

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### Síndrome Pré-Menstrual (SPM)

##### 3.1. Conceituação

Neste início de século, a SPM é considerada por muitos especialistas como uma das queixas mais comuns entre as mulheres, independente da faixa etária.

É denominado síndrome um conjunto de sinais e sintomas e na SPM são relatados mais de 150 desses sinais e sintomas manifestados numa fase do ciclo menstrual da mulher.

Inicialmente, a chamada Tensão Pré-Menstrual (TPM) foi identificada como uma entidade clínica, quando, em 1931, Robert T. Frank<sup>4</sup>, no encontro de Neurologia e Psiquiatria da Academia de Medicina de *New York*, descreveu-a como um estado de “irritabilidade e sentimento de desassossego, mal-estar, de indescritível tensão” que se apresentava por sete a dez dias antes da menstruação, sendo representada, também, por cansaço e sensação de “estar como os nervos à flor da pele”. Segundo este autor, algumas mulheres referiam sofrimento pessoal intenso que se manifestava com ações negligentes e, algumas vezes, repreensíveis. Referia ainda que as mesmas não apenas percebiam seu próprio sofrimento, como também ficavam com a consciência pesada em relação a seus familiares.<sup>2,47</sup>

---

Somente em 1952, surgem com Williams EY e Weeks LR<sup>38</sup> as primeiras referências acerca da presença de TPM em adolescentes. Esses autores afirmavam em seus trabalhos, que alguns casos podiam ser confundidos com rebeldia ou com as características psico-emocionais próprias dessa idade, hoje reunidas na chamada Síndrome da Adolescência Normal (SAN).<sup>41</sup>

Williams EY e Weeks LR<sup>38</sup> verificaram que os sintomas emocionais e a dificuldade de concentração eram os mais comuns nesta faixa etária. Ocorrendo também dor no peito, dor de cabeça e preferência por determinados alimentos, queixas essas semelhantes àquelas apresentadas pelas mulheres com mais idade.

Em artigo publicado no *British Medical Journal*, em 1953, Greene R. e Dalton K.<sup>5</sup> sugerem a alteração do nome para Síndrome Pré-Menstrual justificando que a tensão era apenas um dos sintomas desta síndrome.<sup>13</sup>

O *National Institute of Child Health and Human Development*, foi o responsável pela definição oficial, considerando que “síndrome pré-menstrual é o nome dado ao grupo de mudanças físicas e comportamentais, que podem afetar algumas mulheres num período de mais ou menos uma semana antes da menstruação”.<sup>2</sup>

“Por motivos inexplicáveis, tais mulheres sofrem, durante esse período, de angústia e tensão, que vão desde patamares leves até aqueles considerados severos. Podem experimentar inchaço abdominal, fadiga, irritabilidade ou mau-humor. Frequentemente podem fazer e dizer coisas que afastam a família e os amigos. Podem ainda desenvolver auto-imagens

---

negativas, durante as tentativas que fazem para lutar contra sintomas sérios”.<sup>2</sup>

Maudsley H. (1873)<sup>6</sup> relata a conexão entre a função ovariana e o organismo feminino, assinalando modificações não só do corpo como do espírito na puberdade também depois dela, sendo o ciclo ovariano capaz de causar graves alterações físicas e psíquicas na mulher.

Segundo estudos realizados pelo *Pré-Menstrual Syndrome Program, Inc.*, de *Lynnfield, Massachusetts*, “as mulheres tornavam-se inúteis, não abençoadas, devido a este ciclo de sangue”. Algumas sociedades colocavam um distanciamento seguro, tanto para as mulheres no pré-mênstruo como para as menstruadas, no sentido de proteger o grupo das explosões temperamentais associadas a esse período e a colheita de eventuais prejuízos.<sup>2</sup>

Aparentemente, algumas culturas acreditavam que havia um veneno ou “menotoxina” no sangue menstrual, a mesma menotoxina que se sabe, hoje, ser alteração das prostaglandinas. Tal hipótese era decorrente das mudanças drásticas nas funções orgânicas, nas atitudes e comportamentos que algumas mulheres apresentavam a cada mês, antes do fluxo menstrual. Tão logo o fluxo começasse ou poucos dias após o mesmo, o comportamento da mulher retornava ao estado normal.<sup>48</sup>

O processo da menstruação, principalmente no século XIX, deu origem a algumas noções que poderiam ser consideradas hoje, no mínimo, estranhas, quando a menstruação era também referida como a responsável pelo conceito de que as mulheres eram inferiores, pois não conseguiam

---

controlar seus corpos, ou seja, sofriam de tensão emocional, decorrente desse sangramento. Justifica-se assim, o fato da síndrome pré-menstrual ter sido denominada originalmente de Tensão Pré-Menstrual, decorrente das alterações físicas e mentais que freqüentemente afligiam as mulheres nos seus ciclos.<sup>2,49</sup>

Também no final do século XIX, a denominada *vague ovarienne* era entendida como responsável pela TPM por ser capaz de produzir modificações durante o ciclo menstrual, em especial a partir da época da ovulação. As mudanças no humor e no corpo feminino foram durante longo tempo percebidas e às vezes respeitadas: era o *molimen* menstrual, termo latino usado, em física, para designar a força impulsiva de um corpo em movimento e, em fisiologia, para assinalar o conjunto de esforços que um organismo desenvolve para realizar uma determinada função.<sup>50</sup>

No decorrer do tempo, através dos estudos realizados, foram identificados diversos fatores que contribuem na manifestação da SPM. Moss RH., em 1968,<sup>51</sup> desenvolveu como método um questionário para avaliação da SPM, inicialmente com 47 sintomas listados.

Em um estudo publicado no *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, acerca da SPM, Moss RH. (1969)<sup>52</sup> relacionou 150 sintomas diferentes. Aqueles citados com maior freqüência foram: irritabilidade (às vezes extrema), depressão, ansiedade, inchaço e dor nas mamas, dor de cabeça, aumento abdominal, dificuldade de concentração e de coordenação, preferência por determinados alimentos, fadiga, aumento de peso e alteração na libido.

---

Pesquisa do *American College of Obstetricians and Gynecologists*, mostra que cerca de 12% de todas as mulheres em idade menstrual sofrem de sintomas desconfortáveis num grau suficiente para procurarem atendimento médico, deixando de ir à escola, ao trabalho, ou de algum modo, interrompendo suas rotinas diárias.<sup>2,49</sup>

Ainda de acordo com o mesmo trabalho, dentre os sintomas referidos encontram-se “a tensão nervosa, a irritabilidade, a fadiga, as mudanças de humor, confusão mental, inchaço generalizado, aumento de peso devido a retenção de água nos tecidos, sensibilidade das mamas, dores no baixo ventre, dores lombares e dores de cabeça latejantes”.<sup>2</sup> Explica também que, “as causas precisas não são conhecidas, mas uma vez que os sintomas ocorrem com tal regularidade em algumas mulheres, as causas parecem estar relacionadas ao ciclo hormonal”.<sup>49</sup>

### **3.2. Etiologia**

Independente do fato de ter sido ou não determinada a etiologia da SPM, pode-se considerar que a SPM é real e não imaginária. Algum evento fisiológico, psíquico e/ou comportamental se manifesta em certas mulheres, entre o período da ovulação e o início do fluxo menstrual, denominada fase luteal.<sup>53,54,55</sup>

Cabe referir que, apesar de já terem se passados mais de 70 anos desde a descrição da SPM por Frank RT.,<sup>4</sup> ainda não há consenso a respeito desta entidade nosológica. Isto se deve principalmente à

---

impossibilidade de correlacionar um único agente causal como sendo o responsável pela vasta gama de sintomas. Ou ainda, como afirmou Abraham GE. (1983),<sup>56</sup> a SPM seria um conjunto de patologias distintas, agrupadas na mesma sinonímia, que apresentam em comum o fato de ocorrerem no período pré-menstrual.

Fatos e conhecimentos novos levam alguns estudiosos pensarem seriamente na questão da ciclicidade feminina. Alguns se atem às questões hormonais, enquanto outros procuram um modelo baseado no estado mental e nas influências que a bioquímica exerce sobre a psique.

A presença ou não do fluxo menstrual e dos fatores orgânicos ligados ao próprio útero que foram estudados, demonstram que a histerectomia reduz em 50% os sintomas psicológicos e físicos, porém não elimina a síndrome pré-menstrual.<sup>57,58</sup>

Ambiente familiar ou vida urbana estressante comparada com ambiente rural e atividade doméstica menos agitada modificam a prevalência da SPM.<sup>59,60</sup>

A instabilidade peculiar da adolescência, a elevação dos ciclos estrogênicos, a influência familiar, o estresse psicossocial da competição escolar e da pressão do grupo parecem ser fatores decisivos para o aparecimento da SPM.

Embora várias hipóteses tenham sido levantadas, tais como: alterações nos estrogênios, progestogênios, androgênios, prolactina, mineralocorticóides, hormônio tireodiano, insulina, neurotransmissores, prostaglandinas, níveis de piridoxina,<sup>61,62,63,64</sup> magnésio<sup>65</sup> e vitamina A,<sup>66</sup>

nenhuma anormalidade neuroendócrina ou bioquímica encontrada é patognomônica da SPM.<sup>67</sup>

Severino e Moline (1995)<sup>68</sup> referem que a mulher nasce com uma predisposição genética, que irá interagir como os diferentes sistemas biológicos e ambientais desencadeando a síndrome.

Estudos acerca da SPM têm demonstrado que, para que ela ocorra, é necessário que haja a interação de alguns fatores, tais como: hereditariedade, sistema serotoninérgico, variações hormonais, alterações no SNC, condição psico-emocional e componentes sócio-culturais.<sup>69</sup>

Esses fatores quando associados apresentam indiscutível relação com a presença da SPM, e conseqüentemente com o seu grau de intensidade.

### 3.3. Diagnóstico

“Não há ainda métodos de laboratórios seguros para a diagnose dessa condição”, afirma estudo da *Harvard Medical School*,<sup>2</sup> cabendo à mulher observar, determinar os seus sintomas e verificar se os mesmos estão relacionados ao ciclo menstrual e se ocorrem regularmente, exatamente antes da menstruação.<sup>2,55</sup>

É importante lembrar que são observados na SPM alguns comportamentos que também são próprios da adolescência, tais como: alterações do humor e de ânimo, o refúgio introspectivo, uma necessidade maior de períodos de sono, inclusive atuando como mecanismo de defesa.

---

Cabe salientar que a SPM pode se diferenciar da Síndrome da Adolescência Normal (SAN) pelo momento em que os sintomas se manifestam, isto é, quando começam, quanto tempo permanecem ou desaparecem. Para que possa haver precisão nessa diferenciação é necessário um grau de atenção especial por parte do profissional.<sup>13</sup>

Quando faz parte do quadro da SPM, um determinado comportamento pode tornar-se mais exacerbado, uma certa conduta acentua-se mais, mas assim que o fluxo menstrual se apresenta, esse comportamento ou essa conduta, até então quase incontroláveis, diminuem significativamente sem qualquer explicação ou simplesmente desaparecem, podendo reaparecer posteriormente com menor intensidade ou não mais se manifestar.<sup>70</sup> Quando certos comportamentos forem uma manifestação própria da SAN, sua presença ou sua ausência independem do ciclo menstrual: o comportamento tornar-se-á manifesto pela necessidade inerente ao processo de adolecer.

A portadora de SPM vivencia, a cada mês, modificações em seu comportamento e em suas emoções,<sup>71</sup> que transferidas para o seu cotidiano podem favorecer o aparecimento de dificuldades tanto nos relacionamentos como nas produções de trabalho, de estudo e até mesmo de lazer.

Mais de 150 sintomas já foram atribuídos a SPM, embora nenhum deles seja patognomônico.<sup>72</sup> Eles podem se manifestar em qualquer época da vida da mulher, desde a menarca até a menopausa.<sup>9</sup>

Em 1990, Watson NR e Studd JW<sup>73</sup> dividiram os sintomas em 3 grupos:



1- Psíquicos = tensão, irritabilidade, depressão, ansiedade, labilidade emocional, agressividade, choro fácil, confusão, perda da concentração, falta de iniciativa, esquecimento, etc.

2- Somáticos = dores ou edema (nas mamas, abdômen, membros inferiores), náuseas, taquicardia, calores, tontura, fadiga, cefaléia, etc.

3- Comportamentais = falta de iniciativa, compulsão por doces, aumento do apetite, absenteísmo, vontade de isolar-se, etc.

A caracterização da SPM pode ser feita apenas pela flutuação dos sintomas no decorrer do ciclo menstrual.<sup>72</sup> Para tanto, foram criadas tabelas e gráficos visando a confirmação do diagnóstico; intensidade e características dos sintomas; e a comparação da eficácia dos diferentes tratamentos propostos.

Com esta finalidade, vários gráficos foram propostos, alguns com anotações prospectivas e outros com dados retrospectivos.

O *menstrual distress questionnaire* (MDQ), conhecido como gráfico de Moss RH.<sup>51</sup>, consiste em uma lista com 47 sintomas classificados de zero a seis, conforme a intensidade dos mesmos, sendo que o zero indica ausência de sintomatologia e seis a mais intensa.<sup>51</sup>

Abraham GE. (1983)<sup>56</sup> modificou o questionário de Moss RH.<sup>51</sup>, reduzindo de 47 para 22 sintomas e os classificou de zero a três, segundo a intensidade. Esse autor determinou que zero continuaria representando ausência de sintomas; um seria aquele sintoma leve e sem repercussão nas atividades; dois o moderado, isto é, quando interferia nas tarefas, porém,

---

sem ser incapacitante; três o sintoma intenso, significando prejuízo substancial no desempenho de suas realizações.

Outros gráficos foram propostos com o mesmo objetivo, tais como o de Halbreich U. et al. (1982),<sup>74</sup> denominado *PAF – Premenstrual Assessment Form*, composto por 95 itens; ou o de Magos AL., Studd JW. (1986),<sup>75</sup> também chamado de *PMT- Cator*, que consiste na anotação diária dos cinco piores sintomas durante seis semanas, com pontuação de zero a três.

Para que se possa obter o diagnóstico correto da SPM, faz-se necessário acompanhar a paciente e avaliar seus sintomas por três ciclos consecutivos. Para tanto, a mesma deve apresentar no mínimo cinco sintomas, sendo um deles obrigatoriamente emocional.<sup>51</sup>

De acordo com Johnson (1992),<sup>7</sup> o diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente entre:

- 1- SPM isolada e a SPM associada com outras desordens.
- 2- SPM e outras desordens com exacerbação clínica.
- 3- Outras desordens não clínicas.
- 4- Sintomas freqüentes da fase menstrual.
- 5- Desordens semelhantes à SPM desencadeadas pelos anticoncepcionais orais.

A depressão, enquanto quadro psiquiátrico, pode ser facilmente confundido com SPM, por apresentar muitos sintomas semelhantes, tais como: choro fácil, diminuição da auto-estima, falta de iniciativa, sentimentos de desesperança e isolamento.<sup>77</sup>

---

Da mesma forma, a ansiedade que também apresenta sintomas similares aos da SPM e é uma desordem psiquiátrica, necessitando de avaliação cuidadosa a fim de que possam ser diferenciadas.<sup>78</sup>

Estudos mostram que somente quatro por cento das mulheres americanas estavam livres dos sintomas pré-menstruais. Aponta também que aproximadamente 20% delas sofrem de SPM na sua forma mais intensa. No entanto, deixa claro que o Distúrbio Disfórico Pré-Menstrual (DDPM) é muito menos comum, acometendo em torno de três por cento das mulheres em idade fértil.<sup>79</sup>

Os critérios adotados para o diagnóstico diferencial da SPM do DDPM são aqueles descritos no DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.<sup>80</sup>

Na maioria dos ciclos menstruais, durante o último ano, no mínimo cinco dos seguintes sintomas (os quais interferem acentuadamente com o funcionamento) estavam presentes pela maior parte do tempo durante a última semana da fase lútea, começando a remitir dentro de poucos dias após o início da fase folicular e estão ausentes na semana após a menstruação, com no mínimo um dos sintomas sendo ou (1) , (2), (3) ou (4) :

1. humor acentuadamente deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos de auto- depreciação

2. ansiedade marcante, tensão, sensação de estar com “tensão nervosa” ou “no limite”
3. labilidade afetiva marcante (ex.: sentimento de tristeza, vontade de chorar ou sensibilidade aumentada à rejeição)
4. raiva ou irritabilidade marcantes ou conflitos interpessoais aumentados
5. interesse diminuído nas atividades usuais (trabalho, escola, amigos, passatempos favoritos...)
6. sensação subjetiva de dificuldade de concentração
7. letargia, fadiga fácil, falta de energia marcante
8. mudança acentuada no apetite, aumento na ingestão ou desejo por alimentos específicos
9. hipersonia ou insônia
10. sensação subjetiva de se sentir oprimida ou fora de controle
11. outros sintomas físicos, como inchaço ou dor nas mamas, cefaléias, dor muscular ou nas articulações, sensação de estar inchada, ganho de peso.
  - O transtorno interfere acentuadamente com o trabalho ou escola ou com situações usuais e

---

relações com os outros (ex.: afastamento das atividades sociais, diminuição de produtividade e eficiência em casa, no trabalho ou escola)

- O transtorno não é a exacerbação dos sintomas de outro transtorno, tais como transtorno depressivo maior, pânico ou transtorno de personalidade.
- Os critérios dos itens anteriores devem ser confirmados pela avaliação diária durante no mínimo dois ciclos sintomáticos consecutivos.

Na grande maioria dos casos, para a confirmação do diagnóstico de SPM, torna-se imprescindível anotar diariamente os sintomas, por um período de tempo determinado e sempre com acompanhamento especializado.

Quando os sintomas persistem ou se exacerbam, independente da fase do ciclo menstrual, a probabilidade de que seja SPM é praticamente nula. A linha que delimita a SAN e a SPM não impossibilita sua comprovação, bem como não impede que o diagnóstico diferencial seja realizado de forma correta.

Muitas vezes os sintomas podem se confundir ou se sobrepor, necessitando de uma observação criteriosa e cuidadosa.<sup>9</sup>

Nos trabalhos avaliados verificou-se a utilização de diferentes critérios para o levantamento dos sintomas a serem pesquisados, porém aquele preconizado por Moss RH. (1968)<sup>51</sup> tem sido o de uso mais freqüente, sendo também adotado no presente estudo.<sup>81</sup>

Os estudos demonstram que as adolescentes estão em processo de (re) conhecimento, fato que pode dificultar o diagnóstico preciso de quando estão apresentando um quadro de SPM ou evidenciando características da SAN.

Trabalhos referem como sendo importante para o acompanhamento de adolescentes com SPM, a correção dos fatores causais ambientais.<sup>82,83</sup> Um interrogatório preciso e cuidadoso sobre problemas e preocupações pessoais, bem como uma explicação razoável da situação para a paciente, e se necessário para algum familiar, que tenha convivência diária próxima, pode ter melhor efeito do que uma droga farmacológica.<sup>21,84</sup>

A SPM na adolescência indica a necessidade de uma abordagem individualizada, lembrando que aspectos biológicos, psico-emocionais, sociais, culturais e comportamentais, estarão presentes como numa grande teia em que todos os pontos são interligados.