveis e as recomendações clínicas.

CONCLUSÃO

Nesta revisão, exploramos a complexidade da dismenorreia primária (DP), uma condição ginecológica prevalente que impacta significativamente a qualidade de vida, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens. A DP, caracterizada pela dor menstrual cíclica sem identificação de patologia associada, apresenta uma fisiopatologia intrincada, envolvendo o eixo neuroendócrino, a produção de prostaglandinas e a resposta inflamatória local.

O diagnóstico da DP exige uma abordagem multidisciplinar, incorporando métodos universais e exames complementares, como ultrassonografia transvaginal, para diferenciar a DP de outras condições ginecológicas. A revisão sublinhou a importância de uma abordagem diferencial na avaliação da dor menstrual, considerando diagnósticos diferenciais como endometriose, miomas uterinos, anomalias millerianas e doença inflamatória pélvica.

Os impactos abrangentes da DP foram evidenciados, desde o ambiente acadêmico até o profissional, social e mental. A relação entre DP e problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade,

ressalta a necessidade de uma abordagem holística no tratamento. Nesse contexto, o tratamento da DP envolve diversas opções, desde medidas farmacológicas até práticas não convencionais.

Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e anticoncepcionais orais são comumente utilizados para controlar os sintomas da DP, visando principalmente a inibição da produção de prostaglandinas e a regulação hormonal. No entanto, a diversidade de abordagens terapêuticas foi destacada, incluindo o autocuidado, práticas culturais e intervenções não farmacológicas. A utilização de métodos como repouso, calor, exercícios físicos e fitoterápicos demonstrou eficácia em aliviar os sintomas.

Embora a pesquisa tenha evidenciado a necessidade de tratamentos personalizados, a realidade é que muitas mulheres enfrentam desafios para encontrar opções adequadas. Além disso, a falta de acompanhamento profissional foi ressaltada, indicando uma lacuna na oferta de cuidados especializados.

Em suma, esta revisão oferece uma visão abrangente da DP, enfatizando a necessidade de diagnóstico preciso e tratamento diversificado. O entendimento aprofundado da fisiopatologia, aliado a abordagens terapêuticas personalizadas, é crucial para enfrentar os desafios associados à DP e promover o bem-estar das pacientes. A busca contínua por avanços na pesquisa e aprimoramento das práticas clínicas são fundamentais para melhorar a qualidade de vida das mulheres afetadas por essa condição.

Referências

1. Berek, Jonathan, S. e Deborah L. Berek. Berek & Novak Tratado de Ginecologia. Disponível em: Minha Biblioteca, (16th edição). Grupo GEN, 2016.
2. Hoffman, Barbara, L. *et al.* Ginecologia de Williams. Disponível em: Minha Biblioteca, (2nd edição). Grupo A, 2014.
3. Rogerio A. Lobo, David M Gershenson. (2017). Comprehensive Gynecology 7th edição . : Elsevier.
4. Unsal A, Ayranci U, Tozun M, Arslan G, Calik E. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. Ups J Med Sci. 2010 May;115(2):138-

45.

5. Subasinghe, A. K., Hapoo, L., Jayasinghe, Y. L., Garland, S. M., & Wark, J. D. (2016). Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. *Australian Family Physician*, 45(11), 829–834.

6. UpToDate. Primary dysmenorrhea in adolescents. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/primary-dysmenorrhea-in-adolescents>. Acesso em 20 de dez 2023.

7. Polat, A., Celik, H., Gurates, B. et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet* 279, 527–532 (2009).

8. Wu L, Zhang J, Tang J, Fang H. The relation between body mass index and primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022 Dec;101(12):1364-1373.

9. Scruth E. Can Exercise Relieve Dysmenorrhea? *Am J Nurs*. 2020 Aug;120(8):21.

10. Andersch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:655.

11. Armour M, Parry K, Manohar N, Holmes K, Ferfolja T, Curry C, MacMillan F, Smith CA. The Prevalence and Academic Impact of Dysmenorrhea in 21,573 Young Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 Aug;28(8):1161-1171.

12. Armour M, Parry K, Al-Dabbas MA, Curry C, Holmes K, MacMillan F, Ferfolja T, Smith CA. Self-care strategies and sources of knowledge on menstruation in 12,526 young women with dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019 Jul 24;14(7):e0220103.

13. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39:585.

14. Basri NI, Abd Ghani NA, Mahdy ZA, Abdul Manaf MR, Mohamed Ismail NA. Celecoxib versus mefenamic acid in the treatment of primary dysmenorrhea. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2020 Apr 17;41(3).

15. Ghamry NK, Ali AS, Shareef MA, AlAmodi AA, Hamza M, Abbas AM, Fadlalmola HA, Alalfy M, Mahmoud AO, Islam Y. Efficacy and

Safety of Intravenous Tramadol versus Intravenous Paracetamol for Relief of Acute Pain of Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Trial. *Gynecol Obstet Invest.* 2020;85(5):388-395.

16. Nie W, Xu P, Hao C, Chen Y, Yin Y, Wang L. Efficacy and safety of over-the-counter analgesics for primary dysmenorrhea: A network meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2020 May;99(19):e19881.

17. Adib Rad H, Basirat Z, Bakouei F, Moghadamnia AA, Khafri S, Farhadi Kotenaei Z, Nikpour M, Kazemi S. Effect of Ginger and Novafen on menstrual pain: A cross-over trial. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018 Dec;57(6):806-809.

18. Silva GD, Canova NAH, Bortoletto P, Wutzke MLS, Dos Santos Soares F, Bertolini GRF. Cryotherapy Produces Pain Relief in Young People with Primary Dysmenorrhea. *Ther Hypothermia Temp Manag.* 2022 Jun;12(2):57-60.

19. Bandara EMIA, Kularathne WNI, Brain K, Weerasekara I. Safety and efficacy of therapeutic taping in primary dysmenorrhea: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2022 May 3;12(1):7146.

20. Toprak Celenay S, Kavalci B, Karakus A, Alkan A. Effects of kinesio tape application on pain, anxiety, and menstrual complaints in women with primary dysmenorrhea: A randomized sham-controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2020 May;39:101148.

21. Xing R, Yang J, Wang R, Wang Y. Extracorporeal shock wave therapy for treating primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore).* 2021 Feb 5;100(5):e23798.

22. Vahedi M, Hasanpoor-Azghady SB, Amiri-Farahani L, Khaki I. Comparison of effect of auriculotherapy and mefenamic acid on the severity and systemic symptoms of primary dysmenorrhea: a randomized clinical trial. *Trials.* 2021 Sep 26;22(1):655.

23. Yilmaz B, Sahin N. The Effects of a Dysmenorrhea Support Program on University Students Who Had Primary Dysmenorrhea: A Randomized Controlled Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020 Jun;33(3):285-290.

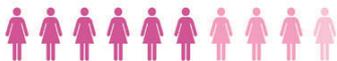
24. Machado AFP, Perracini MR, Rampazo ÉP, Driusso P, Liebano RE. Effects of thermotherapy and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with primary dysmenorrhea: A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Complement Ther Med.* 2019 Dec;47:102188.

Recursos midiáticos - Dismenorreia

CÓLICA MENSTRUAL

Também é conhecida como **dismenorreia primária**. Esta condição é caracterizada por dores menstruais não associadas a doenças ginecológicas!

A prevalência da dismenorreia primária varia entre 60% a 93%.



Cuidado, os sintomas podem se confundir com:

- Endometriose
- Adenomiose
- Doença Inflamatória Pélvica
- Cistos ovarianos
- Mioma uterino

Em caso de...

- DOR SEVERA
- FEBRE
- CICLOS IRREGULARES
- SANGRAMENTO ANORMAL
- DOR PÉLVICA FORA DA MENSTRUÇÃO
- DOR NAS RELAÇÕES SEXUAIS

BUSQUE ATENDIMENTO MÉDICO!



Quais são os SINTOMAS?



Dor em cólica no baixo ventre



Dor nas costas



Dor na face interna das coxas

A dor pode estar acompanhada por:



Enjoo



Dor de cabeça



Diarreia

TRATAMENTOS

Exercício físico



Exercícios tanto de baixa intensidade (alongamento ou ioga) quanto de alta intensidade (dança ou aeróbica) se mostraram eficientes na redução das cólicas!



Calor

Calor local na forma de bolsas térmicas ou toalhas quentes podem fornecer um alívio imediato da dor!



Medicamentos

Fármacos das classes dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e terapias hormonais (como algumas pílulas) se mostraram os mais eficazes no tratamento farmacológico dessa condição!

"O Ministério da Saúde Adverte: Não use medicamentos sem orientação médica. Se os sintomas persistirem, avise o médico"

EXTENSÃO PARA A DISCIPLINA DE PPSM (FAMED/UFRGS), 2024.

Acadêmicos: Arthur Fontoura, Bárbara Motta, Claudio Oliveira Santos, Daniel Rozenquanz, Jefferson Roberto Maciel, Jonathan Pavan

Monitora: Roberta Moschetta
Professora orientadora: Solange Garcia Accetta