

Dismenorreia: desafios aos cuidados de enfermagem especializados

Dysmenorrhea: Challenges to skilled nursing care specialized

Dismenorrea: Desafíos para la atención de enfermería especializada

Sónia Margarida Santos Coelho¹

RESUMO

Enquadramento: Durante a vida de uma mulher, é provável que esta enfrente alguns problemas com a menstruação e saúde ginecológica, neste contexto, surge a dismenorreia que pode ser primária, secundária ou membranosa.

Objectivos: Os principais objetivos pretendem ser adquirir de conhecimentos relativamente à dismenorreia no que se refere ao diagnóstico, prevenção, tratamento e impacto na saúde da mulher; e evidenciar as intervenções exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Metodologia: Utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica

Resultados/Conclusões: Dismenorreia é entendida como uma dor pélvica, cíclica, crónica e com alguma gravidade associada à menstruação. Podem-lhe estar associados outros sintomas como: cefaleias, náuseas e/ou vômitos, problemas digestivos, lipotímias, dor no peito e edema. Esta condição pode causar severas restrições na vida pessoal, familiar e social das mulheres, prejudicando o desempenho das atividades de vida diária. O tratamento da dismenorreia primária passa por analgésicos, anti-inflamatórios e anticoncepcionais hormonais. Na dismenorreia secundária além do controlo da dor, o tratamento passa por tratar a causa. Para avaliar os desafios aos enfermeiros especialistas dentro desta patologia procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica. Dentro das competências do enfermeiro especialista encontra-se o cuidado às mulheres inseridas numa família e comunidade com estas afecções. Em Portugal, estas competências são regulados pelo Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro. O enfermeiro especialista tem um integrador na equipe de saúde e possui um conjunto de competências científicas, técnicas e relacionais, bem como informações privilegiadas para capacitar as mulheres, levando-as a uma decisão informada acerca da terapêutica.

Palavras-Chave: Dismenorreia; Doença pélvica; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

Background: During the life of a woman, it is likely that this face some problems with menstruation and gynecological health in this context arises

¹ Enfermeira no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego (Administração Regional de Saúde do Centro - Portugal); Mestre em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa; Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Doutoranda em Enfermagem no Centro de Investigação Interdisciplinar do Instituto Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa (Porto).

dysmenorrhea which may be primary, secondary or membranous.

Objectives: The main objectives are intended to be acquiring of knowledge of the dysmenorrhea as regarding the diagnosis, prevention, treatment and impact on women's health; and highlight the interventions required to Midwife.

Methodology: It was used a search in to literature.

Results / Conclusions: Dysmenorrhea is understood as pelvic pain, cyclic, chronic and with some severity associated with menstruation. Can you be associated with other symptoms such as headache, nausea and/or vomiting, digestive problems, fainting, chest pain and edema. This condition can

cause severe restrictions on personal, family and social life of women, impairing the performance of activities of daily living. The treatment of primary dysmenorrhoea passes analgesics, anti-inflammatory and hormonal contraceptives. In secondary dysmenorrhea beyond the control of pain, treatment involves treating the cause. To assess the challenges to midwife within this pathology proceeded to a literature search. Within the powers of the midwife is care for women inserted in a family and community with these conditions. In Portugal, these skills are governed by Regulation No 127/2011 of 18 February. The midwife has an integrator in the health team and has a set of scientific, technical and relational as well as inside information to empower women, leading them to an informed decision about treatment.

Key-Words: Dysmenorrhea; Pelvic disease; nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Antecedentes: Durante la vida de una mujer, es probable que esta cara algunos problemas con la menstruación y la salud ginecológica en este contexto surge la dismenorrea que puede ser primaria, secundaria o membranosa.

Objetivos: Los objetivos están destinados a ser la adquisición de conocimientos de la dismenorrea como en relación con el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y el impacto en la salud de las mujeres; y poner de relieve las intervenciones necesarias para matrona.

Metodología: Se utilizó como metodología la búsqueda en la literatura.

Resultados/Conclusiones: La dismenorrea es entendida como dolor pélvico, cíclica, crónica y con cierta severidad asociado a la menstruación. Puede estar asociado a dolor de cabeza, náuseas y/o vómitos, problemas digestivos, desmayos, dolor de pecho y edema. Esta condición puede causar severas restricciones a la vida las mujeres. El tratamiento de la dismenorrea primaria pasa analgésicos, antiinflamatorios y anticonceptivos hormonales. En la dismenorrea secundaria fuera del control del dolor, el tratamiento consiste en tratar la causa. Dentro de las competencias de la matrona es la atención a las mujeres insertadas en una familia y la comunidad con estas condiciones. En Portugal, estas habilidades se rigen por el Reglamento nº 127/2011 de 18 de febrero. El matrona tiene un integrador en el equipo de salud y tiene un conjunto de científicos, técnicos y relacionales, así como información privilegiada para empoderar a las mujeres, lo que lleva a una decisión informada sobre su tratamiento.

Palabras-Clave: Dismenorrea; La enfermedad pélvica; Enfermería; Cuidados de Enfermería.

INTRODUÇÃO

Na vida das mulheres pode ocorrer algum episódio de doença ginecológica benigna. Inserida no grupo de doenças benignas encontram-se patologias com elevada prevalência nas mulheres como: a dor pélvica e a dismenorrea. Muitas mulheres recorrem ao enfermeiro como conselheiro, consultor ou prestador de cuidados, devido a esses problemas (Lowdermilk & Perry, 2008), neste sentido, o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica deve ser detentor de informação rigorosa e atualizada para responder às necessidades das mulheres de forma eficiente. Os principais objetivos deste artigo pretendem ser: adquirir de conhecimentos relativamente à dismenorrea no que se referente ao diagnóstico, prevenção, tratamento e impacto na saúde da mulher; e evidenciar as intervenções exigidas ao enfermeiro especialista. Utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica.

DOR PÉLVICA E DISMENORREIA

Durante a sua vida, uma mulher tem grande probabilidade de enfrentar alguns problemas relacionados com a sua saúde

ginecológica e menstrual, nomeadamente hemorragias ou dor associados aos seus órgãos reprodutivos e suas funções (Lowdermilk & Perry, 2008), neste contexto, surge a dismenorrea, que promove grandes constrangimentos à vida pessoal, familiar e social das mulheres, podendo comprometer o desempenho das suas atividades de vida diárias.

A dor pélvica é um dos sintomas mais duvidosos que se apresenta ao profissional de saúde, tem uma etiologia diversa (Jolin & Rapkin, 2005), constituindo cerca de um terço das queixas em ambulatório de ginecologia (Yamamoto, 2002). A classificação mais aceite pelos autores é a divisão em dor pélvica aguda e crónica (O'Reilly, Bottomley & Rymer, 2008). A dor pélvica aguda apresenta-se como uma dor no baixo-ventre, que pode dever-se a diversas causas. Uma história detalhada, o uso de testes de diagnóstico seletivos e um diagnóstico diferencial bem elaborado são essenciais para o diagnóstico acurado e para um tratamento adequado (Zanagolo & Cullins, 2006). A dor pélvica aguda pode ser de causa ginecológica relacionadas com uma gravidez (aborto, gravidez ectópica, ameaça de aborto; quisto do corpo lúteo), ou não relacionada com uma gravidez (doença inflamatória pélvica, torção de quisto ovárico, hemorragia ou rotura do quisto ovárico); também pode ser de etiologia não ginecológica (apendicite, abcesso apendicular, infeção do trato urinário, cólica renal e gastroenterite). Os enfermeiros possuem conhecimentos teóricos e práticos para desenvolverem adequadamente o exame pélvico, sendo necessária a sensibilização deste grupo profissional para estas intervenções (Gonçalves, Barros, Inagaki & Abud, 2009). A dor pélvica crónica é um quadro comum, no entanto, devido às suas inúmeras possíveis causas, aos sintomas mais diversos que lhe podem estar associados, o tratamento e diagnóstico torna-se difícil. Mesmo que não seja possível encontrar a etiologia da dor pélvica crónica, após seis meses, esta passa a ser encarada como uma doença e não como um sintoma, pelo que, quando não existe diagnóstico específico para que o tratamento seja direcionado, o tratamento passa pelo controlo da dor (Nogueira, Reis & Neto, 2006).

A prevalência da dor pélvica crónica é estimada em 3,8% em mulheres dos 15 aos 75 anos, variando de 14% a 24% em mulheres em idade fértil (Nogueira, Reis & Neto, 2006). A dor pélvica crónica é uma situação complexa que compromete os relacionamentos sociais da mulher e o seu bem-estar físico; pode ser episódica ou contínua, podendo reduzir a produtividade da mulher, restringir a mobilidade, provocar alterações emocionais e do padrão de sono, assim como disfunções sexuais (Nogueira, Reis & Neto, 2006; Barcelos, Conde, Deus & Martinez, 2010).

A dor pélvica crónica contínua consiste numa dor pélvica recorrente, não cíclica presente pelo menos seis meses, não associada exclusivamente à menstruação ou relação sexual (Barcelos, Conde, Deus & Martinez, 2010). São exemplos de dor pélvica crónica contínua: endometriose, adenomiose, inflamação pélvica crónica, congestão pélvica ou síndrome do ovário retido. A dor pélvica crónica episódica é um tipo de

dor recorrente e cíclica, presente pelo menos seis meses, associada a intervalos livres de dor. Nesta subclassificação da dor crônica insere-se a dispareunia, a dor no meio do ciclo menstrual e a dismenorreia (Zanagolo & Cullins, 2006).

A dismenorreia foi já descrita desde a época de Hipócrates, no entanto, seu estudo tem adquirido maior importância nas últimas décadas, devido às consequências sociais e económicas que causa (Diegoli & Diegoli, 2007). Dismenorreia por definição é uma dor crônica pélvica, cíclica e com alguma severidade associada à menstruação (Giraldo, Júnior & Linhares, 2006). Podendo estar associada a cefaleias, náuseas e vômitos, desconfortos digestivos (diarreia ou obstipação), lipotímias, algias mamárias e edema abdominal que pode durar toda a menstruação (Diegoli & Diegoli, 2007; Giraldo, Júnior & Linhares, 2006). Em alguma fase da vida, cerca de 90% das mulheres experimentam este quadro, contudo a grande maioria não procura assistência, uma vez que os sintomas são suportáveis (Reddish, 2006). Cerca de 60% a 80% das mulheres sofrem de dismenorreia (Giraldo, Júnior & Linhares, 2006; Yáñez, Bautista-Roa, Ruiz-Sternberg & Ruiz-Sternberg, 2010), sendo que 8% a 18% destas sofrem desconforto tão intenso a ponto de interromper as atividades habituais. A dismenorreia e a tensão pré-menstrual são as principais responsáveis pela ausência da mulher e/ou adolescente ao trabalho e à escola (Yáñez, Bautista-Roa, Ruiz-Sternberg & Ruiz-Sternberg, 2010).

A dismenorreia pode ser classificada em primária também designada de funcional e secundária. Existindo uma subclassificação de um tipo de dismenorreia rara – dismenorreia membranosa.

DISMENORREIA PRIMÁRIA

A dismenorreia primária refere-se à dor abdominal, associada à menstruação, sem que haja patologia pélvica (Jolin & Rapkin, 2005; Lowdermilk & Perry, 2008). Geralmente, na situação de dismenorreia primária, o início dos sintomas ocorre alguns meses após a menarca, com o início dos ciclos ovulatórios. A dor aparece associada à menstruação podendo iniciar-se um pouco antes ou no primeiro dia da menstruação, durando, frequentemente, 8 a 72 horas. A dismenorreia primária surge normalmente em pacientes jovens, com idade inferior a vinte anos e tem tendência a desaparecer ao longo do tempo. A dispareunia, geralmente está ausente (Zanagolo & Cullins, 2006), mas, em cerca de metade das jovens aparecem sintomas associados tais como: náuseas e vômitos (80%), cefaleias (60%), diarreia (50%) e astenia (45%) (Proctor & Farquhar, 2006; Giraldo, Júnior & Linhares 2008). A dismenorreia parece ser mais comum em mulheres obesas e fumadoras (Lowdermilk & Perry, 2008). O estado civil casada e a paridade parecem ser fatores protetores para a dismenorreia (Passos, Araújo, Ribeiro, Marinho & Fernandes, 2008).

A contratilidade miométrial encontra-se anormalmente aumentada em mulheres com dismenorreia, esta ocorre pela queda de progesterona no final do ciclo ovulatório, provocando vasoconstrição e contração muscular (Giraldo, Júnior

& Linhares, 2008). Relativamente à etiologia, a dismenorreia primária mais severa ocorre devido às contrações miométriais causadas pela prostaglandina F_{2a}, que se origina no endométrio secretor, provocando contração da musculatura uterina, com aumento do tônus uterino e da pressão intramiométrial. Este aumento da pressão comprime o plexo vascular e nervoso uterino provocando dor. Nas primeiras 48 horas do fluxo menstrual, esta prostaglandina é libertada em maior quantidade e entra conjuntamente com os seus metabólitos na circulação sanguínea provocando a sintomatologia associada a dismenorreia como as lombalgias e astenia (Zanagolo & Cullins, 2006; Diegoli & Diegoli, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008). O menor volume uterino nas adolescentes faz com que a concentração de prostaglandinas seja superior, e portanto a sua ação na musculatura lisa mais intensa, tal fato justifica a que a dismenorreia primária seja mais frequente em jovens (Diegoli & Diegoli, 2007).

DISMENORREIA SECUNDÁRIA

A dismenorreia secundária é uma dor menstrual adquirida, geralmente, após os 25 anos de idade associada a patologia pélvica (Lowdermilk & Perry, 2008). As causas da dismenorreia secundária podem ser as mais diversas. Podem ser causas ginecológicas intrauterinas (exemplo: adenomiose, miomas uterinos, carcinoma do endométrio, dispositivo intrauterino, estenose cervical...) ou extrauterina (exemplo: endometriose, doença inflamatória pélvica, aderências, congestão venosa pélvica, carcinoma do ovário...); e ainda causas não ginecológicas (distúrbios psicossomáticos, depressão, infecção do trato urinário, alterações músculo-esqueléticas) (Reddish, 2006).

A dor surge como consequência direta da condição causal. De intensidade variável, a dor pode ocorrer poucos dias antes da menstruação, mas também pode surgir durante a ovulação e continuar durante os primeiros dias da menstruação, ou ainda começar após o início do período menstrual. A dor localiza-se tipicamente no abdómen inferior, podendo irradiar para a zona dorsal ou para a coxa. A mulher descreve uma sensação de edema pélvico (Zanagolo & Cullins, 2006).

As prostaglandinas também se encontram presentes na dismenorreia secundária, mas o fator desencadeante é anatómico, e consequentemente a dor da libertação das prostaglandinas encontra-se associada a outros sintomas da doença base (Diegoli & Diegoli, 2008).

DISMENORREIA MEMBRANOSA

Existe ainda uma subclassificação de dismenorreia rara designada por dismenorreia membranosa. A dismenorreia membranosa para além da dor é possível observar a eliminação por via vaginal de material elástico e membranoso. A dor associada a este subtipo de dismenorreia é decorrente do destacamento e passagem do endométrio inteiro, sem dissolução pelo canal cervical, cuja ocorrência não apresenta explicação consensual. O tratamento para dismenorreia

membranosa pode passar pela utilização de progesterona em doses elevadas para suspender a ovulação, antibioterapia, anti-inflamatórios não esteroides, antiespasmódicos e curetagens. A recorrência a métodos não farmacológicos como acupuntura, termoterapia e estímulos elétricos nervosos transcutâneos podem auxiliar no controlo da dor. A utilização de anticoncepcionais orais, por um lado, pode ser uma alternativa para o tratamento de dismenorreia membranosa, por outro, pode ser fator precipitador de um quadro (Oliveira, Eyng, Zin & Menegassi, 2009).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de dismenorreia pode ser realizado pelo enfermeiro especialista e deve contemplar a anamnese, o exame físico e, se necessário, os exames complementares de diagnóstico. Geralmente, no caso de dismenorreia primária a anamnese e o exame físico são suficientes para o diagnóstico (Zanagolo & Cullins, 2006; Giraldo, Júnior & Linhares, 2008). As características da dor, a ausência de patologia e a sua relação com a resposta ao tratamento são indicadores de diagnóstico deste tipo de patologia. Na dismenorreia primária, a dor é do tipo cólica, localiza-se no baixo-ventre e, raramente, irradia para a zona lombar. O início é cerca de um a dois anos após a menarca e desaparece após os 20 anos. A dor menstrual desencadeia-se poucas horas após a menstruação e pode durar de 24 a 48 horas. Nesta patologia a história anterior é irrelevante, os exames complementares de diagnóstico estão normais. Geralmente, este tipo de dor responde bem os antiespasmolíticos, analgésicos e anti-inflamatórios (Diegoli & Diegoli, 2007; Giraldo, Júnior & Linhares, 2008).

O diagnóstico da dismenorreia secundária exige uma história clínica e um exame físico e pélvico cuidadoso. Geralmente, a dismenorreia secundária tem início após a idade adulta, especialmente após os 25 anos, a presença de dor é variável, podendo variar o início e a intensidade. Dependendo da causa da dismenorreia secundária, pode ser referido como sintomatologia dispareunia e menorragia, infertilidade, retenção urinária, hematúria, diarreia, disúria (Reddish, 2006; Giraldo, Júnior & Linhares, 2008).

O exame físico deverá ser realizado para diferenciar a dismenorreia primária da secundária podendo auxiliar no diagnóstico de tumores uterinos, endometriose ou malformações (Diegoli & Diegoli, 2007). Na dismenorreia secundária é fundamental a história pregressa uma vez que poderá ser indicadora da causa de dismenorreia. O profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista, necessita de conhecer se a mulher esteve exposta a infeções sexualmente transmissíveis, a sua história familiar de carcinomas, cirurgias anteriores ou utilização de dispositivos intrauterinos.

A avaliação laboratorial, no caso deste tipo de dismenorreia, é muito limitativa do diagnóstico, embora possa indiciar alguma patologia passível de ser confirmada com a ajuda de outros exames complementares de diagnóstico. O hemograma pode estar alterado por exemplo em doentes com miomas e adenomiose. A doença inflamatória pode ser iden-

tificada também através da velocidade de sedimentação. A análise bioquímica, a análise de urina e a urocultura podem identificar causas não ginecológicas da dismenorreia secundária. Marcadores hormonais, como por exemplo CA 125 podem ser requeridos quando houver suspeita de endometriose ou tumores do ovário. Outros exames complementares de diagnóstico como: tomografia computadorizada, a ecografia pélvica abdominal ou endovaginal, a ressonância magnética, a laparoscopia ou a histeroscopia são necessários para estabelecer diagnóstico de miomas, quistos ováricos ou de situações que não respondam a tentativas terapêuticas (Zanagolo & Cullins, 2006). A histologia também pode auxiliar na confirmação de diagnósticos, embora esta, só seja possível após a histerectomia.

IMPACTO NA SAÚDE DA MULHER

O fato de uma mulher sofrer de dismenorreia nem sempre é visto com simpatia quer por familiares, empregadores, e mesmo por profissionais de saúde. Muitas doentes não se sentem confiantes para discutir qualquer assunto relacionado com a sua menstruação. Outras, não compreendem as implicações da dismenorreia secundária na saúde da mulher, nomeadamente no impacto na sua fertilidade e propensão para o procedimento cirúrgico invasivo no futuro que o atraso do diagnóstico pode causar (Reddish, 2006).

Para além das preocupações óbvias com as consequências físicas da patologia pélvica, a dismenorreia pode atrapalhar as atividades de vida diárias. A dor é um inconveniente para a mulher durante as férias, atividades sociais ou exames. A dismenorreia é uma das principais causas de abstinência ao trabalho e à escola, para além dos custos que a doença significa na economia familiar e estatal (Reddish, 2006; Diegoli & Diegoli, 2007). Parece existir uma correlação entre a intensidade da dor e a produtividade, relacionada ou não com o trabalho. Estimando que o custo pela perda de produtividade ocasionada pela dismenorreia primária é aproximadamente um mês de trabalho por ano da mulher funcionária (Passos, Araújo, Ribeiro, Marinho & Fernandes, 2008).

A situação de dismenorreia deverá encarada como um fenómeno psicossocial, como tal a saúde mental da mulher deverá ser avaliada, uma vez que a dor crónica pode provocar transtornos do humor, estes distúrbios psiquiátricos podem exacerbar a experiência com dor. A vida sexual e relacional das mulheres com dor crónica provocada por dismenorreia afecta a sua libido e, conseqüentemente, o relacionamento afetivo e sexual com o seu companheiro (Reddish, 2006). Embora a dismenorreia possa ser vista como algo desagradável na saúde da mulher, a sua presença e conseqüente procura de cuidados de saúde poderá ser uma excelente oportunidade, não só, para o diagnóstico e tratamento da situação, mas também, para a promoção da vigilância de saúde. Na situação das jovens, debater situações relativas a contracepção, vivência saudável da sua sexualidade e vigilância de problemas de saúde. A menstruação é muitas vezes considerada uma preocupação ou incómodo, associada a dor, no entanto,

esta deve ser encarada como um sinal de saúde, fertilidade.

Espera-se de uma pessoa com problema de natureza crónica, como da mulher com dismenorrea, trabalhe dentro das suas limitações, enfrente os seus problemas e assuma um papel ativo no processo de reabilitação. Socialmente, não é aceite que a doente com algias crónicas abdique de todas as suas atividades normais, contrariamente ao que ocorre às pessoas com problema de natureza aguda (Yamamoto, 2002).

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A prevenção da dismenorrea passa muito pela diminuição das consequências. A necessidade de informação sobre a temática pode levar as mulheres a recorrer a profissionais de saúde, no entanto outras situações podem ser excelentes oportunidades para um abordagem da saúde da mulher e, consequentemente, das possíveis patologias frequentes. A prática de exercício físico e uma alimentação saudável e equilibrada ajudam na superação da dor. Os conhecimentos que as mulheres possuem acerca do seu corpo e da sua sexualidade, co-ajudados por uma vigilância de saúde apertada podem ser importantes recursos contra as consequências da dismenorrea.

Os tratamentos propostos para a dismenorrea passam pela prescrição de anti-inflamatórios não hormonais, anti-concepcionais orais, ocitocina, vitaminas, agentes tocolíticos, acupuntura e cirurgia. Outra provável forma de tratamento da dismenorrea envolve a prática de atividade física (Quintana, Heinz, Porte & Alfieri, 2010). A eliminação da dor é o objetivo do tratamento da dismenorrea primária, enquanto o tratamento da dismenorrea secundária deve-se dirigir para o tratamento da patologia subsequente, embora algumas atitudes de alívio de dor da dismenorrea primária se apliquem de forma útil em mulheres com dismenorrea secundária (Lowdermilk & Perry, 2008).

TERAPÊUTICAS MEDICAMENTOSAS

A prescrição de anti-inflamatórios não esteroides para o tratamento da dismenorrea primária tem sido largamente difundida. Estes fármacos atuam inibindo a síntese e ação das prostaglandinas, reduzindo não só a dor mas também os sintomas associados pois para além da sua ação analgésica, têm ação anti-inflamatória, antipirética, e como antiagregantes plaquetares. A escolha do anti-inflamatório deverá relacionar a maior eficácia com menor incidência de efeitos colaterais (Diegoli & Diegoli, 2007). Menos difundidos, mas também utilizados no tratamento da dismenorrea encontram-se os inibidores específicos de COX 2. Embora sejam menos agressores da mucosa gástrica, aliviam a sintomatologia dolorosa e a intensidade do sangramento têm efeitos cardiovasculares indesejáveis (Giraldo, Júnior & Linhares, 2008). A prescrição de analgésicos, tais como paracetamol ou ácido acetilsalicílico, pode ser realizada especialmente quando outros fármacos estão contra-indicados, uma vez que apenas atuam na

dor sem efeitos anti-inflamatórios (Proctor & Farquhar, 2006).

Os contraceptivos hormonais atuam ao nível do endométrio reduzindo a produção de prostaglandinas. São uma opção de eleição para mulheres que, para além do alívio da dismenorrea, pretendam a contraceção (Diegoli & Diegoli, 2007). Os contraceptivos hormonais podem passar pela associação de progesterona e estrogénios, como os contraceptivos orais, ou pelos contraceptivos apenas progestativos como as injeções trimestrais, implante contraceptivo ou dispositivo intrauterino sem cobre. A utilização do dispositivo intra-uterino que provoca a atrofia do endométrio demonstrou benefícios na dismenorrea secundária associada a endometriose após um ano (Reddish, 2006), no que concerne à dismenorrea primária, 50% das mulheres que se tornam amenorreicas após 12 meses relatam melhoria (Proctor & Farquhar, 2006).

Devido à dimensão psicológica da dismenorrea o uso de antidepressivos pode ser necessário, não para tratamento da dor mas para tratar as alterações de humor consequência da dismenorrea, principalmente, a secundária (Diegoli & Diegoli, 2007). Os bloqueadores do canal de cálcio, embora a sua utilização terapêutica não seja o tratamento dor na dismenorrea, podem reduzir a atividade muscular no miométrio, uma vez que, controlam a concentração citoplasmática de cálcio livre reduzindo a contratilidade uterina. Mas, o benefício deve ser ponderado pois esta medicação provoca muitos efeitos colaterais (Proctor & Farquhar, 2006; Diegoli & Diegoli, 2007). Tal como os bloqueadores dos canais de cálcio, fármacos antiespasmódicos e os parassimpaticólíticos para relaxam a musculatura livre, e portanto foram as primeiras medicações a serem utilizadas no tratamento de dismenorrea (Diegoli & Diegoli, 2007).

TERAPÊUTICAS NÃO MEDICAMENTOSAS

Sabe-se que a termoterapia e a crioterapia são recursos antigos, naturais, de fácil acesso à população, baixo custo e não têm efeitos adversos prejudiciais à saúde da mulher (Costa & Braz, 2005). Sabe-se que tanto o calor como o frio podem diminuir o espasmo muscular, reduzindo a espasticidade. Parece que a termoterapia resulta em maior alívio da dismenorrea primária comparativamente à crioterapia (Costa & Braz, 2005), resultados contrários foram encontrados (Araújo, Leitão & Ventura, 2010). Sabendo-se das vantagens da termoterapia e crioterapia o importante é optar pela alternativa que melhor resultado terapêutico ofereça à mulher.

A prática de exercício física promove a irrigação sanguínea a nível pélvico e estimula a produção de endorfinas, que atuam como analgésicos não específicos (Proctor & Farquhar, 2006). A atividade física interfere favoravelmente na percepção da dor, podendo ser uma opção não farmacológica no tratamento para os casos de dismenorrea primária (Quintana, Heinz, Portes & Alfieri, 2010).

A histerectomia somente deverá ser utilizada para tratar a causa da dismenorrea secundária quando todas as outras

opções de tratamento se esgotaram. No entanto, para o tratamento de dor extrema na dismenorreia secundária, pode ter que realizar-se a ablação do nervo uterino do ligamento útero-sagrado e incisão no infundíbulo pélvico e do nervo simpático pré-sacral (Diegoli & Diegoli, 2007).

A massagem do tecido conjuntivo lombar no período intermenstrual pode causar uma redução da dor, na dismenorreia primária (Reis, Hardy & Sousa, 2010). A acupuntura tem demonstrado eficácia no tratamento da dismenorreia (Proctor & Farquhar, 2006).

A Estimulação Elétrica Transcutânea pode ser uma alternativa que consiste na estimulação, através da pele, das fibras pré-ganglionares com impulsos elétricos com o objetivo de bloquear os impulsos dolorosos, libertando endorfinas (Diegoli & Diegoli, 2007; Giraldo, Júnior & Linhares, 2008; Beltrán, Matheu & Ramos, 2011).

DESAFIOS A CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS

Regulamentadas em Portugal pelo Regulamento nº 127/2011 de 18 de Fevereiro, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica compreendem no seu artigo 4º, diz que o enfermeiro especialista "a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; (...) f) Cuida da mulher e inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica," como tal é obrigação legal, "Promover a saúde ginecológica da mulher", para tal deve orientar e informar a mulher sobre saúde ginecológica e sobre os recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida. Assim, os enfermeiros especialistas devem ter os conhecimentos e habilidades requeridas das ciências sociais, saúde pública e ética que constituem a base do cuidado de alta qualidade, culturalmente apropriado para as mulheres, recém-nascido e famílias, no período reprodutivo, trabalhando na comunidade e usando estratégias de promoção de saúde e de prevenção de doença, ajudando as mulheres e a fazerem escolhas informadas sobre sua saúde. As componentes mais importantes dos cuidados de enfermagem são a informação e o suporte. Os enfermeiros especialistas em obstetrícia são dotados de conhecimentos técnico e científicos capazes de orientar as mulheres na promoção do auto-cuidado e atuando de forma eficiente na doença, no âmbito das suas competências, assim devem intervir na desmistificação de mitos e informações incorretas acerca da menstruação e dismenorreia.

As intervenções autónomas de enfermagem permitem a prescrição de atitudes terapêuticas para o alívio da dismenorreia, de acordo com a preferência da mulher (Lowdermill & Perry, 2008). O enfermeiro especialista em obstetrícia tem, no âmbito da ginecologia, como "intervenção autónoma na assistência à mulher, inserida na família e comunidade, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde, prevenir complicações e promover a

readaptação"(Coto & Leite, 2007, p 41).

O enfermeiro especialista tem um papel integrador e primordial na equipa de saúde. Este profissional de saúde é possuidor de um conjunto de competências científicas, técnicas e relacionais assim como possui uma posição privilegiada para o *empowerment* das mulheres, orientando-a para uma decisão capacitada da sua terapêutica.

Deve o enfermeiro especialista informar e orientar a mulher em tratamento de patologia ginecológica, neste sentido, o aconselhamento da melhor terapêutica que se adapte à mulher. O encaminhamento para um profissional mais qualificado dentro da equipa de saúde em situações que se distanciem do seu âmbito de intervenção deve ser uma atitude coerente, no entanto, o aconselhamento na terapêutica e a cooperação com outros profissionais para o diagnóstico são consideradas intervenções interdependentes, isto é, diagnosticar e monitorizar afeções do aparelho genitourinário, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

O aconselhamento nutricional pelo enfermeiro especialista poderá ser uma terapêutica importante a considerar, nomeadamente no aconselhamento para a diminuição do consumo de sal e açúcar, e o aumento do consumo de diuréticos naturais como espargos, pêssegos, salsa ou melancia.

Acreditando na dimensão bio-psico-social e espiritual deverá ser intervenção do enfermeiro a implementação de medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em tratamento com dismenorreia.

CONCLUSÃO

A dismenorreia é considerada um tipo de dor crónica pélvica, cíclica e com alguma severidade associada à menstruação, que pode estar associada a sintomas gastrointestinais, mal-estar físicos, cefaleias. A dismenorreia pode ser classificada em primária ou secundária, a última obriga à presença de patologia pélvica. A elevada prevalência da dismenorreia e a severidade das suas consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas obriga à intervenção de enfermagem especializada.

O enfermeiro especialista desfruta um papel integrador e primordial na equipa de saúde de saúde, é possuidor de competências científicas, técnicas e relacionais altamente desenvolvidas, e portanto, possui uma posição privilegiada para o *empowerment* da mulher de forma que possa decidir de forma consciente acerca dos tratamentos da sua doença, da vigilância da sua saúde e pela adoção de comportamentos saudáveis. O enfermeiro especialista tem intervenções autónomas para assistir a mulher com dor pélvica e dismenorreia, no sentido de potenciar a sua saúde, prevenir complicações e promover a sua readaptação.

Partindo da pesquisa bibliográfica realizada, acredita-se que um problema tão limitador e complexo como a dismenorreia merece investimento a nível de investigação pelos enfermeiros especialistas de forma a determinar taxas de prevalência e consequências da doença.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, I.M., Leitão, T.C., & Ventura, P.L. (2010). Estudo comparativo da eficiência do calor e frio no tratamento da dismenorreia primária. *Revista Dor*. Vol. 11, nº 3, p. 218-221.
- Barcelos P.R., Conde D.M., Deus J.M., & Martinez E.Z. (2010). Qualidade de vida de mulheres com dor pélvica crônica: um estudo de corte transversal analítico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 32, nº5 p. 247-253
- Costa, T., & Braz, M.M. (2005). Termoterapia e crioterapia na dismenorreia primária: relato de mulheres. *Revista de Saúde e Ambiente/ Health and Environment Journal*. Vol. 6, Nº2, p. 57-63.
- Côto, R., & Leite, L. (2007). Perfil de Competências do EESMO – O percurso realizado. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº 26, p. 40-44. Diegoli, M.S.C., & Diegoli C. A. (2007). Dismenorréia. *Revista Brasileira de Medicina*. Vol. 64, nº 3, p. 81-87.
- Giraldó, P.C., Júnior, J.E., & Linhares, I.M. (2008). Como Diagnosticar e Tratar Dismenorréia. *Revista Brasileira de Medicina*. Vol. 65, nº 6, p. 164-168.
- Jolin, J.A., & Rapkin, A. (2005). Dor Pélvica e Dismenorréia. In Jonathan S. Berek, *Novak Tratado de Ginecologia*. (p. 392 -421). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lowdermilk, D.L., & Perry, S. E. (2008) *Enfermagem na Maternidade*. (1043 p.). 7ª ed. Loures: Lusociência.
- Nogueira, A.A., Reis, F.J., & Neto, O.B.P. (2006). Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 28, nº 12, p. 733-740.
- Oliveira P.P., Eyng C., Zin R.M.A., & Menegassi J. (2009). Dismenorreia Membranosa: Uma Doença Esquecida. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol. 31, nº 6 p. 305-310.
- O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2008). *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia* (293 p.). Loures: Lusodidacta,
- Quintana L.M., Heinz L.N., Portes L.A., & Alfieri F.M. (2010). Influência do Nível de Atividade Física na Dismenorréia. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 15, nº 2, p. 101-104.
- Yamamoto, S. T. (2002). Algia Pélvica. In Corintio Mariani Neto & Valdir Tadini, *Obstetrícia e Ginecologia – Manual para o Residente* (p. 626 -629). São Paulo: Roca.
- Passos R.B.F., Araújo D.V., Ribeiro C.P., Marinho T., & Fernandes C.E. (2008). Prevalência de dismenorréia primária e seu impacto sobre a produtividade em mulheres brasileiras: estudo DISAB. *Revista Brasileira de Medicina*. Vol. 65, nº 8, p. 250-253.
- Proctor, M., & Farquhar C.. (2006) Diagnosis and management of dysmenorrhoea. *British Medical Journal*. Vol. 332, nº 13, p.1134 - 1138.
- Reddish, S. (2006). Dysmenorrhoea. *Australian Family Physician*. Vol.35, nº 11, p. 842-849.
- Reis, C.A.A.S., Hardy, E., & Sousa, M.H. (2010). The effectiveness of connective tissue massage in the treatment of primary dysmenorrhoea among young women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Vol. 10, nº 2, p. 247-256.
- Regulamento nº 127/2011. *D.R. 2ª Série*. 35 (18-02-2011) 8662-8666.
- Zanagnolo, V., & Cullins, V. (2006). Dor pélvica aguda e crônica. In Nicholas C. Lambrou, Abraham N. Morse, & Edward E. Wallach, *Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins* (p. 208-222). Porto Alegre: Artmed.