



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

**CORRELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO DISFÓRICO
PRÉ-MENSTRUAL E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS
EM UNIVERSITÁRIAS**

Recife – 2010

Valéria Conceição Passos de Carvalho

Correlação entre o transtorno disfórico pré-mestrual e os transtornos depressivos em universitárias / Valéria Conceição Passos de Carvalho. – Recife: O Autor, 2010.

xv, 94 folhas: il., fig., tab., gráf., quadros.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2010.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Transtorno disfórico pré-menstrual. 2. Transtornos depressivos. 3. Saúde da mulher. I. Título.

616.895.4	CDU (2.ed.)	UFPE
616.852 7	CDD (20.ed.)	CCS2010-145



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

VALÉRIA CONCEIÇÃO PASSOS DE CARVALHO

**CORRELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO DISFÓRICO
PRÉ-MENSTRUAL E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS
EM UNIVERSITÁRIAS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob Orientação do Prof^o Dr. Everton Botelho Sougey e Co-orientação do Prof^o Dr. Amaury Cantilino, para obtenção do grau de Doutor.

Recife – 2010

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA VALÉRIA CONCEIÇÃO PASSOS DE CARVALHO

No dia 30 de julho de 2010, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Amaury Cantilino da Silva Junior, Doutor Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas/UFPE; Gleicy Fátima Medeiros de Souza, Doutora Professora do Departamento de Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco; Albenise de Oliveira Lima, Doutora Professora do Departamento de Psicologia do Centro de Tecnologia de Ciências de Humanas da Universidade Católica de Pernambuco; João Ricardo Mendes de Oliveira, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda VALERIA CONCEIÇÃO PASSOS DE CARVALHO, sobre a sua Tese intitulada **"CORRELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIAS"** orientada pelo professor Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior

Aprovada

Profª. Drª. Gleicy Fátima Medeiros de Souza

Aprovada

Profª. Drª. Albenise de Oliveira Lima

Aprovada

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

APROVADA

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Aprovado

Amaury Cantilino
Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior

Gleicy Fátima Medeiros de Souza
Profª. Drª. Gleicy Fátima Medeiros de Souza

Albenise de Oliveira Lima
Profª. Drª. Albenise de Oliveira Lima

João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Everton Botelho Sougey
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca

DEDICATÓRIA

Dedico especialmente este trabalho ao meu marido Gladiston, por me ensinar que para fazer uma grande obra não basta ter talento, não basta ter força, é preciso também ter um grande amor.

Dedico ainda as minhas filhas Larissa e Pollyana, pois o amor delas é a força mais sublime que move meu mundo.

A minha equipe de pesquisadoras (Clara, Renata, Bruna, Pamenla, Nathália e Luciene), por participaram deste projeto com competência, compromisso e desenvoltura.

E por fim dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam que vale a pena lutar para realizar um sonho, onde os únicos bens duráveis, imutáveis e sem preço, são o afeto e a solidariedade que sentimos pelas pessoas queridas.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pois todo o dia Deus nos dá um momento em que é possível mudar tudo que nos deixa infelizes. O instante mágico é o momento em que um 'sim' ou um 'não' pode mudar toda a nossa existência.

A MINHA FAMÍLIA, pelo incentivo, confiança, amor, dedicação, respeito e paciência. Tornando possível meu crescimento em toda jornada da minha vida.

AOS AMIGOS, que sempre estiveram presentes nos momentos felizes e difíceis da minha vida, mostrando que cada um de nós é responsável por aquilo que cativa.

AOS MEUS ORIENTADORES, Pelo carinho e dedicação nesta longa jornada, ensinando-me que o caminho da sabedoria é não ter medo de errar.

ÀS PESQUISADORAS DE CAMPO, Clara, Renata, Bruna, Pamenla, Nathália e Luciene, pela contribuição e dedicação para a concretização deste trabalho.

AOS PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS DO PROGRAMA, Pelos ensinamentos, dedicação e orientações.

AS ACADÊMICAS, que participaram e contribuíram com suas respostas para a construção desta pesquisa.

AOS COLEGAS DAS IES, pela ajuda na realização da coleta dos dados.

TOCANDO EM FRENTE

“Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Eu só levo a certeza de que muito pouco eu sei
eu nada sei...”

“Cada um de nós compõe a sua história
E cada ser em si carrega o dom de ser capaz
de ser feliz...”

RENATO TEIXEIRA

RESUMO

Este volume contém os artigos científicos publicados e encaminhados, que compõem a tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento. O objeto de estudo trata da correlação entre o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) e a Síndrome Depressiva. Estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado entre agosto de 2008 a junho de 2009 com 1221 universitárias. Os instrumentos utilizados foram: Questionário socioeconômico, escala de Autoavaliação de síndrome de transtorno pré-menstrual de Steiner, Questionário de Autoavaliação da Escala de Hamilton para Depressão e o Questionário de Sintomas Pré-menstruais. A análise estatística foi descritiva e analítica, através do teste Qui-Quadrado ou teste exato de Fisher, todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. A prevalência do TDPM entre as universitárias foi de 4,4%. A análise multivariada identificou como fatores associados ao TDPM os antecedentes hereditários (OR de 2,15; P 0,03), preocupar-se com o desconforto ou dor causados pela doença (OR de 3,93; P 0,05) e ter depressão (OR de 5,78; P 0,003). Os resultados demonstram que o TDPM tem característica cíclica, com exacerbação da irritabilidade, tensão, disforia e ansiedade, podendo o mesmo ser classificado como um subtipo clínico de um transtorno depressivo com um padrão temporal cíclico.

Palavras-Chave: Transtorno disfórico pré-menstrual, transtornos depressivos, saúde da mulher

ABSTRACT

This volume contains the scientific papers published and sent, which make up the doctoral thesis submitted to the Program of the Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Science. The object of study is the correlation between the Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) and Depressive Syndrome. A retrospective study carried out in the period from August 2008 to June 2009 in 1,221 university students. Tools used for data collection were: a socio-bio-demographic Questionnaire, a Self-evaluation scale of Steiner's premenstrual disorder syndrome and the Self-evaluation Questionnaire of Hamilton's Scale for Depression. The statistical analysis was descriptive and analytical, while the Qui-Square test or Fisher's accurate test was used and all conclusions were drawn at a 5% significance level. PMDD prevalence between university students was 4.4%. The multivariate analysis identified hereditary history of mental disorder as factors associated to PMDD (OR of 2.15 CI, 1.07 and 4.30 P 0.03), worries about discomfort or pain caused by PMDD (OR of 3.93 CI, 0.94 to 18.94 P 0.05) and presentation of depressive symptoms (OR of 5.78 CI, 1.40 to 4.86 P 0.003). **CONCLUSIONS:** Results show that PMDD has a cyclical behavior, with exacerbation of irritability, tension, dysphoria and anxiety, while being able to be considered as a clinical subtype of depression, with a cyclical time pattern.

Key-words: Premenstrual dysphoric, depression, women's health

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 1

TABELA 1 - Descrição dos estudos originais que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual	12
TABELA 2 - Descrição dos estudos de revisão que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual	17

LISTA DE QUADROS E FIGURAS DO ARTIGO 2

QUADRO 1 - Critérios listados no DSM IV, apêndice b, para diagnóstico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual	35
QUADRO 2 - Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)	36
FIGURA 1 - Características dos antecedentes pessoais das acadêmicas do curso de fisioterapia em relação a diagnóstico para distúrbios neuro-psiquiátricos.	39
FIGURA 2 - Distribuição da prevalência do TDPM e STPM entre as acadêmicas do curso de fisioterapia.	40

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 2

TABELA 1 – Descrição das acadêmicas entrevistadas quanto aos dados sócio-bio-demográfico.	37
TABELA 2 – Descrição das acadêmicas entrevistadas quanto aos dados da história sexual e reprodutiva.	39
TABELA 3 - Distribuição das acadêmicas entrevistadas quanto às escalas do MSQ e STPM e quanto aos antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo TDPM.	41

LISTAS DE FIGURAS DO ARTIGO 3

FIGURA 1 – Descrição das principais condições físicas associadas ao Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE)	48
FIGURA 2 – Descrição dos principais sintomas físicos associados ao Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE)	49

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 3

TABELA 1 – Critérios da DSM IV para o diagnóstico do TDPM	47
TABELA 2 – Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)	47
TABELA 3 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife (PE) quanto aos dados sociobiodemográficos	48
TABELA 4 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e a sua correlação com os antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e doenças	49
TABELA 5 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e a sua correlação com as escalas do Questionário de Sintomas Menstruais	50

LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO 4

FIGURA 1- Prevalência dos principais sintomas de humor relacionados às alterações pré-menstruais entre as universitárias de acordo a Escala de Steiner.	58
--	-----------

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 4

TABELA 1 – Distribuição da prevalência da TDPM e Depressão entre as universitárias.	58
TABELA 2 – Distribuição das universitárias quanto aos dados sócio-bio-demográficos e associação com a TDPM.	59
TABELA 3 – Distribuição das universitárias quanto aos antecedentes pessoais, hereditários, co-morbidades e hábitos da vida diária e associação com a TDPM.	60
TABELA 4 – Distribuição das universitárias quanto a sua história sexual e reprodutiva e associação com a TDPM.	62
TABELA 5 - Resultados da regressão logística multifatorial, tendo como variável resposta o TDPM, entre as universitárias.	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- Associação Psquiática Americana

CCS- Centro de Ciências da Saúde

CID-10 – 10 a Classificação Internacional de Doenças

CM – Ciclo Menstrual

CRH - Hormônio Liberador de Corticotrofina

DSM-III-R - 3 a Edith Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Review

DSM-IV - 4 a Edith Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FC – Frequência Cardíaca

FDA – Food and Drug Administration Neuropharmacology Advisor Comitee

FIR – Faculdade Integrada do Recife

FSH – Hormônio Folículo Estimulante

GABA – Ácido Gama-Aminobutírico

GnRH – Hormônio de Liberação da Gonodotrofina

HPA - Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

IES – Instituições de Ensino Superior

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

LH – Hormônio Luteinizante

MSQ – Menstrual Sympton Questionaire

NPY – Neurônio Neuropeptídio Y

QAEH-D – Questionário de Auto-Avaliação de Hamilton para Depressão

RMV – Razão de Máxima Verossimilhança

SNC – Sistema Nervoso Central

SPM - Síndrome Pré-Menstrual

STPM – Síndrome de Tensão Pré-Menstrual

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDFL- Transtorno Disfórico da Fase Lútea

TDPM - Transtorno Disfórico Pré-Menstrual

TPM – Transtorno Pré-Menstrual

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICAP – Universidade Católica de Pernambuco

SUMÁRIO	
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 1	IX
TABELA 1 - Descrição dos estudos originais que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual	IX
TABELA 2 - Descrição dos estudos de revisão que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual	IX
LISTA DE QUADROS E FIGURAS DO ARTIGO 2	IX
QUADRO 1 - Critérios listados no DSM IV, apêndice b, para diagnóstico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual	IX
QUADRO 2 - Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)	IX
FIGURA 1 - Características dos antecedentes pessoais das acadêmicas do curso de fisioterapia em relação a diagnóstico para distúrbios neuro-psiquiátricos.	IX
LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 2	IX
TABELA 1 – Descrição das acadêmicas entrevistadas quanto aos dados sócio-bio-demográfico.	IX
TABELA 2 – Descrição das acadêmicas entrevistadas quanto aos dados da história sexual e reprodutiva.	IX
TABELA 3 - Distribuição das acadêmicas entrevistadas quanto às escalas do MSQ e STPM e quanto aos antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo TDPM.	IX
LISTAS DE FIGURAS DO ARTIGO 3	IX
FIGURA 1 – Descrição das principais condições físicas associadas ao Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE)	IX
FIGURA 2 – Descrição dos principais sintomas físicos associados ao Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE)	IX

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 3	X
TABELA 1 – Critérios da DSM IV para o diagnóstico do TDPM	X
TABELA 2 – Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)	X
TABELA 3 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife (PE) quanto aos dados sociobiodemográficos	X
TABELA 4 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e a sua correlação com os antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e doenças	X
TABELA 5 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e a sua correlação com as escalas do Questionário de Sintomas Menstruais	X
LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO 4	X
FIGURA 1 - Prevalência dos principais sintomas de humor relacionados às alterações pré-menstruais entre as universitárias de acordo a Escala de Steiner.	X
LISTA DE TABELAS DO ARTIGO 4	X
TABELA 1 – Distribuição da prevalência da TDPM e Depressão entre as universitárias.	X
TABELA 2 – Distribuição das universitárias quanto aos dados sócio-bio-demográficos e associação com a TDPM.	X
TABELA 3 – Distribuição das universitárias quanto aos antecedentes pessoais, hereditários, co-morbidades e hábitos da vida diária e associação com a TDPM.	X
TABELA 4 – Distribuição das universitárias quanto a sua história sexual e reprodutiva e associação com a TDPM.	X
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XI
1. APRESENTAÇÃO	1

1.1.	TDPM: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO	3
1.2.	OBJETIVOS	6
2.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
2.1.	ÁREA DO ESTUDO	9
2.2.	POPULAÇÃO DO ESTUDO	9
2.3.	AMOSTRAGEM	10
2.4.	DESENHO DO ESTUDO	11
2.5.	DEFINIÇÃO DE TERMOS E VARIÁVEIS	11
2.6.	COLETA DOS DADOS	20
2.7.	ANÁLISE DOS DADOS	20
2.8.	PROBLEMAS METODOLÓGICOS	22
2.9.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	22
	ARTIGO 1- ASPECTOS ETIOLÓGICOS DO TDPM: UMA REVISÃO	24
	ARTIGO 2 – PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL E TDPM ENTRE UNIVERSITÁRIAS	45
	ARTIGO 3 – REPERCUSSÕES DO TDPM ENTRE UNIVERSITÁRIAS	58
	ARTIGO 4 – CORRELATION BETWEEN PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER AND DEPRESSION AMONG UNIVERSITY STUDENTS	65
	CONCLUSÕES	82
	ANEXOS	
	ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	84
	ANEXO 2 – Protocolo de aprovação do Comitê de Ética de Pesquisas com Seres Humanos.	85
	ANEXO 3 – Questionário Sócio-Bio-Demográfico	86
	ANEXO 4- Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para depressão (QAEH-D)	89

ANEXO 5- Escala de Auto – Avaliação da Síndrome Disfórica Pré-Menstrual de Steiner	91
ANEXO 6- Questionário de Sintomas Menstruais (MSQ)	94

1. APRESENTAÇÃO

Este volume contém os artigos científicos publicados e encaminhados, que no conjunto compõem a proposta de tese de doutorado apresentado ao Programa de Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento.

O objeto de estudo trata da correlação entre o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) e a Depressão.

O primeiro artigo foi intitulado “*Aspectos etiológicos do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual: uma revisão*”, foi encaminhado ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria no mês de março de 2010. Neste artigo fez-se uma revisão da literatura internacional e nacional, abordando os aspectos etiológicos do TDPM. Foram identificadas como fatores etiológicos para o desenvolvimento do TDPM, as hipóteses da função ovariana, da função hormonal, dos neurotransmissores, genética e a dos fatores ambientais e vulnerabilidade. A etiologia do TDPM pode ser entendida com uma complexa multiplicidade de fatores. Nada existe ainda de conclusivo, futuras pesquisas serão necessárias para definir os processos etiopatogênicos do TDPM.

O segundo artigo intitulado “*Prevalência da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre estudantes Universitárias*” que foi publicado na Revista Neurobiologia no número 73, volume 1, janeiro/março de 2010. Este artigo teve como objetivo avaliar a prevalência da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual e a do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre as universitárias, descrevendo também as características sócio-bio-demográficas da população estudada e seus principais sintomas.

O terceiro artigo intitulado “*Repercussões do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre universitárias*” que foi publicado na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, no número 31, volume 2 de 2009. Neste artigo foi realizada a identificação das principais repercussões físicas e emocionais causadas pelo TDPM. Foi possível observar uma alta prevalência de repercussões somáticas como: peso abdominal; dor e cólica menstrual; edema generalizado e mamas túrgidas. Entre as repercussões emocionais destaca-se a ansiedade, irritabilidade e sintomas depressivos. O TDPM esteve correlacionado de forma positiva com os transtornos depressivos o que favorece a criação da hipótese de que o TDPM seria uma expressão clínica do transtorno de humor.

O quarto artigo intitulado “*Correlação entre o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e a Depressão entre estudantes universitárias*”, encaminhado ao Canadian Journal of Psychiatry em maio de 2010. Este artigo teve como objetivo principal correlacionar o TDPM a depressão, além de avaliar os principais fatores de risco associados. Na análise multivariada foram identificados como fatores associados ao TDPM os antecedentes hereditários de transtorno mental, a preocupação com o desconforto ou dor causados pelo TDPM e o fato das entrevistadas apresentarem sintomas depressivos. Os resultados deste artigo demonstram que o TDPM tem característica cíclica, podendo ser considerado como um subtipo clínico de depressão com um padrão temporal cíclico.

Além dos artigos supracitados, foram gerados cinco trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia sob nossa orientação.

1. PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE TENSÃO PRÉ – MENSTRUAL ENTRE AS ACADÊMICAS DO 9º E 10º PÉRIODOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNICAP – Clara Rezende Krause Gonçalves, com defesa realizada em junho de 2008.

2. PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL ENTRE AS ACADÊMICAS DO 7º E 8º PERÍODOS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNICAP – Renata Tenório Moura, com defesa realizada em junho de 2008.

3. ALTERAÇÕES DA SÍNDROME DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ – MENSTRUAL ENTRE AS ACADÊMICAS DOS CURSOS DE SAÚDE DA FACULDADE INTEGRADA DO RECIFE – PE - Luciene Fontes de Sá e Nathália Machado Porto Carreiro, com defesa realizada em dezembro de 2008.

4. CORRELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS E A SÍNDROME DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL NAS ACADÊMICAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA DA UNICAP, Bruna Maria Macena do Nascimento, com defesa realizada em junho de 2009.

5. CORRELAÇÃO ENTRE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS E A SÍNDROME DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL NAS ACADÊMICAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA UNICAP, Panmela Karla Pinto Ribeiro, com defesa realizada em junho de 2009.

1.1. TDPM: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

O período reprodutivo feminino exerce um profundo impacto sobre a biologia da mulher, afetando diversos órgãos e sistemas⁽¹⁾. Durante o ciclo menstrual observa-se uma ciclicidade de vários sinais e sintomas físicos, cognitivos e emocionais, com um aumento da vulnerabilidade e suscetibilidade principalmente para os aspectos emocionais. Este quadro sintomatológico é reconhecido há muito tempo, um exemplo clássico está registrado no estudo de Feuchterleben datado do ano de 1847, que foi citado em um editorial assinado por Rubnow e Schimidt (apud Pires e Calil,1999)⁽²⁾ que diz: “*em mulheres sensíveis, a menstruação é quase sempre caracterizada por inquietação mental, irritabilidade e tristeza*”.

Mas foi nas últimas décadas do século XX que o tema passou a ser pesquisado por cientistas, em busca de fatores etiológicos e critérios diagnósticos. Neste contexto a literatura médica descreveu o agravamento dos sintomas pré-menstruais, entretanto a falta de clareza ou de consenso no diagnóstico retardou o processo de estudos sobre as desordens pré-menstruais. Foi apenas no ano de 1931 que o pesquisador Robert Frank primeiro descreveu o termo Tensão Pré-Menstrual (TPM)^(3,4).

A partir deste marco histórico, vários outros pesquisadores desenvolveram critérios e denominações para estes sinais e sintomas e no ano de 1953 Dalton e Green realizaram uma revisão na nomenclatura da TPM e considerou tal termo insuficiente, sendo a tensão apenas um dentre os sintomas apresentados neste transtorno. Eles propuseram a adoção do termo “Síndrome Pré-Menstrual” (SPM)^(4,5).

Assim, nos últimos 20 anos é que surgiram estudos sobre a forma mais grave da TPM, que é caracterizada por um complexo de sintomas principalmente relacionados ao humor, de forma recorrente durante a fase lútea do ciclo menstrual, sendo este associado com alterações significativas que comprometem o desenvolvimento de suas funções sociais e profissionais⁽⁶⁾.

No Brasil, a entidade clínica Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (STPM) foi documentada na 9ª Classificação Internacional de Doenças (CID-9), restrita ao capítulo destinado as doenças ginecológicas, e, em 1986, em um rascunho da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a mesma foi incluída no capítulo XIV de doenças do sistema geniturinário com “Síndrome Pré-Menstrual - SPM”⁽⁷⁾.

No ano de 1989, através de investigações sobre a gravidade da TPM, foram definidos os critérios diagnósticos para o agora chamado Transtorno Disfórico da Fase Lútea (TDFL) na terceira edição revisada do *Diagnostic and Statistical Manual of*

Mental Disorders (DSM-III- R), no apêndice A, no qual a entidade aparece inclusa nas “categorias propostas necessitando estudos adicionais”. A introdução do TDFL como candidato a diagnóstico psiquiátrico trouxe muita polêmica, pois muitos pesquisadores relataram que era uma tentativa de catalogar uma patologia que fazia parte da vida normal de qualquer mulher em idade reprodutiva. Por outro lado os grupos feministas se embatiam, parte considerando um avanço o reconhecimento deste transtorno relacionado ao gênero específico e parte com medo de que esse transtorno repercutisse em discriminação feminina na sociedade e no trabalho^(3,5,8,9).

Em 1994 houve a revisão e nova denominação pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), acrescida de critérios diagnósticos operacionais para o transtorno, que passou a ser nomeado de Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), considerado o padrão ouro para pesquisa e adotado pela *Food and Drug Administration Neuropharmacology Advisor Comitee* (FDA) para regular as pesquisas e os tratamentos propostos. O TDPM foi mantido em apêndice pela pressão de grupos feministas e aparece citado entre os “transtornos depressivos não especificados em outra parte” do capítulo de transtornos do humor, sendo os critérios diagnósticos apresentados no apêndice da quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Para cumprir os critérios diagnósticos é necessária a presença de pelo menos 5 sintomas, e pelo menos um destes deve ser humor deprimido, tensão, irritabilidade ou labilidade afetiva. Adicionalmente, deve haver um prejuízo em pelo menos em uma área do dia-a-dia^(4,9,10,11).

A literatura mundial revela que os sintomas pré-menstruais são muito comuns durante o período reprodutivo das mulheres. E de acordo com Korzekwa e Steiner, 1999⁽¹²⁾, cerca de 90% das mulheres vão vivenciar pelo menos um sintoma pré-menstrual durante sua vida de intensidade leve, sem necessidade de intervenções clínicas. De maneira geral as pesquisas epidemiológicas referem que em torno de 75% a 80% das mulheres referem ter sintomas físicos e emocionais durante o seu período pré-menstrual, portanto esse sofrimento constitui-se em um problema de saúde pública devido as suas consequências nas esferas pessoal, econômica e de equidade para as mulheres afetadas^(3,4,5,8,13,14,15).

Quando os dados estão relacionados ao TDPM observa-se que a sua prevalência oscila entre os estudos, dependendo da metodologia utilizada como critério diagnóstico, e fatores sócio-culturais envolvidos. Desta forma temos uma prevalência que varia entre

35% a 5% das mulheres portadoras de sintomas de alteração de humor tão graves que interferem na realização de suas atividades da vida diária e profissional ^(3,4,5,7,8,13,14,15,16).

Um estudo realizado com uma população canadense revela que o grupo de mulheres com TDPM constituiu 5,1% da sua amostra, 20,7% foram consideradas como tendo sintomas moderados e 74,2% como tendo TPM ⁽¹⁷⁾. E no estudo realizado por Pincus et al, 2008 ⁽⁶⁾, nos Estados Unidos, revelou-se uma prevalência do TDPM que gira em torno de 3% a 8% das mulheres em idade reprodutiva. Na pesquisa de MATSUMOTO et al, 2007 ⁽¹⁸⁾, realizada no Japão, observa-se que 90% das mulheres em idade fértil apresentam alguma queixa relacionada a sintomas pré-menstruais e que cerca de 3% a 8% descrevem como sendo esses sintomas graves o suficiente para perturbar a sua vida e suas relações interpessoais.

No Brasil, estudos realizados em serviços médicos apontam para uma prevalência do TPM entre 8% a 86%, dependente da intensidade dos sintomas ^(7,13).

Os estudos epidemiológicos de base populacional sobre os sintomas pré-menstruais são poucos. Uma possível justificativa se dá pelas dificuldades metodológicas, já que as aferições prospectivas são difíceis de serem contempladas em amostras populacionais, e, além disso, só recentemente esses sintomas foram reconhecidos e aparecem em classificações psiquiátricas. Entretanto, provavelmente há uma distribuição contínua dessa sintomatologia na população geral, sendo os sintomas, isoladamente, muito comuns e universais, aparecendo em várias culturas ^(3,5,8,13,19).

Os conceitos entre TPM e TDPM são facilmente confundidos, e etiológicamente falando não foram observadas diferenças entre a TPM e o TDPM na DSM-IV, pois os critérios diagnósticos específicos não são explicitados, exceto para dizer que no TDPM os sintomas salientes são os problemas referentes ao humor, visto que na TPM os sintomas físicos têm um papel principal ^(3,5,9).

O TDPM é definido como uma condição que combina alterações intensas de humor, comportamento, cognição e sintomas somáticos que ocorrem apenas na fase lútea do ciclo menstrual. Podendo este ser diferenciado da TPM pelos seguintes aspectos: 1- Exige que pelo menos um sintoma de humor esteja entre os cinco necessários para o diagnóstico; 2- Estes sintomas devem ser graves o bastante para causar alterações funcionais; 3- Não devem ser uma exacerbação de outra doença; 4- E as mudanças dos sintomas devem ser documentadas por registros diários e confirmadas por dois ciclos menstruais; 5- Que estes sintomas sejam limitados a fase lútea e causem

problemas para as mulheres e não possam ser explicados por outros diagnósticos (6,8,9,10,13,14,15,18).

Além disto, muitos são os sintomas relatados por mulheres que apresentam um quadro do TDPM, divididos nas seguintes categorias: 1- sintomas físicos (edemaciamento das mamas, mudanças de apetite, insônia, dores de cabeça, fadiga, etc.); 2- sintomas de humor (irritabilidade, tensão, alterações de humor, ansiedade, hipersensibilidade). 3- distúrbios cognitivos (diminuição da concentração, memória) (5,9,12).

Poucos relatos descrevem uma associação entre as síndromes psiquiátricas e o período menstrual. Esses achados sugerem que a psicopatologia preexistente poderia predispor ao aparecimento de sintomas emocionais associados ao ciclo menstrual. Assim, as alterações que ocorrem no período pré-menstrual poderiam funcionar como estímulos sensibilizadores em algumas mulheres, passando a influenciar no aparecimento de episódios depressivos⁽²⁰⁾.

Os sintomas disfóricos presentes em pacientes portadoras do TDPM como alteração de humor; falta de interesse; sentimentos de desesperança; tensão; irritabilidade; mudanças de apetite; sono; letargia, entre outros, são sintomas característicos de pacientes portadoras de sintomas depressivos e de ansiedade^(9,21). Desta forma é possível observar em mulheres que relataram mudanças de humor intensas durante a fase pré-menstrual em dois ciclos consecutivos uma tendência a cronicidade nos níveis de ansiedade e sintomas depressivos⁽³⁾.

Os relatos acima mencionados sugerem que as mulheres com TDPM apresentam certa vulnerabilidade ao desenvolvimento de estados disfóricos, o qual se manifesta como um transtorno depressivo cíclico sazonal, e a literatura apenas sugere a possibilidade desta correlação. Assim poderíamos sugerir que o acúmulo de evidências a esse respeito poderiam apoiar a validação do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual como uma entidade independente.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GERAL.

Correlacionar o TDPM e os transtornos depressivos entre as universitárias.

1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Proceder à revisão da literatura acerca dos fatores etiopatogênicos do TDPM.
- Estimar a prevalência do TPM e TDPM entre as universitárias.
- Descrever as principais repercussões físicas e emocionais do TDPM entre as universitárias.
- Avaliar os principais fatores de risco associados ao TDPM entre as universitárias.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira CWM, Pinto e Silva JL. O impacto do ciclo menstrual na biologia feminina. *Femina*. 2006. nov; 34(1): 743-47.
2. Pires MLN, Calil HM. Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Ver Bras Psiquiatr*. 1999, 21 (2): 118-127.
3. Miller MN, Miller BE. Premenstrual exacerbations of mood disorders. *Psychopharmacology Bulletin: Summer, 2001*; 35(3): 135-147.
4. Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão- conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiq.Clin*. 2006; 33(3): 117-123.
5. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: recognition and treatment. *J Clin psychiatry*. 2003; 5(1):30-9.
6. Pincus SM, Schmidt PJ, Negro-Palladino P, Rubinow DR. Differentiation of women with premenstrual dysphoric disorder, recurrent brief depression, and healthy controls by daily mood rating dynamics. *Journal of Psychiatric Research*, 2008; 42:337-347.
7. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo Populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev. Saúde Pública*. 2006, 40(1):47-56.
8. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 2000; 25(5):459-468.
9. Johnson SR. Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical Primer for Practitioners. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*, 2004; 104:845-859.
10. Batra P, Harper DM. Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder. *JCOM*. 2002 fev; 9(2):87-98.
11. Poromaa IS, Smith S, Gullinello M. GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6:23-41.

12. Korzekwa MI, Steiner M. Assessment and Treatment of premenstrual syndromes. *Prim Care Update ob/Gyns*, 1999, 6 (5): 153-62.
13. Lane T, Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Womens Ment Health*. 2003, 6:127-138.
14. Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J.bras.psiqiatr.* 2005; 54(1):57-68.
15. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Ghang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *Journal of Women's Health*, 2008; 17(1): 113-121.
16. Teng CT, Vieira Filho AHG, Artes R, Gorenstein C, Andrade LH, Wang YP. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005, 255: 51-56. –
17. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese Women. *Arch Womens Ment Health*, 2006; 9:209-212.
18. Matsumoto T, Ushiroyama T, Kimura T, Hayashi T, Moritani T. Altered autonomic nervous system activity as a potential etiological factor of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *BioPsychoSocial Medicine*. 2007; 1(24): 1-8.
19. Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clin*, 2006; 33(2): 43-54.
20. Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroid regulation of mood: The lessons of premenstrual syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2006; 27:210-216.
21. Hsu SC, Liu CY, Hsiao. A comparison of the tridimensional personality questionnaire in premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2007, 48: 366-370.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1. ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Recife, Pernambuco. Sendo o estudo foi conduzido em duas instituições de ensino superior - IES, no campus da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, localizada na Rua do Príncipe, 526, no bairro da Boa Vista e no campus da Faculdade Integrada do Recife- FIR, que se localiza na Av. Eng. Abdias de Carvalho, 1678, no bairro da Madalena, Recife- PE.

A UNICAP foi criada em 27 de setembro de 1951 e reconhecida pelo Governo Federal através do Decreto 30.417 de 18 de janeiro de 1952. A instituição é hoje, um complexo educacional, que oferece, para uma comunidade de aproximadamente 15.000 estudantes, cursos de primeiro grau à pós-graduação "stricto sensu". O Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS comporta os seguintes cursos: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia, Enfermagem e Ciências Biológicas.

A FIR foi criada em abril de 1998, sendo uma instituição mantida pela Sociedade de Ensino Superior de Pernambuco – SESPE. A faculdade desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão. Na área de saúde dispõe dos seguintes cursos Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Enfermagem.

Ambas IES, tem duas entradas por ano através de vestibular, e com um montante de 2.800 acadêmicos (sexo masculino e feminino) matriculados nos cursos da área de saúde. Os números apresentados são dependentes do número de inscritos, desistência e reprovações, conforme informado pela coordenação dos respectivos cursos pesquisados.

2.2. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população estudada foi formada por acadêmicas devidamente matriculadas nos seguintes cursos da área de saúde: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia de ambas IES, na cidade do Recife, no período de abril de 2008 a abril de 2009.

Crítérios de Inclusão:

→ Todas as acadêmicas que se encontrarem em idade fértil, na faixa etária de 18 a 45 anos e sejam acadêmicas das instituições pesquisadas.

→ Concordância das acadêmicas em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Crítérios de exclusão:

- Acadêmicas que não menstruam e/ou apresentem ciclos irregulares (ciclos maiores que 35 dias ou menores que 25 dias) e as que não aceitarem participar da pesquisa.
- Questionários incompletos.

2.3.AMOSTRAGEM

2.3.1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Foram aplicados 1490 questionários nas duas IES em Recife/PE. De acordo com os critérios de exclusão foram retirados 16,1% (n= 240) dos questionários. Vinte e nove acadêmicas se recusaram a preencher o questionário, o que correspondeu a 1,9% da amostra. Totalizando assim 1221 questionários aplicados, o que representa 81,9% da amostra inicial. As acadêmicas não diferiam daquelas que foram entrevistadas no que se refere à média de idade, escolaridade, situação conjugal, renda e ocupação.

2.3.2. PROCEDIMENTO AMOSTRAL

O universo da pesquisa foi constituído pelas acadêmicas devidamente matriculadas na UNICAP e FIR, dimensionado pelo número médio de 2800 matrículas no ano de 2007 nos cursos da área de saúde.

Por motivos operacionais, a coleta de dados foi realizada no período de um ano. Em que todas as acadêmicas no período selecionado foram investigadas, caracterizando uma amostragem não probabilística. Todavia se entende que não há razão para pressupor que as características das mesmas sejam diferenciadas para as acadêmicas matriculadas em períodos seguintes ao da pesquisa e, portanto, não apresentando grandes variações que pudessem influenciar no resultado final da pesquisa.

Por outro lado, considerando a prevalência de Transtorno Disfórico Pré-menstrual- TDPM encontrada na presente pesquisa, o número de mulheres estudado corresponde a uma amostra de tamanho adequado para estimar a prevalência de mulheres com TDPM na população de estudo, com 3,5 % de precisão na estimativa, admitindo um erro alfa de 5% (erro tipo I), e um poder de amostra de 80% (1-beta, erro tipo II).

2.4. DESENHO DO ESTUDO

Estudo Epidemiológico observacional, do tipo Coorte retrospectivo, que permitem estabelecer umnexo causal entre fatores de exposição e eventos (desfechos) do processo saúde-doença, segundo uma sequência lógica temporal, o que permite abordar hipóteses etiológicas. A retrospectiva (histórica) ocorre, pois o desenvolvimento da pesquisa e a evolução dos fatos ocorrem em tempos históricos distintos, os dados sobre causa e efeito já ocorreram sendo encontrados na memória das pessoas e em registros já existentes.

Vantagens

- Economia e tempo
- Fator de exposição é definido no início do estudo não sofrendo influências da presença ou ausência do evento de interesse.
- Permite o estudo de múltiplos efeitos/consequências de um mesmo fator de exposição.

Desvantagens

- Natureza e qualidade da variável preditora.
- Representatividade da amostra
- Acurácia e incompletude das informações

2.5. DEFINIÇÃO DE TERMOS E ELENCO DE VARIÁVEIS

2.5.1. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL (TDPM).

O Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM) pode ser definido como um conjunto de mudanças no humor e comportamento associados à fase pré-menstrual. Na presente pesquisa foi utilizada a classificação da 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). O critério diagnóstico na DSM-IV, é definido pela necessidade da presença de pelo menos um de quatro sintomas (irritabilidade, tensão, disforia e labilidade do humor) e no mínimo 5 dos 11 sintomas específicos (QUADRO 1). Estes sintomas devem estar presentes apenas na fase lútea do ciclo menstrual, e confirmados por dois meses consecutivos através de questionários, e devem ser excluídas outras doenças. Esta síndrome deve trazer prejuízos para a vida social e ocupacional da paciente¹.

QUADRO 1. Critérios da DSM IV para o diagnóstico do TDPM.

1	Humor deprimido, sentimento de desesperança ou pensamentos de auto depreciação;
2	Ansiedade marcante, tensão, ou sentimento de estar 'no limite';
3	Instabilidade afetiva marcante;
4	Raiva ou irritabilidade pronunciada, ou aumento significativo de conflitos pessoais;
5	Interesse diminuído nas atividades usuais;
6	Dificuldade de concentração
7	Letargia, cansaço pronunciado, falta de energia habitual;
8	Mudança significativa no apetite seja no sentido de diminuição ou de aumento.
9	Aumento ou diminuição importante no sono;
10	Sentimento de estar 'fora de controle';
11	Sintomas físicos, como dor mamária, dor de cabeça, dor muscular ou articular, ganho de peso.

(FONTE: ¹Steiner, 2000)

DEFINIÇÃO OPERACIONAL

A classificação das acadêmicas como portadoras de TDPM foi estabelecida através da Escala de Auto-avaliação de Síndrome do Transtorno pré-menstrual de Steiner contendo 36 perguntas objetivas referentes à como a paciente se sentiu uma semana antes da menstruação nos dois últimos ciclos. Para a definição da presença ou ausência da TDPM através de Steiner, foram seguidos os critérios listados acima de acordo com a DSM-IV, onde será obrigatória a presença de cinco ou mais sintomas, nos dois últimos ciclos menstruais, sendo necessária a presença de todos os sintomas relatados nos itens 1,2,3 e 4 (**QUADRO 1**)².

2.5.2. SINDROME DEPRESSIVA

A depressão é um transtorno mental do humor. A depressão é reconhecida como uma doença "do organismo como um todo", que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento. Alterando o modo pelo qual o indivíduo vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. De acordo com os critérios da DSM-IV, a característica essencial do Transtorno Depressivo é um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios

depressivos, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos (Critérios A e C). Os seguintes especificadores podem ser usados para descrever o transtorno depressivo, são eles: leve; moderado; severo sem aspectos psicóticos; severo com aspectos psicóticos; em remissão parcial; em remissão completa; crônico; com características catatônicas; com características melancólicas; com características atípicas e com início no pós-parto³.

DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Para a classificação de presença ou ausência de sintomas depressivos foi utilizado o questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para depressão (QAEH-D)⁴, que consiste em 18 itens de perguntas objetivas relacionadas à depressão, trabalho, lazer, bem-estar, seus planos, sono, sexo, dentre outros.

Na primeira etapa utilizou-se os critérios de classificação de Bianco et al,2004⁵, que estabeleceram os seguintes pontos de corte: Menor que 10 deve ser classificado como sem depressão. De 10 a 18 pontos depressão leve; de 19 a 29 pontos depressão moderada e de 30 pontos acima depressão grave.

Entretanto, os pesquisadores desta pesquisa optaram por estabelecer como ponte de corte o valor de 10 indicando a presença de sintomas depressivos, decorrentes do somatório do escore do QAEH-D (QUADRO 2), evitando assim falsos positivos.

QUADRO 2. Critérios para o diagnóstico do Sintomas depressivos de acordo com a QAEHD.

RESPOSTA TIPO 1	
Resposta	Escore
Não	0
Um pouco	1
Muito	2
RESPOSTA TIPO 2	
Resposta	Escore
Não	0
Às vezes	1
Sempre	2
RESPOSTA TIPO 3	

Resposta	Escore
Não	0
Sim	1
RESPOSTA TIPO 4	
Não	0
Sim, mas as roupas ainda cabem	1
Sim, as roupas estão folgadas	2

DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Os sintomas de humor, sintomas depressivos e físicos do MSQ⁶, foram investigados separadamente. Para indicar a presença dos sintomas, considerou-se a marcação das alternativas de número 2 a 6 (2-mínimo; 3-suave; 4-moderado; 5- severo e 6-extremo), de modo que a marcação da alternativa número 1 (não aplicável, ausente,sem alterações), indicava que a entrevistada não apresentava os sintomas, Desta forma foi possível classificar a voluntária como apresentando os sintomas se as resposta entre a categoria 2 a 6, corresponderem a 50% ou mais das resposta em cada categoria (QUADRO 3).

QUADRO 3. Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)

ITEM	CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
1, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 18 e 21	Humor e Cognição	Riso; choro; estresse, irritabilidade; dificuldade de concentrar-se e esquecimento.
5, 9, 11, 17, 19, 20 e 22	Sintomas Depressivos	Sente-se só; deprimida; mais sensível; intolerante; isolamento no próprio trabalho; pouca vontade de falar ou locomover-se; pontos de vista pessimista; dificuldade para dormir;

		perda do interesse por atividades habituais.
2, 7, 8, 10, 12, 16 e 23	Sintomas Físicos	Mastalgia; desconforto abdominal; edema generalizado, cansaço físico; susceptível as mudanças de temperatura e dor.

2.5.3. ELENCO DE VARIÁVEIS

Nome da Variável	Definição	Categorização
Variável dependente		
Transtorno Disfórico Pré-menstrual - TDPM	Classificação de acordo com a DSM IV	PRESENTE AUSENTE
Depressão	Classificação de acordo com a DSM IV	SIM NÃO
Variáveis/Fatores Associados		
Idade	Idade em anos completos, segundo informado pela entrevistada. As faixas etárias foram definidas baseadas no período reprodutivo da mulher ⁷ .	< 20 idade 20 a 22 idade 23 a 25 idade > 25 idade
Curso Universitário da área de saúde	Qual o curso que está matriculada na área de saúde, no momento da entrevista	Fisioterapia Psicologia Fonoaudiologia Terapia Ocupacional
Período do Curso universitário	Qual o período do curso que está matriculada, a	Variável Contínua

	entrevistada está cursando.	
Situação Conjugal	Atual situação conjugal de acordo com informações da entrevistada. Os critérios de classificação foram baseados no IBGE,2007 ⁸	Casada União consensual Solteira Divorciada Viúva Não quis informar/ outros
Naturalidade	Local de nascimento da entrevistada. Os critérios de classificação foram baseados no IBGE,2007 ⁸	Região Metropolitana do Recife Outras cidades Não quis informar ou não sabe informar.
Atividade Profissional	Profissão exercida pela entrevistada no momento da entrevista. Os critérios de classificação foram baseados no IBGE,2007 ⁸	Estudante Estagiária Comerciarista Outras
Renda Individual	Se a entrevistada tem algum tipo de rendimento.	SIM NÃO Não quis informar
Etnia	Etnia a qual pertence à pesquisada, de acordo com informação da mesma. Os critérios de classificação foram baseados no IBGE,2007 ⁸	Branca Negra Parda Amarela Indígena Morena/Mulata
Religião	Qual a religião da entrevistada. Os critérios de classificação foram baseados	Católica Espírita Evangélica

	no IBGE,2007 ⁸	Outras
Hábitos diários	Hábitos diários relacionados a fumo e bebida e sua frequência.	Fumante (sim – quantos cigarros por dia; não) Ingere bebidas alcólicas (Pouco; socialmente; frequentemente e não)
Medicação	Utilização de medicação com indicação médica.	SIM NÃO
Realização de Tratamento por problemas emocionais.	Se a entrevistada realiza ou já realizou algum tipo de tratamento por problemas emocionais.	SIM NÃO
Realização de Tratamento por problemas emocionais em algum membro da família	Se a entrevistada possui alguém na família que realiza ou já realizou algum tipo de tratamento por problemas emocionais.	SIM NÃO
Primeira Menstruação (Menarca)	Idade em que ocorreu a menarca, conforme informado pela pesquisada.	Até 12 anos > que 12 anos Não respondeu
Intervalo Menstrual	Intervalo entre uma menstruação e outra (em dias), conforme informado pela pesquisada.	14 a 27 dias 28 a 35 dias Não responderam
Fluxo Menstrual	Quantidade de fluxo menstrual mensal.	Pequeno Moderado Grande
Período Menstrual	Período menstrual que se encontrava no momento da	Início do ciclo Meio do ciclo

	pesquisa.	Menstruada
Antecedentes Ginecológicos	Descrição da presença de algum problema ginecológico prévio, através de diagnóstico clínico.	SIM NÃO
Alteração Ginecológica familiar	Descrição da presença de algum problema ginecológico prévio, através de diagnóstico clínico, em algum familiar (mãe, irmã, primas).	SIM NÃO
Atividade Sexual	Se a pesquisada já teve ou tem alguma atividade sexual	SIM NÃO
Início da atividade sexual	Idade na qual a entrevistada iniciou a sua atividade sexual	Até 18 anos >que 18 anos Não respondeu
Método contraceptivo	Se a pesquisada utiliza algum método contraceptivo no momento da pesquisa	SIM NÃO
Tipo de método contraceptivo	Qual o método contraceptivo utilizado pela pesquisada no momento da pesquisa	Camisinha Pílula DIU Coito interrompido Anticoncepcional injetável Tabelinha Outros Não se aplica
Filhos	Se a pesquisada tem filhos	SIM (quantos) NÃO
Complicação na gravidez e/ou parto	Qualquer complicação que a pesquisada teve no período	SIM (Qual) NÃO

	da gravidez e/ou parto	
Aborto	Se a pesquisada realizou aborto.	SIM NÃO
Comorbidade	Se a pesquisada apresenta alguma patologia clínica durante o período da pesquisa	SIM (Qual) NÃO
Escala de auto-avaliação de Hamilton	Escala utilizada para avaliar os sintomas de depressão.	DIVIDIDA EM 18 QUESTÕES. SCORES: Sim; Não; Muito; Um pouco; Extremamente; Às vezes; Sempre.
Escala de auto-avaliação da STPM de Steiner	Escala utilizada para avaliar os sintomas da TDPM	Divididas em 36 questões. Escores: 1.Sim; 2.Não.
Questionário de Sintomas Pré-menstruais -MSQ	Questionário que quantifica os principais sintomas pré-menstruais.	Divididas em 23 questões. Escores: 1.Não aplicável; sem alterações; 2.Mínimo; 3.Suave; 4.Moderado; 5.Severo; 6.Extremo

2.6.COLETA DE DADOS

2.6.1.INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado um questionário sócio-demográfico elaborado pela pesquisadora que contém questões sócio-econômicas, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e a presença de comorbidades com questões fechadas e estruturadas em tópicos para facilitar o ordenamento lógico das idéias, previamente testado em estudo piloto. Foram aplicados também questionários e escalas: o questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para depressão (QAEH-D)⁴, que consiste em 18 itens de perguntas objetivas relacionadas à depressão, trabalho, lazer, bem-estar, seus planos, sono, sexo, dentre outros. A Escala de Auto – Avaliação da Síndrome Disfórica Pré-Menstrual de Steiner² que consiste em 36 perguntas objetivas referentes à como a paciente se sentiu uma semana antes da menstruação nos dois últimos ciclos e a Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)⁶ contendo 23 questões relativas a sintomas físicos, de humor e cognitivos relativos aos três últimos ciclos menstruais.

2.6.2.PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

As acadêmicas foram identificadas para a pesquisa através dos registros de matrículas nas coordenações dos referidos cursos da área de saúde das IES pesquisadas. As acadêmicas foram abordadas em sala de aula, onde foram explicitados os objetivos e benefícios da pesquisa, sendo as mesmas convidadas a participar da pesquisa através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE. Após o consentimento foram entregues os questionários e explicado a elas o sigilo das suas informações, garantido pela não identificação pessoal das mesmas nos questionários e que após o preenchimento elas deveriam colocar os questionários em uma urna colocada na entrada da sala de aula.

A equipe de pesquisadoras de campo (acadêmicas do curso de fisioterapia), foram devidamente treinadas para o desenvolvimento da presente pesquisa.

2.7.ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva baseada na composição de tabelas de frequência ou gráficos, além do cálculo de algumas medidas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo da série). A análise analítica do

estudo foi realizada através do cálculo da Odds Ratio (OR), que foi utilizada como medida de associação entre a variável dependente e as variáveis independentes estudadas. Para avaliar a significância estatística das OR brutas foram utilizados os intervalos de confiança a 95% (IC95%) e o valor de 0,05 para a probabilidade associada aos testes (valor de p). Os softwares utilizados são o Epi-info 6.0.4 e o SPSS v 12.0.

A seleção das variáveis para inclusão na análise multivariada foi baseada na revisão da literatura específica e nos dados empíricos, sendo incluídas na modelagem aquelas variáveis cuja associação com o efeito estudado, na análise bivariada, atingiu nível de significância estatística igual ou inferior a 0,20 (valor de p).

Na análise de regressão logística múltipla não-condicional utilizou-se o procedimento *backward*, sendo as variáveis selecionadas para exclusão do modelo com base no nível de significância para a razão de máxima verossimilhança (RMV). Para a avaliação de significância estatística das associações encontradas foram obtidos os intervalos de confiança a 95% e o valor p. Nesta etapa, as variáveis categóricas (que apresentaram anteriormente ponto de corte definido) foram transformadas em dicotômicas.

Foram montados três modelos iniciais para o processo de modelagem: 1- Modelo relativo às características socioeconômicas (idade, situação conjugal, naturalidade, estudar, ter rendimento, etnia e religião); 2- Modelo relativo às características da sua história reprodutiva e sexual (idade da primeira menstruação, intervalo entre as menstruações, quantidade de fluxo menstrual, período menstrual que se encontrava, problemas ginecológicos, problemas ginecológicos familiares, ter atividade sexual, idade do início da atividade sexual, uso de método contraceptivo, método contraceptivo utilizado, ter filhos, quantidade de filhos, complicações no parto e gravidez, ter feito aborto); 3- Modelo relativo aos antecedentes pessoais e hereditários (uso de medicação prescrita por médico, tratamento por problemas emocionais, algum membro da família que realizou tratamento por problemas emocionais, fumo, bebida alcoólica, ter alguma doença, dor e desconforto pela doença, dificuldade de lidar com dor e desconforto, a dor ou desconforto impede a realização de suas atividades (diária ou profissional), fadiga devido a doença).

No Modelo final foram incluídas as variáveis que permaneceram nos seus respectivos modelos por serem estatisticamente significantes na etapa anterior da análise multivariada.

2.8.PROBLEMAS METODOLÓGICOS

A recusa dos indivíduos em participar do estudo, ou perda, aqui caracterizada por aqueles que não concordaram em participar da pesquisa, ou aqueles que concordaram e que por algum motivo não completaram o questionário, foi em número reduzido conforme citado na descrição da amostra. Ainda assim, essas perdas não vieram introduzir nenhum viés de seleção dos participantes, pois as diferenças existentes entre os participantes e não-participantes do estudo foram avaliadas em relação às variáveis: idade, escolaridade, ocupação, situação conjugal e renda.

Para a acurácia das informações, procedeu-se um treinamento com as entrevistadoras e a pesquisadora responsável pelo trabalho de campo realizou avaliação constante e crítica dos dados coletados.

2.9.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização desta pesquisa foram obedecidas às orientações da Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde. A participação no estudo foi voluntária para todas as acadêmicas selecionadas. Foi verbalmente esclarecido que se tratava de uma pesquisa sobre o TDPM, e que seu anonimato seria preservado, sendo necessária sua autorização escrita para participarem da pesquisa, uma vez que foram utilizados um questionário e escalas já aplicadas em outros estudos. Foi esclarecido também que a sua não participação não resultaria em qualquer penalização e/ou prejuízo afetaria ou viesse a afetar sua integridade física, psíquica ou social. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob o nº **CAAE - 0001.0.100.172-08**.

REFERÊNCIAS

1. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(5):459-68.
2. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. primary care companion. *J Clin Psychiatry*. 2003;5(1):30-9.
3. Johnson SR. Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical Primer for Primer for Practitioners. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*, 2004; 104:845-859.

4. Moraes JL, Ximenes RC, dos Passos MP, Sougey EB. Validação da versão brasileira do Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
5. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. Arq.Ciênc. Saúde Unipar.2004.jan/abr; 8 (1): 11-7.
6. Webster SK, Martin HJ, Uchalik D, Gannon L. The Menstrual Symptom Questionnaire and spasmodic/congestive dysmenorrhea: measurement of an invalid construct. J Behav Med. 1979;2(1):1-19.
7. Camargo FMR, Carneiro MM, Melo VH. Ginecologia ambulatorial: Baseada em evidências, São Paulo, Coopmed, 2ª ED, 2007.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Pesquisa Nacional de Domicílios, 2007 [acesso dia 03.03.10 na Homepage: www.ibge.gov].

ASPECTOS ETIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: UMA REVISÃO.

ETIOLOGIC ASPECTS OF PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER: A REVIEW.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria/CCS/UFPE. Professora Assistente da Universidade Católica de Pernambuco e da Faculdade Integrada do Recife

CANTILINO, Amaury. Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do núcleo de pesquisa em Transtornos Afetivos do Hospital das Clínicas-UFPE.

SOUGEY, Everton Botelho. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria /CCS/UFPE.

Autora Responsável: Valéria Conceição Passos de Carvalho. Endereço para correspondência: Rua Guedes Pereira, 77 Edf. Amazone Apt. 401, Casa Amarela. Recife-PE. CEP 52.060-150. E-mail: valeriapassos@gmail.com

RESUMO:

Objetivo: Esta revisão tem por objetivo elucidar as principais hipóteses atuais sobre os fatores etiológicos do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). **Método:** Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados da PUBMED e BIREME, foram utilizadas os seguintes descritores do DeCS/MeSH: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Síndrome Pré-Menstrual e Etiologia, nos idiomas: português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2009. **Resultados:** Trinta e cinco estudos se enquadraram nos critérios de inclusão e destes, 21 artigos eram de revisão da literatura, 5 estudos do tipo corte transversal, 7 estudos do tipo coorte prospectivo e 1 estudo do tipo coorte retrospectivo. Foram identificadas como fatores etiológicos para o desenvolvimento do TDPM, as hipóteses da função ovariana, da função hormonal, dos neurotransmissores, genética e a dos fatores ambientais e vulnerabilidade. **Considerações Finais:** A etiologia do TDPM pode ser entendida com uma complexa multiplicidade de fatores. Nada existe ainda de conclusivo, futuras pesquisas serão necessárias para definir os processos etiopatogênicos do TDPM.

PALAVRAS CHAVES: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Síndrome Pré-Menstrual, Etiologia.

ABSTRACT:

Objectives: This review aims to elucidate the main current hypotheses about the etiological factors of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD). **Method:** We conducted a search in the databases of PubMed and BIREME, we used the following descriptors DeCS/MeSH: Premenstrual Dysphoric Disorder, Premenstrual Syndrome and Etiology in the following languages: Portuguese, English and Spanish, ranging from 2000 to 2009. **Results:** Thirty-five studies fit the inclusion criteria and of these, 21 articles were literature review, five were cross-sectional studies, seven were prospective cohort studies and one was a retrospective cohort study. The chances of ovarian function, hormonal function, neurotransmitters, genetics and environmental factors and vulnerability were identified as etiologic factors for the development of PMDD. **Conclusion:** The etiology of PMDD can be seen as a complex multiplicity of factors. There is nothing conclusive, further research will be needed to define the etiopathogenic processes of PMDD.

KEYWORDS: Premenstrual Dysphoric Disorder, Premenstrual Syndrome, Etiology.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, a mulher vem modificando o seu perfil junto à sociedade e, conseqüentemente, na família, desempenhando um papel mais ativo, independente e empreendedor. Entretanto, o período pré-menstrual para cerca de 80% a 90% destas representa uma época de vários desconfortos físicos, cognitivos e de humor, popularmente conhecida como a Tensão Pré-Menstrual (TPM).^(1,2,3)

A TPM é conceituada como um conjunto de alterações físicas e comportamentais, com predomínio das queixas relacionadas aos sintomas físicos como intumescimento das mamas, abdome, dores na região da coluna, cefaléia, entre outros. Em média existem mais de 150 sintomas atribuídos a TPM. A exacerbação dos sintomas de alteração do humor durante a fase pré-menstrual, com prejuízo importante na realização das suas atividades da vida diária e profissional, é reconhecida no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição revisada (DSM-IV) como o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM).^(3,4,5,6)

Diversos pesquisadores têm tentado elucidar as principais causas etiológicas do TPM/TDPM. Desta forma, foram propostas diversas teorias, porém sem conclusão definitiva acerca de um único fator que explique o complexo sintomatológico e sua fisiopatologia, permanecendo assim desconhecida. Entre as diversas teorias etiológicas podemos citar: as mudanças hormonais, alterações no sistema serotoninérgico, na função ovariana, na genética e no estilo de vida^(2,7).

De certa forma a estreita relação entre os neurotransmissores e os hormônios gonadais femininos é preconizada como uma explicação para o aparecimento e padrão

dos sintomas descritos no TDPM. Sendo a serotonina implicada em diversos estudos como a principal fonte desencadeadora dos sintomas de alterações de humor^(6, 8, 9,10).

Há indicação também do envolvimento de outros neurotransmissores e seus receptores, como por exemplo a dopamina, já que os sintomas como alteração de humor, déficit de atenção, incoordenação motora, desânimo, descontrole do peso corporal, são mediados pela sinalização dopaminérgica e compreendem as principais queixas das portadoras do TDPM⁽¹¹⁾.

De acordo com Freeman e Sondheimer, 2003⁽¹²⁾, é improvável que o TDPM seja decorrente apenas de um “desequilíbrio hormonal”. Os autores acreditam que as mudanças nos ciclos normais de hormônios sexuais seriam o ponto de gatilho para o desenvolvimento da sintomatologia. Desta forma as mulheres que desenvolvem o TDPM têm uma vulnerabilidade relacionada ao Sistema Nervoso Central (SNC), neurotransmissores, principalmente o serotoninérgico. Assim as alterações nos esteróides gonadais serviriam apenas como amplificador da desregulação serotoninérgica.

A função ovariana normal também é apontada como suposto fator deflagrador cíclico dos eventos bioquímicos relacionados ao período pré-menstrual, além da sua relação com o sistema nervoso central e de outros órgãos-alvo. A fundamentação dessa teoria está baseada na investigação dos neurotransmissores centrais neuroendócrinos moduladores e o papel do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) no desenvolvimento do TDPM.^(8,13)

Recentemente, vem se ampliando a pesquisa acerca da influência genética, investigada através de expressões fenóticas. A alta prevalência de transtornos do humor em mulheres pode estar relacionada à maior predisposição genética e à maior vulnerabilidade a eventos estressantes^(11,14).

Os fatores bio-sociais-demográficos vêm sendo propostos como forma de elucidar os mecanismos subjacentes para o desenvolvimento do TDPM, já que as teorias multifatoriais permanecem incertas e especulativas^(2,15).

Esta pesquisa se fundamenta pelo fato de haver uma lacuna em relação ao fator fisiopatológico que promoveria o aparecimento de sinais e sintomas presentes no TDPM, com o intuito de elucidar as principais teorias, suas evidências e controvérsias na construção de um conceito etiológico para o desenvolvimento do TDPM.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para localizar artigos sobre o transtorno disfórico pré-menstrual e sua etiologia, nas seguintes bases de dados: Bireme, Pubmed e Scielo. A lista de referências dos artigos foi avaliada para encontrar outras publicações relevantes, sendo incluídos todos os tipos de desenhos de estudo.

Foram utilizados os seguintes descritores do DeCS/MeSH: Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Síndrome Pré-menstrual e Etiologia, nas línguas: português, inglês e espanhol; o período pesquisado foi de 2000 até 2009. Tendo como critérios de inclusão: qualquer desenho de estudo; estudos que descrevam a etiologia do TPM/TDPM; se encontrar no período selecionado para a pesquisa. E como critérios de exclusão: estudos sobre a Tensão Pré-Menstrual (TPM) sem menção ao Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM); estudos sobre o ciclo menstrual com abordagem apenas nos sintomas físicos; estudos cuja abordagem fosse apenas terapêutica, farmacológica ou convencional. O tamanho da amostra foi de 6008 mulheres.

Os artigos foram lidos na íntegra, e os dados foram extraídos de acordo com os seguintes parâmetros: desenho do estudo, tamanho da amostra (quando possível) e conclusão. A avaliação quantitativa da qualidade metodológica não foi realizada, pois na proposta etiológica do TDPM diversos estudos se baseiam em revisões da literatura, entretanto, nos estudos quantitativos foi realizada uma análise com base em aspectos como o recrutamento da população do estudo, seus materiais e métodos e análise estatística utilizada.

RESULTADOS

Cento e dois estudos localizados investigaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM). Trinta e quatro destes preencheram os critérios de seleção para esta revisão e estão apresentados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Descrição dos estudos originais que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual.

Autores	Desenho do Estudo	Tamanho da Amostra	Conclusões
Antunes et al, 2004	Estudo de corte transversal	32 universitárias	Seus resultados sugerem que os transtornos de humor ligados a variação pré-menstrual não parecem melhorar com uso de anticoncepcionais.

Bianco et al, 2004	Estudo corte transversal	93 universitárias	Os autores sugerem que os fatores hormonais (progesterona e estrógeno) têm papel na fisiopatologia do TDPM assim como no surgimento de episódios depressivos.
Critchlow et al, 2001	Estudo de coorte prospectivo	88 mulheres	Para os autores a neurotransmissão serotoninérgica parece fortemente implicada no TDPM e na Depressão.
Hsu et al., 2007	Estudo de Coorte Prospectivo	51 mulheres	As semelhanças entre TDPM e Transtornos depressivos durante a fase lútea sugerem uma psicopatologia semelhantes.
Hsiao et al, 2004	Estudo de Coorte prospectivo	43 mulheres	Não houve correlação estatisticamente significativa entre o TDPM e avaliações de estrogênio ou de progesterona.
Huo, et al,2007	Estudo de Coorte Prospectivo	147 mulheres	Seus achados revelam que houve uma associação entre variantes alélicas no gene receptor alfa de estrogênio e o desenvolvimento do TDPM, sendo este o primeiro resultado positivo nesta desordem genética.
Hudson et al,2009	Estudo de Coorte Prospectivo	122 pacientes e 330 parentes	Os autores referem que existe uma forte agregação entre a hereditariedade com as doenças afetivas,entre elas o TDPM, devido ao fato de compartilharem uma anormalidade fisiológica hereditária com relação a sua etiologia.

Lane e Francis,2003	Estudo de corte transversal	69 mulheres	A perda de controle emocional pode ser associada à susceptibilidade a depressão ou ansiedade durante as mudanças emocionais vivenciadas durante o período menstrual.
Matsumoto et al,2007	Estudo de Coorte prospectivo	62 mulheres	Os mecanismos fisiopatológicos da TDPM permanecem obscuros, entretanto no presente estudo observou-se que o funcionamento alterado do sistema nervoso autônomo na fase lútea tardia pode estar associada a diversos sintomas psicossomáticos e comportamentais.
Payene et al, 2009	Estudo de corte transversal	2816 mulheres	Os sintomas de alteração de humor durante o período pré-menstrual não apresentaram agregação familiar.
Pincus e Schmidt, 2008	Estudo de Coorte Prospectivo	32 pacientes	A dinâmica da regulação do estado de humor, é endocrinológica e dependente do tempo e da amplitude de pulsos hormonais (estrogênio e progesterona).
Takeda et al,2006	Estudo de Coorte Retrospectivo	1152 mulheres	As causas do TDPM não foram claramente elucidadas, são sugeridas as seguintes causas: alterações hormonais, Neurotransmissores, dieta, estresse e estilo de vida.
Yang et al, 2008	Estudo de Corte Transversal	971 mulheres	O mecanismo etiológico do TDPM está relacionado aos

			neurotransmissores, em especial a Serotonina.
--	--	--	---

Tabela 2. Descrição dos estudos de revisão que avaliaram a etiologia do Transtorno Disfórico Pré-menstrual.

Autores	Desenho do Estudo	Local do Estudo	Considerações Finais
Andrade et al,2006	Artigo de revisão	São Paulo	Diversos fatores são apontados como fatores etiológicos para o TDPM
Batra e Harper,2002	Artigo de revisão e relato de caso	Lebanon	Os autores referem que não existe uma causa exata para a TDPM.
Braverman, 2007	Artigo de Revisão	Ohio	A etiologia exata da TPM é atualmente desconhecida, mas provavelmente é resultado de uma interação entre esteróides sexuais e neurotransmissores
Born et al, 2005	Artigo de Revisão	Canadá	Mulheres com TDPM relatam histórico de trauma ou abuso físico e estão mais sujeitas a apresentar uma resposta neuroendócrina diferenciada após exposição a um fator ou evento estressante.
Freeman e Sondheimer, 2003	Artigo de revisão	Philadelphia	As que mulheres que desenvolvem TDPM parecem ter desregulação serotoninérgica que pode ser desencadeada por alterações cíclicas de esteróides gonadais.
Indusekhar,et al.,2007	Artigo de Revisão	North Staffordshire	O mecanismo fisiopatológico da TDPM permanece obscuro, com diversas teorias sendo estudadas para elucidar esta questão.
Johnson,2004	Artigo de Revisão	Lowa	O papel da serotonina

			está bem estabelecido como fator etiológico no TDPM
Medeiros e Medeiros, 2007	Artigo de Revisão	Cuiabá	A discordância entre pulsos e níveis basais de FSH e LH ao longo dos anos reprodutivos permite especular a existência de mecanismos mais complexos, não totalmente compreendidos, na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano e suas implicações no ciclo menstrual.
Miller e Miller, 2001	Artigo de Revisão	East Tennessee	As mudanças dinâmicas que ocorrem durante o ciclo menstrual afetam a maioria das funções do sistema endócrino, levando a alterações imunológicas, neurológicas e comportamentais, que pode levar ao agravamento da tensão pré-menstrual .
Melo et al, 2006	Artigo de Revisão	São Paulo	As alterações menstruais funcionais resultam primariamente da ação direta dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, provavelmente modulados por CRH, induzindo maior atividade de ACTH e β -endorfina.
Nahas et al., 2006	Artigo de Revisão	Botucatu	O papel da prolactina na patogênese dos distúrbios psiquiátricos pode refletir uma ação direta do SNC e indireta dos hormônios gonadais com diminuição da dopamina circulante.

Nogueira e Pinto Silva, 2003	Artigo de Revisão	Campinas	As alterações hormonais cíclicas podem desencadear alterações menstruais como o TDPM
Pearlstein e Steiner,2008	Artigo de Revisão	Toronto	A etiologia do TDPM é multifatorial. Em particular, a desregulação da serotonina e allopregnanolone.
Poromaa et al, 2003	Artigo de revisão	New York	O sistema GABA está envolvido na etiologia da TDPM.
Rubinow e Schmidt, 2006	Artigo de revisão	Bethesda	No TDPM ocorrem alterações nos neurotransmissores contribuindo para a sensibilidade diferencial que permite que os esteróides reprodutivos desestabilizem o humor em algumas mulheres.
Soares e Zitek,2008	Artigo de Revisão	Hamilton	Diferentes hipóteses que envolvem os hormônios esteróides ovarianos têm sido postuladas para explicar a ocorrência de graves sintomas pré-menstruais. Embora as diferenças nas concentrações dos esteróides ovarianos pode ser a base a ocorrência de sintomas de humor nesta desordem, as evidências que apóiam essa hipótese continua limitada.
Steiner,2000	Artigo de Revisão	Hamilton	A etiologia da TPM grave e do TDPM é desconhecida, sendo consenso que a função ovariana normal (ao invés de desequilíbrio hormonal) é o fator principal para os eventos bioquímicos no sistema nervoso central e outros órgãos.

Usman et al., 2088	Artigo de Revisão	North Staffordshire	A etiologia do TDPM permanece desconhecida, entretanto a deficiência da serotonina reduz a sensibilidade a progesterona nas mulheres com TDPM.
Valadares et al.,2006	Artigo de Revisão	Minas Gerais	A etiologia do TDPM é multifatorial.
Veras e Nardir, 2005	Artigo de Revisão	Rio de Janeiro	Existe um papel dos hormônios na etiologia dos transtornos de humor, entretanto, com relação ao TDPM não encontraram evidências desta relação.
Yonkers et al.,2008	Artigo de Revisão	New Haven	A etiologia do TDPM é multifatorial.

1. HIPÓTESE DA FUNÇÃO OVARIANA

A etiologia da TDPM estaria relacionada a gatilhos cíclicos na função ovariana, estando esta intimamente ligada a eventos biomecânicos que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) e em outros tecidos. Atualmente, existe um consenso de que a função ovariana normal, e não algum desequilíbrio hormonal, seja a desencadeadora dos eventos bioquímicos relacionados ao TDPM no SNC, encorajando investigações a respeito da neuromodulação central pelos hormônios gonadais sobre os neurotransmissores e os sistemas circadianos que influenciam o humor, o comportamento e a cognição. A ligação entre as funções dos hormônios ovarianos e os neurotransmissores aponta para uma cadeia de eventos que pode ser afetada pela alteração ou manipulação de vários links, a nível central ou periférico ^(6,16,17).

Após o estímulo do eixo córtex cerebral no eixo hipotálamo-hipofisário, um número de folículos ovarianos produz cíclica e regularmente os esteróides sexuais, determinando o ritmo menstrual e ovulatório na mulher. Entretanto, existem inúmeros mecanismos envolvidos neste processo, modulado por neurotransmissores, enzimas específicas necessárias a esteroidogênese, proteínas transportadoras, prostaglandinas, entre outros. A partir deste ponto de vista pode se denominar uma teoria unitária, em que uma alteração em quaisquer desses elementos poderá resultar na função inadequada do eixo córtex-hipotálamo-hipófise-ovariano, e assim uma secreção inadequada de esteróides que produziriam os distúrbios menstruais ^(17,18,19).

Na teoria unitária ocorre o comprometimento da função ovariana dividida em dois tipos: o primeiro seria a secreção inadequada de esteróides e o segundo a anovulação, desta forma teríamos mecanismos que bloqueariam a ação ovariana. Desta forma as alterações menstruais resultam da ação direta dos hormônios do eixo HPA, modulado pelo hormônio liberador de corticotrofina (CRH), induzindo a uma maior atividade do ACTH e da beta-endorfina ^(19,20).

Por outro lado, Freeman e Sondheimer, 2003⁽¹²⁾ dão suporte a outra hipótese, na qual a ovulação seria uma condição necessária para a ocorrência dos sintomas pré-menstruais e que as variações hormonais da fase lútea não seriam responsáveis pela manifestação dos sintomas pré-menstruais. Os resultados da sua pesquisa sugerem que os níveis de estrógeno e progesterona, avaliados diariamente ao longo do ciclo menstrual, foram consistentemente superiores aos valores médios normais, porém não de maneira significativa, quando comparadas as portadoras de TDPM e as do grupo controle.

2. HIPÓTESE HORMONAL

O papel da variação dos hormônios sexuais femininos é considerado de central importância na sintomatologia pré-menstrual, pois a ação hormonal é uma das principais fontes de influência sobre o comportamento e alterações de humor ao longo do ciclo menstrual. O ciclo hormonal apresenta um mecanismo de feedback mútuo entre os Hormônios Luteinizantes (LH), Hormônios Folículo Estimulantes (FSH) e os gonadais (Progesterona e Estrogênio), sendo o ciclo hormonal feminino dividido em duas fases: folicular e lútea. A fase folicular corresponde, na mulher, à fase pós-menstrual, encerrando-se com a ovulação. Na ausência de fecundação, a fase lútea se instala, correspondendo à fase pré-menstrual. Durante a fase lútea observa-se um aumento na concentração da progesterona e discreto aumento na concentração de estrogênio ^(6,8,21,22).

As mudanças hormonais podem influenciar no controle do humor, devido a sua influência direta ou indireta nos diversos neurotransmissores. Desta forma, estudiosos defendem a hipótese de que se espera a detecção de padrões hormonais anormais entre os pacientes portadores de algum transtorno de humor, a exemplo do TDPM ^(8,11,21,22).

Esse pensamento se fundamenta pelo fato de que o hormônio de liberação da gonadotrofina (GnRH) é liberado por neurônios hipotalâmicos, que são os principais mediadores do sistema reprodutivo. Os hormônios esteróides sexuais modulam a

secreção hipotalâmica de GnRH de forma indireta, assim o feedback negativo da progesterona ocorre no hipotálamo, o que reduz a frequência dos pulsos de GnRH e, por conseguinte, os pulsos de LH. E o feedback negativo do estradiol ocorreria a nível hipofisário, o que reduziria apenas a amplitude de pulsos de LH ^(3,23).

Desta forma a ativação dos sistemas colinérgico, dopaminérgico e noradrenérgico alterariam a concentração citoplasmática de receptores de estrogênio no hipotálamo, aumentando os agonistas e antagonistas muscarínicos. Portanto a ativação do sistema de neurotransmissores pode possuir um efeito modulador direto nas ligações de hormônios gonadais no sistema nervoso central. Assim, os sistemas que sofreriam influência dos hormônios esteróides e por sua vez influenciariam a liberação de GnRH seriam os opióides, GABAérgicos, catecolamínicos e o neurônio neuropeptídeo Y (NPY), o que levaria a quadros de alteração de humor durante o ciclo menstrual ^(1,16,17).

Todavia, um estudo foi realizado por Matsumoto et al, 2007⁽¹⁵⁾, em 62 mulheres na faixa etária de 20 aos 40 anos com ciclos menstruais regulares, categorizadas em três grupos (controle, TPM e TDPM), sem a presença de nenhuma comorbidade. Encontrou-se que a concentração de estrogênio e progesterona na urina foi elevada a partir da fase folicular para a fase lútea nos três grupos. A comparação dos grupos não revelou diferença significativa dos hormônios do ovário ou na composição corporal durante o ciclo menstrual entre os três grupos. Dados condizentes com o de Johnson, 2004⁽⁵⁾, que relata não haver nenhum valor em obter níveis de alguns hormônios reprodutivos como o estradiol, a progesterona, a testosterona, entre outros, pois estes níveis não variam entre as mulheres portadoras do TDPM quando comparadas as controle.

Em um estudo prospectivo, conduzido no programa de depressão e TPM/TDPM em Taiwan, Hsiao et al, 2004 ⁽⁷⁾, analisou-se o nível de estrogênio e progesterona pré-menstrual plasmático médio em 43 mulheres na faixa etária de 19 a 44 anos. Os achados revelam que a média do estrogênio foi de 101,21pg/ml e da progesterona foi de 8,64 ng/ml, não sendo observada nenhuma correlação estatisticamente significativa entre os níveis de estrogênio e progesterona e a depressão. E como conclusão os autores relataram não haver diferenças estatísticas significantes ao se correlacionar a depressão ou ansiedade e avaliações nas concentrações de estrógeno e progesterona, demonstrando que a gravidade dos sintomas pode ser influenciada por outros fatores como os ambientais, além dos hormonais. Dados esses corroborados por Rubinow e Schmidt, 2006 ⁽²⁴⁾ que também não conseguiram dar suporte ao excesso ou deficiência de esteróides gonadais no TDPM.

Recentemente, mais atenção vem sendo dada ao papel dos androgênios na disforia pré-menstrual. Novas investigações sugerem que mulheres com TPM/TDPM apresentam níveis mais elevados de testosterona na fase lútea, o que pode contribuir primariamente para o sintoma de irritabilidade. Os androgênios promovem o apetite sexual e vêm sendo correlacionados com alterações de humor e comportamentos impulsivos. Propõe-se então uma relação inversa entre os androgênios e a atividade serotoninérgica, o que reforça o possível papel do primeiro no transtorno, parcialmente mediado pela redução da atividade serotoninérgica. Outro dado de suporte para essa teoria seria a melhora dos sintomas disfóricos com o uso de antagonistas androgênicos para mulheres que apresentam altos níveis séricos de testosterona ⁽⁶⁾.

Numa revisão da literatura foi investigada a relação entre os estados hiperprolactinêmicos e sua interrelação com o psiquismo. A hiperprolactinemia é um distúrbio endócrino freqüente no eixo hipotálamo-hipofisário, comum em mulheres em idade reprodutiva. Caracteriza-se pela elevação dos valores plasmáticos de prolactina. A regulação da produção da prolactina dá-se por meio da ação inibitória da dopamina. As manifestações clínicas são distúrbios no ciclo menstrual, amenorréia, entre outros. Entretanto sintomas psicológicos, como depressão e ansiedade, têm sido associados à hiperprolactinemia. O papel da prolactina na patogênese dos distúrbios psiquiátricos pode refletir uma ação direta do SNC e indireta dos homônios gonadais com diminuição da dopamina circulante ^(25,26).

3. HIPÓTESE DOS NEUROTRANSMISSORES

Diversos neurotransmissores têm sido avaliados como possíveis reguladores em potencial dos transtornos de humor no período pré-menstrual. Entre eles temos: o Ácido Gama-Aminobutírico (GABA) e a Serotonina (5HT – inibição do comportamento), a dopamina (ativação do comportamento), a noradrenalina (controle do comportamento), entre outros ^(8,14,15). Segundo a teoria dos neurotransmissores ocorreria uma instabilidade ou mesmo uma desordem no sistema nervoso autônomo, que poderia induzir a vários fenômenos psicofisiológicos, como a sintomatologia pré-menstrual ^(3,23,24).

A alteração da função GABA tem sido demonstrada em estudos clínicos relacionados ao TDPM. As evidências apontam para uma sensibilidade do receptor GABA_a. A causa deste fenômeno não foi elucidada ainda ^(23,27,28).

Uma hipótese pesquisada está relacionada ao fato de que a expressão GABA_a, pode ser regulada por moduladores endógenos, como os hormônios esteróides que atuariam como fatores de transcrição na regulação da expressão de proteínas. Assim os neuroesteróides allopregnanolone e o pregnanolone (metabólicos da progesterona) potencializariam o GABA_a, com hiperpolarização e agiriam de modo semelhante aos barbitúricos. Assim a progesterona produzida pelo corpo lúteo é uma fonte importante de neuroesteróides em mulheres na idade fértil, o que aumentaria a resposta a estímulos nocivos e de estresse. O aumento da progesterona e seus metabólicos neuroesteróides poderiam ter efeito de feedback negativo no eixo HPA, ou seja, a exposição crônica ao e/ou retirada de neuroesteróides podem influenciar a função GABA_a, o que contribuiria para a manifestação dos sintomas de humor durante a fase lútea em mulheres predispostas ^(3,16,27,28).

A serotonina é um neurotransmissor derivado do triptofano, apontada como fator deflagrador da patogênese no TDPM, visto que a disforia menstrual pode ter características iguais a outras desordens do humor e da ansiedade que foram relacionadas à deficiência orgânica serotoninérgica ^(3,17).

Uma evidência desta hipótese é o efeito inibidor da serotonina na conduta e modulação da atividade psíquica, sendo muito utilizado nos medicamentos antidepressivos, pois produz um aumento da disponibilidade desta substância nas sinapses nervosas. Mulheres portadoras do TDPM apresentaram níveis mais baixos de serotonina e menor absorção de serotonina durante a fase pré-menstrual ^(6,13,29,30).

Outra evidência da serotonina como fator etiológico do TDPM está na conexão entre os hormônios gonadais e os transtornos do humor que ocorrem na puberdade e que são mediados pelo sistema neuronal serotoninérgico. A alteração nos hormônios gonadais modificaria a produção dos receptores de serotonina, agindo na transcrição protéica. Desta forma, as mudanças na função e na distribuição dos receptores 5-HT causadas pela variação hormonal que acompanha a menarca podem aumentar a vulnerabilidade para a ocorrência dos transtornos de humor ^(11,22,28).

Em pesquisa realizada para avaliar a variação dos neurotransmissores em mulheres portadoras do TDPM e num grupo controle, revelou-se a existência de uma alteração na atividade dos neurotransmissores com diminuição de sua variabilidade no grupo portador do TDPM quando comparado ao controle. Os autores analisaram também a frequência cardíaca (FC) como investigação para a regulação central do estado autônomo, examinando a relação intrínseca entre os processos psico-fisiológicos

e os comportamentais. Os principais resultados do estudo indicam que há diferenças durante o ciclo menstrual em todos os parâmetros da FC para ambos os grupos, sendo que os sintomas de flutuação da FC foram mais graves nas portadoras do TDPM. Foi observado ainda que a atividade do sistema nervoso parassimpático se encontra diminuída na fase lútea sintomática. Esses achados sugerem que as mulheres com TDPM apresentam redução do tônus vagal quando comparadas aos controles, mais evidente na fase lútea, ou seja, a ocorrência da sintomatologia pré-menstrual poderia ser atribuída a uma alteração do funcionamento autônomo do sistema nervoso na fase lútea, indicando que a atividade simpaticovagal foi alterada, e isto implica que as mulheres com baixa função autonômica, são vulneráveis a graves distúrbios pré-menstruais ⁽⁸⁾.

4.HIPÓTESE DOS FATORES AMBIENTAIS E VULNERABILIDADE

As mudanças de humor estão relacionadas a diversas fases da vida da mulher, entre elas podemos citar: a puberdade, o período menstrual, o parto e a menopausa. Estes eventos também podem ser agravados devido a problemas psicossociais como o estado civil, a baixa escolaridade, a baixa renda, a eventos estressantes na vida, a pressão social e familiar, entre outros. Aumentando o risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos ⁽²²⁾.

O estresse psicológico pode desencadear alterações relevantes durante o ciclo menstrual. Fato este observado após a associação de estados de extremo estresse com quadros de amenorréias. Em um ensaio clínico realizado em primatas, observou-se que as macacas submetidas à condição social de subordinação apresentaram alterações na função ovariana, com baixa concentração de estrogênio circulante, comparadas as primatas mantidas com hábitos de vida não estressantes ⁽¹⁹⁾.

Quando a mulher é submetida a um estresse social crônico, pode ter a sua função reprodutiva prejudicada, pois a mesma pode desenvolver quadros de anovulação ou amenorréia. Desta forma, os fatores estressantes suprimem o eixo reprodutivo por uma ação primária em sua porção central, mais especificamente reduzindo a liberação de GnRH. O nível de hormônios gonadais também é determinante no impacto que um fator estressante causará no eixo reprodutor ⁽³¹⁾.

De acordo Veras e Nardi, 2006 ⁽¹¹⁾, os transtornos de humor tornam-se duas vezes mais prevalentes em mulheres que apresentam menarca precoce ou tardia, e essas alterações de humor sofrem forte influência dos fatores ambientais sobre a resposta hormonal. Os autores acreditam que existe uma correlação entre o afeto negativo e as

alterações hormonais, com aumento nos níveis de estradiol, testosterona e cortisol o que resultaria em alterações de humor durante o ciclo menstrual. Outro fator que vem sendo alvo de estudos clínicos, genéticos e psicofarmacológicos é o perfil da personalidade, pois surge a hipótese de que existe influência neurobiológica múltipla no traço da personalidade em resposta aos eventos que ocorrem durante o ciclo menstrual. Deste modo características específicas de personalidade como o “neuroticismo”, associadas às expectativas negativas em relação à menstruação, aprendidas no ambiente social da mulher, são apontadas como fatores determinantes na maneira como o ciclo menstrual é vivenciado (fatores externos), sendo mencionadas como fatores predisponentes e relevantes para o desenvolvimento da sintomatologia no TDPM ⁽²⁹⁾.

Estudos que utilizarão a avaliação cognitiva através de testes neuropsicológicos, durante a fase folicular e lútea, revelam que mulheres com TDPM apresentaram dificuldades significativamente maiores em apreender material novo. O contexto desta vulnerabilidade também incluiria entre os seus variados aspectos a propensão a transtornos depressivos, produto de interações complexas entre fatores genéticos, de desenvolvimento e situacionais. Por exemplo, história de dificuldades emocionais, particularmente depressão, tem sido considerada como fator predisponente ao desenvolvimento de sintomas depressivos no período pré-menstrual ^(20,32).

Entre os fatores externos como influenciadores no desenvolvimento do TDPM, temos: os hábitos alimentares, principalmente em mulheres que fazem uso contínuo ou abusivo de chocolate, cafeína, sucos de frutas e álcool. Outra temática abordada é a deficiência de vitamina B6 e magnésio como possíveis desencadeadoras dos sintomas de humor do TDPM. Porém, até o momento, o papel desses nutrientes na causa ou no tratamento não foi confirmado ^(6,17).

5. HIPÓTESE DOS FATORES GENÉTICOS

Os estudos genéticos conduzidos entre mulheres portadoras de síndromes pré-menstruais são poucos e apresentam em sua maioria problemas metodológicos. De maneira geral as pesquisas conduzidas entre gêmeas homozigotas revelam que as mesmas têm maior chance de desenvolver TPM/TDPM quando comparadas aos dizigotos ^(17,33).

A teoria da hereditariedade como influenciadora nos sintomas pré-menstruais, estaria ligada a fatores genéticos, pois em desenhos de estudo retrospectivo foi possível

se observar uma relação entre mulheres e mães que se queixam de sintomatologia pré-menstrual^(10,34).

Em pesquisa multicêntrica com um total de 2876 mulheres, Payne et al.,2009⁽³⁵⁾ revelaram que 64.1% da amostra tinha transtorno bipolar, e 70.7% tinham depressão. Entretanto, os sintomas de humor relatados no período pré-menstrual não estiveram associados às famílias com desordem bipolar ou às famílias com depressão. Os autores concluíram que a agregação familiar não estaria relacionada com as alterações de humor durante o período pré-menstrual. No entanto, estudos prévios com gêmeos mostram a associação de um componente genético nos sintomas de humor ocorridos durante o período pré-menstrual. Estes dados levaram à hipótese de que a variação genética contribui ao risco para o desenvolvimento de sintomas de humor no período pré-menstrual, mas por outro lado, os mesmos referem que os achados são inconsistentes.

Os resultados ditos como inconsistentes podem ser justificados devido a problemas metodológicos. A amostra foi composta por pessoas que tinham distúrbios psicológicos e sob efeito de medicação, ou seja, um viés de seleção. Este fato impossibilita o controle do fator confundidor para agregação familiar e os sintomas de humor durante o período menstrual.

Huo ,et al., 2007⁽¹⁴⁾, realizaram um estudo genético pioneiro ao realizar análise de haplótipo de receptores alfa e beta do estrogênio (ER alfa e beta) em 91 com TDPM e 56 assintomáticas. Esses receptores foram selecionados devido a sua interação com diversos neurotransmissores e neuropeptídeos, desempenhando papel importante em praticamente todos os elementos do SNC. Além disso, teve papel decisivo na excitação, que poderia explicar os sintomas somáticos, cognitivos e afetivos do TDPM. Seus achados revelam que houve uma associação entre variantes alélicas no gene receptor alfa de estrogênio como possível base genética para o TDPM.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese ovariana parece sugerir que haveria um gatilho e subsequente sucessão de eventos bioquímicos no SNC e em outros tecidos-avulsos, provocando sintomas em mulheres vulneráveis. Entretanto, não existem evidências baseadas em estudos experimentais/biológicos que apoiem essa hipótese.

Nesta revisão os estudos não confirmaram nenhuma correlação entre o TDPM e o excesso de estrogênio, déficit de progesterona, ou mudança nas taxas de

estrógeno/progesterona. Assim as evidências são inconsistentes e controversas havendo necessidade de mais estudos.

Os achados acerca dos neurotransmissores parecem mais consistentes, tratando-se notadamente do envolvimento do sistema serotoninérgico regulador dos estados de humor. Sintomas como, irritabilidade, ansiedade entre outros sintomas são exacerbados na fase lútea do ciclo menstrual e cedem à intervenção medicamentosa de antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS).

Poucos estudos abordam a teoria da vulnerabilidade e fatores ambientais como desencadeadores do TDPM. Entretanto, os fatores sociais parecem exercer influência negativa agravando os sintomas. As hipóteses que envolvem estresse e alterações metabólicas parecem estar relacionadas às alterações de humor no período menstrual quando afetam ou influenciam a atividade do GnRH.

A hereditariedade é descrita como um forte componente para o desenvolvimento do TDPM, pois do ponto de vista teórico pode-se inferir que indivíduos com alterações de humor podem compartilhar alterações neuropsicológicas ou biológicas herdadas de seus familiares.

Finalmente, as hipóteses etiológicas para a origem do TDPM ainda carecem de evidências conclusivas, sendo improvável que uma única destas hipóteses isoladamente possa explicar os sintomas dessa síndrome. Assim, a etiologia permanece especulativa e controversa. Futuras pesquisas com múltiplas abordagens serão necessárias para produzir evidências suficientes e explicativas da origem do TDPM.

REFERÊNCIAS

1. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Arq.Ciênc. Saúde Unipar.*2004.jan/abr; 8 (1): 11-7.
- 2.Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese Women. *Arch Womens Ment Health*, 2006; 9:209-212.
- 3.Pearlstein T, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(4):291-301.
- 4.Miller MN, Miller BE. Premenstrual exacerbations of mood disorders. *Psychopharmacology Bulletin:Summer,2001; 35(3): 135-147.*
- 5.Johnson SR. Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical Primer for Practitioners. *The American College of Obstetricians and Gynecologist*, 2004; 104:845-859.

6. Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão- conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiq.Clin.* 2006; 33(3): 117-123.
7. Hsiao CC, Liu CY, Hsiao MC. No correlation of depression and anxiety to plasma estrogen and progesterone levels in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2004; 58: 593-599.
8. Poromaa IS, Smith S, Gullinello M. GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6:23-41.
9. Pincus SM, Schmidt PJ, Negro-Palladino P, Rubinow DR. Differentiation of women with premenstrual dysphoric disorder, recurrent brief depression, and healthy controls by daily mood rating dynamics. *Journal of Psychiatric Research*, 2008; 42:337-347.
10. Crilchlow DG, Bond AJ, W J. Mood disorder history and Personality Assessment in Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62(9):688-92.
11. Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J.bras.psiquiatr.* 2005; 54(1):57-68.
12. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: recognition and treatment. *J Clin psychiatry*. 2003; 5(1):30-9.
13. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 2000; 25(5):459-468.
14. Huo L, Straub RE, Roca C, Schmidt PJ, Shi K, Vakkalanka R, et al. Risk for Premenstrual Dysphoric Disorder is associated with genetic variation in ESR1, the estrogen receptor alpha gene. *Bio Psychiatry*. 2007; 62:925-933.
15. Matsumoto T, Ushiroyama T, Kimura T, Hayashi T, Moritani T. Altered autonomic nervous system activity as a potential etiological factor of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *BioPsychoSocial Medicine*. 2007; 1(24): 1-8.
16. Batra P, Harper DM. Recognizing and treating premenstrual dysphoric disorder. *JCOM*. 2002 fev; 9(2):87-98.
17. Yonkers KA, O'Brien S, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet*. 2008; 371: 1200-10.
18. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clin*, 2006; 33(2): 43-54.
19. Melo NR, Machado RB, Fernandes CE. Irregularidades menstruais-inter-relações com o psiquismo. *Rev.Psiq. Clin*. 2006; 33(2):55-9.

20. Indusekhar R, Usman SB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2007; 21(2):207-220.
21. Antunes G, Rico VV, Goveia Jr A. Variações da ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do uso de pílulas anticoncepcionais. *Interação em Psicologia*, 2004; 8(1): 81-7.
22. Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability?. *J Psychiatry Neurosci*. 2008;33(4):331-43.
23. Braverman PK, Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007; 20:3-12.
24. Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroid regulation of mood: The lessons of premenstrual syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 2006; 27:210-216.
25. Nahas EAP, Nahas-Neto J, Pontes A, Dias R, Fernandes CE. Estados hiperprolactinêmicos inter-relações com o psiquismo. *Ver. Psiq. Clin*. 2006, 33(2): 68-73.
26. Nogueira CWM, Pinto e Silva JL. O impacto do ciclo menstrual na biologia feminina. *Femina*. 2006. nov; 34(1): 743-47.
27. Medeiros SF, Medeiros MMWY. Modificações dos níveis de gonadotrofinas durante a vida reprodutiva. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):48-55.
28. Usman S. B., Indusekhar R., O'Brien S., Hormonal management of premenstrual Syndrome. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008; 22(2):251-250.
29. Hsu SC, Liu CY, Hsiao. A comparison of the tridimensional personality questionnaire in premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2007, 48: 366-370.
30. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Ghang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *Journal of Women's Health*, 2008; 17(1): 113-121.
31. Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares CN. Trauma e the reproductive lifecycle in women. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005;27 (supl II):65-72.
32. Lane T, Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Womens Ment Health*. 2003, 6:127-138.
33. Hudson JI, Mangweth B, Pope jr HG, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, et al. Family study affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009, Feb;60:170-77.

34. Payne JI, Klein SR, Zamoiski RB, Zandi PP, Bienvenu OJ, MacKinnon DF et al. Premenstrual mood symptoms: study of familiarity and personality correlates in mood disorder pedigrees. *Arch Womens Ment Health*, 2009; 12:27-34.

Artigo Original

Prevalência da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre Estudantes Universitárias

Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Among Undergraduate Students

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de¹, CANTILINO, Amaury², GONÇALVES, Clara Rezende Krause³, MOURA, Renata Tenório⁴, SOUGEY, Everton Botelho⁵

RESUMO

A síndrome de tensão pré-menstrual e o Transtorno Dísfórico Pré-menstrual afetam milhares de mulheres em todo o mundo em idade reprodutiva. O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência da síndrome de tensão pré-menstrual e o Transtorno Disfórico Pré-menstrual entre universitárias. Estudo do tipo corte transversal descritivo e analítico, realizado entre abril de 2007 e maio de 2008, em 109 universitárias. Os instrumentos utilizados foram: Questionário contendo questões sócio-econômicas, Escala de Sintomas Menstruais, Escala de Auto-avaliação de Síndrome do Transtorno pré-menstrual de Steiner e o Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão. Na análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. A faixa etária predominante foi de 18 a 25 anos em 92,7% dos casos, 83,5% eram solteiras, 29,4% das acadêmicas tomaram algum tipo de medicação e dentre estas 15,6% referiram ser estes medicamentos para depressão. A prevalência da Síndrome de tensão pré-menstrual foi de 67% e o Transtorno disfórico pré-menstrual foi de 3%. Entre as universitárias com o Transtorno disfórico pré-menstrual observou-se um predomínio de sintomas depressivos e alteração de humor, sendo necessária a ampliação deste estudo para identificar melhor esta relação.

PALAVRAS CHAVE: Síndrome de Tensão Pré-Menstrual, Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Saúde da mulher, Sintomas depressivos, Universitárias.

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Professora Assistente da Universidade Católica de Pernambuco e da Faculdade Integrada do Recife.

²Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do núcleo de pesquisa em Transtornos Afetivos do Hospital das Clínicas - UFPE.

³Graduada em Fisioterapia.

⁵Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria-CCS/UFPE.

Correspondência: Valéria Conceição Passos de Carvalho.

Endereço: Rua Guedes Pereira, 77. Edif. Amazone. Aptº. 401. Casa Amarela. CEP. 52.060-150. Recife-PE. E-mail: valeriapassos@gmail.com

Trabalho desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria/Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

ABSTRACT

The Premenstrual Syndrome and the Premenstrual Dysphoric Disorder affect thousands of women in reproductive age around the world. The objective of the study was to evaluate the prevalence of The Premenstrual Syndrome and the Premenstrual Dysphoric Disorder in a menstrual cycle, in a population of undergraduate students. The cross-sectional descriptive and analytical study was carried between April of 2007 and May of 2008, in 109 undergraduate students. The instruments used for accomplishing this research were: a questionnaire with social-economic data, the Menstrual Symptom questionnaire, a self-report questionnaire of premenstrual syndrome of Steiner and the Self-Rating Hamilton Depression Questionnaire. Statistical analysis was descriptive and analytical, using the Chi-square test or Fisher's accurate test. All the conclusions have been taken to the level of significance of 5%. The Predominant age span was between 18 and 25 years of age in 92,7% of the cases; 83.5% were single woman; 29.4% of the academics had taken some type of medication and amongst these 15.6% mentioned the taking of depression medicines. A prevalence of Premenstrual Syndrome was 67% and Premenstrual Dysphoric Disorder around 3%. A predominance of symptoms of depression and emotional upheavals was observed amongst the undergraduate students with Premenstrual Dysphoric Disorder. Further studies are needed to better identify this relation.

KEY WORDS: Premenstrual Syndrome; Premenstrual Dysphoric Disorder, Women's Health, Symptoms of depression, Undergraduate student.

INTRODUÇÃO

A síndrome de tensão pré-menstrual (STPM) e o Transtorno Dístico Pré-menstrual (TDPM) afetam milhares de mulheres em todo o mundo. Sendo a STPM apontada como a disfunção mais comum dentre as mulheres que se encontram em idade reprodutiva, entretanto, poucos estudos revelam estimativas acerca da prevalência dos sinais e sintomas destas síndromes e seu impacto na qualidade de vida na comunidade.¹

A STPM é um transtorno psiconeuroendócrino que apresenta um conjunto de sinais e sintomas físicos, emocionais e comportamentais, de caráter cíclico, que pode variar na quantidade e intensidade. Já a TDPM é uma condição premenstrual definida pela combinação de alterações graves no comportamento, humor, cognição e sintomas somáticos que ocorrem de forma repetida somente na fase lútea do ciclo menstrual, os mesmos se apresentam de forma tão intensa que prejudicam a mulher e repercutem na sua funcionalidade (aspectos sociais, familiares e/ou ocupacionais), provocando sofrimento.²

A inclusão de critérios para o TDPM no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV), ocorreu no intuito de ajudar aos profissionais da área de saúde a reconhecê-la como uma entidade clínica distinta com sinais de irritabilidade, raiva, disforia e labilidade de humor³, desta forma diferenciando-a da Síndrome de Tensão pré-menstrual (STPM) que é caracterizada primariamente por sintomas físicos e mudanças menores de humor.⁴

Dados epidemiológicos apontam que cerca de 75% das mulheres em idade reprodutiva vivenciam alguns sintomas da STPM, e destas em torno de 3% a 8% irão vivenciar uma extrema alteração de humor, interferindo no seu estilo de vida.^{5,6} A TDPM geralmente inicia-se cedo, na faixa etária em que a mulher se encontra em menacme, tornando-se uma doença crônica. Os sintomas assemelham-se aos distúrbios psíquicos, em particular a depressão. Interferindo de maneira expressiva na funcionalidade e qualidade de vida destas mulheres.^{7,8}

No período pré-menstrual temos uma elevação nas taxas de admissão hospitalar, atendimento em emergências, tentativas e suicídio,

crimes violentos, acidentes, prescrições de antidepressivos e uso abusivo de cigarros e outras drogas. Também é descrito aumento na frequência de crises de pânico, de bulimia e agravamento de sintomas ansiosos, depressivos, obsessivo-compulsivos, impulsos para compras excessivas ou mesmo agravamento e aparecimento de sintomas psicóticos no período pré-menstrual^{6,9}.

O diagnóstico diferencial entre a TDPM e STPM pode ser difícil, pois não existe nenhum tipo de exame laboratorial que possa comprovar o diagnóstico de uma ou outra síndrome, bem como exames físicos. Entretanto, a maioria dos ginecologistas ou psiquiatras elaboram o seu diagnóstico através da avaliação dos sintomas exacerbados no período menstrual, sejam eles sintomas físicos ou sintomas depressivos¹⁰.

Quanto à etiologia da síndrome, segundo Nogueira e Silva (2000)⁸ e Montes e Vaz (2003)¹¹, não há um fator único e entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome, além das causas neuroendócrinas, temos: fluxo menstrual abundante, hereditariedade, a história de vários ciclos menstruais não interrompidos por gravidez, eventos pós-traumáticos e fatores sócio-culturais¹².

Por estes e outros muitos sintomas é que a menstruação, muitas vezes é indesejada, ou até são procurados métodos para a interrupção proposital da mesma¹³. Para esta síndrome o tratamento é apenas sintomático. A terapia passa por educação, aconselhamento psicológico, exercícios físicos, avaliação dietética e, se necessário, intervenção farmacológica¹⁴.

A pesquisa teve por objetivo identificar a prevalência da STPM e do TDPM entre as acadêmicas do curso de graduação em fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco e descrever os principais sinais e sintomas característicos mais prevalentes em cada uma destas síndromes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Departamento

de Neuropsiquiatria do Centro de Ciências da Saúde/CCS-UFPE.

É um estudo transversal e descritivo e analítico, prospectivo. Desenvolvido na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) Recife-PE, no período de fevereiro a Maio de 2008, e aprovado pelo comitê de ética de pesquisas com seres humanos CAAE: nº 0050.0.0961.172-07). A amostra do estudo foi composta por 109 acadêmicas, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foram excluídas mulheres com amenorréia (não menstruam, incluindo gravidez) e mulheres que apresentavam ciclos irregulares (menor que 25 dias ou maior que 35 dias).

A coleta de dados foi realizada através de uma abordagem das universitárias na sala de aula, onde, primeiramente, foram explicados os objetivos da pesquisa com posterior distribuição dos instrumentos do estudo. Foi garantido o sigilo das informações contidas, de forma que as universitárias não fossem identificadas.

Os instrumentos utilizados para realização desta pesquisa foram: um questionário que abordava questões sócio-econômicas, história clínica, hábitos de vida e escalas específicas para o fim da pesquisa, contendo questões fechadas e estruturadas em tópicos para facilitar o ordenamento lógico das idéias. As escalas aplicadas foram a Escala de Sintomas Menstruais (MSQ) contendo 23 questões, a Escala de Auto-avaliação de Síndrome do Transtorno pré-menstrual de Steiner contendo 36 itens, a qual foi usada para definir o diagnóstico de TDPM.^(5,8,9)

Para a definição da presença ou ausência da TDPM na escala de Steiner, foram seguidos os critérios listados no DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition), onde é obrigatória a presença de cinco ou mais sintomas, nos dois últimos ciclos menstruais, sendo necessária a presença de todos os sintomas relatados nos itens 1,2,3 e 4^(8,4) (QUADRO 1).

Os sintomas de humor, sintomas depressivos e físicos do MSQ, foram investigados

separadamente (**QUADRO 2**). Para indicar a presença dos sintomas, considerou-se a marcação das alternativas de número 2 a 6 (2-mínimo; 3-suave; 4-moderado; 5- severo e 6-extremo), de modo que a marcação da alternativa número 1 (não aplicável, ausente,sem alterações), indica que a

entrevistada não apresenta os sintomas. Desta forma foi possível classificar a voluntária como apresentando os sintomas se as resposta entre a categoria 2 a 6, correspondessem a 50% ou mais das resposta em cada categoria ¹⁵

QUADRO 1. Critérios listados no DSM IV, apêndice b, para diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual (Fonte: Steiner, 2000)

1	Humor deprimido, sentimento de desesperança ou pensamentos de auto depreciação;
2	Ansiedade marcante, tensão, ou sentimento de estar 'no limite';
3	Instabilidade afetiva marcante;
4	Raiva ou irritabilidade pronunciada, ou aumento significativo de conflitos pessoais;
5	Interesse diminuído nas atividades usuais;
6	Dificuldade de concentração
7	Letargia, cansaço pronunciado, falta de energia habitual;
8	Mudança significativa no apetite, seja no sentido de diminuição ou de aumento
9	Aumento ou diminuição importante no sono;
10	Sentimento de estar 'fora de controle';
11	Sintomas físicos, como dor mamária, dor de cabeça, dor muscular ou articular, ganho de peso

QUADRO 2. Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)

ITEM	CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
1, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 18 e 21	Humor e Cognição	Riso; choro; estresse, irritabilidade; dificuldade de concentrar-se e esquecimento.
5, 9, 11, 17, 19, 20 e 22	Sintomas Depressivos	Sente-se só; deprimida; mais sensível; intolerante; isolamento no próprio trabalho; pouca vontade de falar ou locomover-se; pontos de vista pessimista; dificuldade para dormir; perda do interesse por atividades habituais.
2, 7, 8, 10, 12, 16 e 23	Sintomas Físicos	Mastalgia; desconforto abdominal; edema generalizado, cansaço físico; susceptível as mudanças de temperatura e dor)

E para a classificação de presença ou ausência de sintomas depressivos, utilizada no Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D), estabeleceu-se como o ponto de corte o valor de no valor de 10 indicando a presença de sintomas depressivos^(16,17).

Foi realizada uma análise descritiva e analítica para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou gráficos. E para análise das variáveis quantitativas foi aplicado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando o qui-quadrado não podia ser aplicado. Todas as

conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os software utilizados foram o Excel 2000 e o SPSS v8.0⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

O perfil sócio – bio-demográfico da amostra revela uma faixa etária predominante de 18 a 25 anos em 92,7% (n=101) dos casos, 83,5% (n=91) eram solteiras, e a maioria é natural da região metropolitana do Recife 61,5% (n=67). Temos ainda que 78%(n=85), são apenas estudantes, não exercendo nenhuma atividade remunerada, 62,4%(n=68) são da raça branca, 72,

5% (n=79) referem ser católicas e que 30,3% (n=33) praticam algum tipo de atividade física (tabela 1).

Ao serem investigados os antecedentes pessoais, verificou-se que 29,4%(n=32) das acadêmicas utilizavam medicamentos, e destas 15,6%(n=5) referiram ser estes medicamentos para depressão. Além disso, temos que 6 acadêmicas foram diagnosticadas com depressão e 4 com síndrome do pânico (Figura 1).

Na tabela 2, estão expostos os dados de distribuição das acadêmicas quanto a sua história sexual e reprodutiva. Nesta verifica-se que 92,7% (n=101) menstruaram pela primeira vez entre os 10 e 15 anos de idade, que 79,4% (n=85) referiram ter ciclo menstrual regular, 69,2% (n=74) referem ter um intervalo de menstruação entre 26 e 30 dias, sendo o fluxo sanguíneo moderado para 66,4% (n=71). Temos também que 16,5% (n=18) referem problemas ginecológicos, que 69,7% (n=76) tem vida sexual ativa, tendo maioria iniciado a vida sexual entre 10 e 15 anos. Com relação a

utilização de métodos contraceptivos, destaca-se o uso dos mesmos para 88,2% (n=67) dos casos, sendo os principais: camisinha (46,1%, n=35) e pílula (35,5%, n=27). E por fim, temos que 5,3% (n=4) têm filhos e que nenhuma delas tiveram complicações na gravidez ou parto.

Quando questionadas acerca de hábitos da vida diária, verifica-se o consumo de álcool por parte de 51,4% (n= 56) das acadêmicas e que apenas 1,8% (n=2) referem ser fumantes.

A prevalência de TDPM foi de 3% (n=4), a prevalência de STPM foi de 67% (n=73) e 29% (n=32) não apresentaram nenhuma das síndromes em questão (Figura 2).

Quando correlacionadas a distribuição das entrevistadas quanto às escalas de MSQ e STPM segundo a prevalência de TDPM, não foi possível observar associações significativas. E ao se correlacionar as características de antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo a presença da TDPM, também não foi possível se verificar diferenças significantes (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto aos dados sócio-bio-demográficos.

Dados Sócio-Bio-Demográficos	N	%
Idade (em anos)		
18- 25	101	92,7
26- 35	6	5,5
36- 45	1	0,9
> 45	1	0,9
Estado Civil		
Solteira	91	83,5
Casada	5	4,6
União consensual	2	1,8
Não respondeu	1	0,9
Outros	10	9,2
Naturalidade		
Região Metropolitana do Recife	67	61,5
Outros	42	38,5

Ocupação

Estudante	85	78,0
Outros	9	8,3
Não responderam	15	13,8

Renda

Sim	12	11,0
Não	87	79,8
Não se aplica / Não quis Informar	10	9,2

Cor

Branca	68	62,4
Parda	26	23,9
Amarela	8	7,3
Negra	4	3,7
Indígena	1	0,9
Não responderam	1	0,9
Outros	1	0,9

Religião

Católica	79	72,5
Espírita	13	11,9
Evangélica	9	8,3
Não responderam	4	3,7
Outras	4	3,7

Atividade Física

Sim	33	30,3
Não	74	67,9
Não responderam	2	1,8

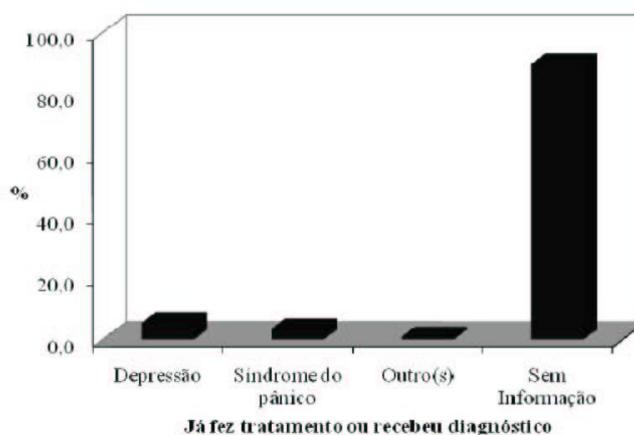


Figura 1. Características dos antecedentes pessoais das acadêmicas do curso de fisioterapia em relação a diagnóstico para distúrbios neuro-psiquiátricos.

Tabela 2 - Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto aos dados da história sexual e reprodutiva.

Dados da História Sexual e Reprodutiva	N	%
Idade da primeira menstruação		
10 - 15	101	92,7
16 - 20	3	2,8
Outros	3	2,8
Não responderam	2	1,8
Ciclo Menstrual		
Regular	85	79,4
Irregular	20	18,7
Não se aplica / Não quis Informar	2	3,7
Intervalo da menstruação		
20 - 25 dias	19	17,8
26 - 30 dias	74	69,2
Mais de 30 dias	7	6,5
Não responderam	7	6,5
Fluxo sanguíneo		
Pequeno	17	15,9
Moderado	71	66,4
Grande	19	17,8

Problemas Ginecológicos

Sim	18	16,5
Não	88	80,7
Não responderam	3	2,8

Atividade Sexual

Sim	76	69,7
Não	29	26,6
Não responderam	4	3,7

Início da atividade sexual

10 - 15 anos	3	3,9
16 - 20 anos	59	77,6
21 - 25 anos	14	18,4

Uso de Contraceptivo

Sim	67	88,2
Não	9	11,8

Método Contraceptivo

Camisinha	35	46,1
Pílula	27	35,5
Anticoncepcional injetável	6	7,9
Coito interrompido	2	2,6
Tabelinha	2	2,6
Outros	4	5,3

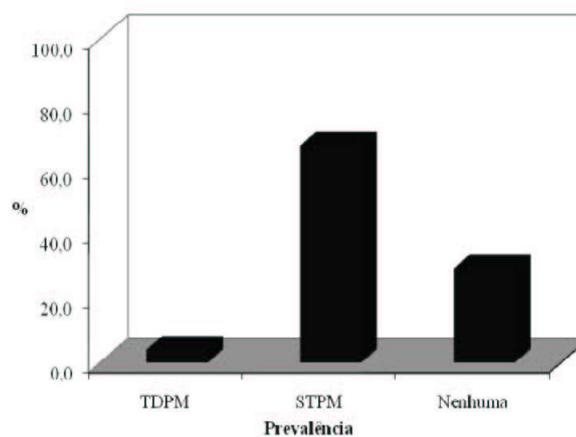


Figura 2. Distribuição da prevalência do TDPM e STPM entre as acadêmicas do curso de fisioterapia.

Tabela 3 - Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto às escalas do MSQ e STPM e quanto aos antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo TDPM.

Escalas do MSQ e STPM	TDPM				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Depressão					
Não	46	48,4	0	0,0	0,121
Sim	49	51,6	4	100,0	
Ansiedade					
Não	15	15,8	0	0,0	1
Sim	80	84,2	4	100,0	
Labilidade do Humor					
Não	31	32,6	0	0,0	0,306
Sim	64	67,4	4	100,0	
Sintomas Somáticos					
Não	13	13,7	0	0,0	1,000
Sim	82	86,3	4	100,0	
Habilidades					
Não	21	22,1	0	0,0	0,576
Sim	74	77,9	4	100,0	
Dor					
Não	21	22,1	0	0,0	0,576
Sim	74	77,9	4	100,0	

Antecedentes Pessoais e Hereditários e Doenças	TDPM				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Medicamentos					
Sim	31	32,6	1	25,0	1,000
Não	64	67,4	3	75,0	
Medicamentos para Depressão					
Sim	4	12,9	1	100,0	0,156
Não	27	87,1	0	0,0	
Já fez tratamento ou recebeu diagnóstico para					
Depressão	5	5,3	1	25,0	-
Síndrome do pânico	3	3,2	0	0,0	
Outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s)	1	1,1	0	0,0	
Não se aplica / Não quis Informar	86	90,5	3	75,0	

DISCUSSÃO

O perfil sócio-biodemográfico das entrevistadas na presente pesquisa revela-se semelhante ao encontrado em outros estudos conduzidos em outras universidades brasileiras, onde a média de idade das universitárias brasileiras se encontra em torno dos 19 aos 23 anos, refletindo o ingresso das mulheres muito cedo nas universidades, em pleno período fértil e ainda solteiras.^{5,19,20,21} Este período pode ser propício aos distúrbios psíquicos com aumento progressivo do uso de antidepressivos e o consumo abusivo de álcool e outras drogas.⁶

Observou-se que uma pequena porcentagem de acadêmicas utiliza medicação e que apenas 15,6% destas utilizam drogas antidepressivas. A literatura refere um aumento no consumo de psicofármacos principalmente no período pré-menstrual e atualmente os mais utilizados relacionam-se aos ansiolíticos, entretanto, neste estudo não pode ser observado o aumento do consumo destes.^{2,9,12}

De forma geral o início da menstruação aparece entre 12 e 13 anos de idade cronológica. A idade média da menarca encontrada no Brasil foi de 13,02 (\pm 0,09), com ciclos menstruais regulares e fluxo moderado²¹, corroborando com os dados do presente estudo.

A atividade sexual da mulher brasileira tem se iniciado na maioria das capitais no período da adolescência, o que favorece a utilização mais precoce de métodos anticoncepcionais.²² A utilização de métodos contraceptivos é comum entre as mulheres sexualmente ativas, sendo que entre as mais jovens o método de escolha é o anticoncepcional oral, que decai com o avançar da idade, pois mulheres acima de 30 anos preferem a ligação tubária²³, a amostra desta pesquisa é composta por jovens sexualmente ativas e que relatam como método contraceptivo mais utilizado a pílula.

No estudo a prevalência de TDPM foi de 3% e a de STPM foi de 67%, o que reflete a média de outros estudos conduzidos.^{1,3,6,11} Os critérios

utilizados na presente pesquisa seguem a DSM-IV e corresponde ao diagnóstico atribuído aos sintomas depressivos e de alteração do humor. Tais sintomas são recorrentes durante a fase lútea do ciclo menstrual e interferem de maneira significativa no seu funcionamento social, ocupacional e sexual.^{1,7,11}

Estudos relacionados à prevalência da STPM demonstram prevalências mais altas quando os critérios diagnósticos são menos rígidos, incluindo mulheres que relatam quatro ou mais sintomas. Como esperado, estudos, realizados em serviços de ginecologia mostraram prevalências superiores às encontradas em outros estudos^{1,11,12,18}

É comum indivíduos com sintomas depressivos experimentarem diminuição do rendimento no estudo, no trabalho e em seus afazeres cotidianos. Muitos convivem com os sintomas por longo período de tempo sem procurar ajuda especializada, pois não sabem que seu estado é manifestação de uma doença que deve ser diagnosticada e adequadamente tratada.^{3,9} E apesar do pequeno número de acadêmicas portadoras de distúrbios neuro-psiquiátricos, os mesmos não estiveram associados à TDPM. O mesmo comportamento de não associação entre a TDPM e os antecedentes hereditários e morbidade pode ser observado.

A condução de estudos que utilizem amostras populacionais, ao contrário de estudos de prevalência realizados em serviços de saúde, deve favorecer um maior esclarecimento da relação entre a TDPM e os sintomas depressivos. No momento segue em andamento um estudo do Programa de Saúde Mental da Mulher da UFPE que está utilizando uma amostra estimada em 1000 acadêmicas avaliadas.

CONCLUSÃO

A prevalência de TDPM foi de 3% e de STPM foi de 67% entre as acadêmicas do estudo, sendo esta condizente com outros estudos conduzidos no Brasil e no exterior. Não foi possível

observar uma relação estatisticamente significativa entre o TDPM os antecedentes hereditários e comorbidades, apesar de que os dados revelam uma importante prevalência de sintomas depressivos e de alteração de humor, podendo os mesmos influenciar de forma negativa as atividades da vida diária e acadêmica das entrevistadas. Este estudo preliminar sugere a existência de uma estreita relação entre a TDPM e os sintomas depressivos, sendo necessária a ampliação deste estudo para identificar melhor esta relação.

REFERÊNCIAS

1. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Méd.* 2002 32; 1:119-32.
2. Rapkin AJ, Winer AS. The Pharmacologic management of premenstrual dysphoric disorder. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 9; 3:429-45.
3. Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2000 15 Suppl 3:S5-17.
4. Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder. An update. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 18; 4:244-50.
5. Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. *RBGO*, 2000 22; 6:347-351.
6. Valadares GC, Ferreira LV, Correia Filho H, Romano-Silva MA. Transtorno distórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006 33; 3:117-123.
7. Pires MLN, Calil HM. Associação entre transtorno distórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999 21; 2:118-127
8. Melo NR, Machado RB, Fernandes CE. Irregularidades menstruais – inter-relações com o psiquismo. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006 33; 2:55-9.
9. Landén M, Eriksson E. How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? *Depress Anxiety* 2003. 17; 3:122-9.
10. Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2003 19; 3:261-67.
11. McHichi AKH, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca. *Encephale* 2002 28; 6:525-30.
12. Freeman,EW, Sondheimer AJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: Recognition and treatment. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 5; 1:29-40
13. Ribeiro CP, Hardy E, Hebling EM. Preferências de mulheres brasileiras quanto a mudanças na menstruação. *RBGO* 2007 29; 2:74-9.
14. Sampaio HAC. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. *Ver. Nutr.* 2002 15; 3:309-317.
15. Webster SK, Martin HJ, Uchalik D, Gannon L. The Menstrual Symptom questionnaire and spasmodic/congestive dysmenorrhea: measurement of an invalid construct. *J Behav Med.* 1979 2; 1-1.
16. Moraes JLR, Ximenes RCC, Passos MP dos, Sougey EB. Validação da Versão Brasileira do Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) [Tese de Doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2008.
17. Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. Escalas de avaliação de transtorno pré-menstrual. *Rev. Psiq. Clín.* [serial on line] Ed. Especial 1998 set/out 25; 5. Available from: URL: <http://hcnnet.usp.br/jpq/revista>.
18. Jerrold H. Zar. *Biostatistical Analysis*. Third edition, 1996. Prentice Hall, New Jersey.
19. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for

- management. *J Psychiatry Neurosci* 2000 25; 5:459-68.
20. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006 55; 4:264-67.
21. Cerchiarri EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtorno mentais menores em estudantes universitários. *Estud. Psicol. (Natal)*. 2005 10; 3:413-420.
22. Amaral M.A, Fonseca RMGS. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006 40; 4:469-476.
23. Costa JSD, D'elia PB, Moreira MR. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996 12;3:339-344.

Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias

Effects of premenstrual dysphoric disorder among college students

Valéria Conceição Passos de Carvalho¹, Amaury Cantilino², Nathália Machado Porto Carreiro³, Luciene Fontes de Sá³, Everton Botelho Sougey⁴

¹Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. Professora assistente, Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE. Professora assistente, Faculdade Integrada do Recife (FIR), Recife, PE. ²Doutor, Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Coordenador, Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Pesquisa em Transtornos Afetivos, Hospital das Clínicas, UFPE. ³Especialização, Fisioterapeuta, FIR. ⁴Pós-Doutor, Universidade Livre de Bruxelas, Bruxelas, Bélgica. Coordenador, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE. Este estudo foi realizado no Programa de Pós-Graduação, Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE.

Resumo

Introdução: O transtorno disfórico pré-menstrual (TDFPM) é uma variante mais grave da síndrome pré-menstrual que apresenta a oscilação do humor como fator mais perturbador e debilitante, repercutindo na qualidade de vida das mulheres em idade reprodutiva. O objetivo deste estudo foi identificar as principais repercussões físicas e emocionais causadas pela TDFPM entre universitárias de Fisioterapia.

Método: Estudo do tipo corte transversal, descritivo e analítico, realizado no período de agosto a dezembro de 2008 em 259 universitárias. Os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa foram: um questionário contendo questões socioeconômicas, o Questionário de Sintomas Menstruais (Menstrual Symptom Questionnaire, MSQ), a escala de autoavaliação de síndrome de transtorno pré-menstrual de Steiner e o Questionário de Autoavaliação da Escala de Hamilton para Depressão. A análise estatística foi descritiva e analítica, sendo utilizado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, sendo que todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Resultados: Encontramos alta prevalência de repercussões somáticas e emocionais. Através dos sinais e sintomas pesquisados pelo MSQ entre as portadoras de TDFPM, observou-se uma associação do transtorno com os sintomas depressivos ($p = 0,048$). Os demais sintomas como ansiedade, labilidade de humor, sintomas somáticos, habilidade para realizar tarefas e dor não apresentaram correlação.

Conclusão: O TDFPM provocou desconforto físico e emocional e revelou uma correlação significativa com os sintomas depressivos, sugerindo tratar-se de uma expressão clínica de transtorno de humor.

Descritores: Transtorno disfórico pré-menstrual, ciclo menstrual, saúde da mulher

Abstract

Background: Maternal Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is a severe variant of premenstrual syndrome in which mood swings are the most disturbing and debilitating symptom, affecting the quality of life of women of reproductive age. The objective of this study was to identify the main physical and emotional manifestations of PMDD among undergraduate students of Physical Therapy.

Methods: A cross-sectional, descriptive, analytical study was carried between August and December 2008, with 259 undergraduate students. The following instruments were used: a questionnaire covering social and economic data, the Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ), Steiner's self-rated premenstrual syndrome questionnaire, and the Hamilton Self-Rating Depression Questionnaire. Descriptive and analytical statistical analysis was performed using the chi-square test or Fisher's exact test. Significance was set at 5%.

Results: A high prevalence of physical and emotional symptoms was found. Among the signs and symptoms assessed by MSQ, only depression showed a significant correlation with PMDD ($p = 0.048$). Other symptoms, such as anxiety, mood lability, physical symptoms, the ability to perform daily tasks, and pain, were not correlated with PMDD.

Conclusion: PMDD caused physical and emotional distress among the women assessed and was significantly correlated with depression. These findings suggest that PMDD should be classified as a clinical manifestation of mood disorders.

Keywords: Premenstrual dysphoric disorder, menstrual cycle, women's health.

Correspondência:

Valéria Conceição Passos de Carvalho, Rua Guedes Pereira, 77/401, CEP 52060-150, Bairro Casa Amarela, Recife, PE. E-mail: valeriapassos@gmail.com

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS

Recebido em 28/04/2009. Aceito em 22/05/2009.

Introdução

O ciclo menstrual (CM) dura, em média, 28 dias, podendo ser dividido em três fases distintas: folicular, ovulatória e lútea. A fase folicular inicia-se no primeiro dia da menstruação e dura entre 9 e 23 dias, a fase ovulatória pode durar até 3 dias e a fase lútea vai do fim da ovulação até o início do fluxo menstrual. Estas fases são caracterizadas por um perfil específico de concentração sérica dos hormônios sexuais¹.

Desta forma, o período pré-menstrual é um período de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas físicos e psíquicos que tipicamente se apresentam 1 semana antes da menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual. Segundo a estimativa de pesquisas epidemiológicas, 75% das mulheres em idade reprodutiva experimentam alguns sintomas atribuídos à fase pré-menstrual do ciclo. Mais de 100 sintomas físicos e psicológicos vêm sendo reportados, mas muitas mulheres são capazes de administrá-los através de mudanças no estilo de vida e de terapias conservadoras².

A síndrome disfórica pré-menstrual ou transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma variante da síndrome pré-menstrual, mais grave, que apresenta oscilação intensa de humor como fator mais perturbador e debilitante no complexo de sintomas existentes. Sua etiologia não é bem definida, pois ela é influenciada por fatores hormonais, familiares, ambientais e socioculturais, não apresentando necessariamente a sintomatologia física. Esse quadro, entretanto, influencia de forma importante as atividades rotineiras e de trabalho das mulheres²⁻⁴.

Os sintomas do TDPM podem aparecer desde a menarca até a menopausa e encontram-se presentes na vida das mulheres ao longo de todo o período reprodutivo, sendo muitas vezes interpretados como o sintoma de um transtorno imaginário e resultantes da cada vez mais estressante vida moderna. Por outro lado, inúmeras mulheres relatam apresentar um aumento da gravidade e da duração dos sintomas com a proximidade da menopausa, o que repercute na sua qualidade de vida³.

A indefinição sobre o conceito de TDPM explica a multiplicidade de escalas e critérios diagnósticos existentes para esse transtorno, não havendo ainda uma metodologia padrão para sua avaliação. A validação de escalas dessa síndrome mal delimitada está incompleta, e as escalas existentes tentam estabelecer um ou mais padrões de mudança e de intensidade dos sintomas ao longo do ciclo menstrual⁵.

O diagnóstico diferencial entre a síndrome da tensão pré-menstrual (TPM) e o TDPM pode ser difícil, pois não existe nenhum exame laboratorial que possa servir como marcador biológico de uma ou outra síndrome. Entretanto, a maioria dos ginecologistas ou psiquiatras elabora o seu diagnóstico através da avaliação dos sintomas exacerbados no período menstrual, sejam eles sintomas físicos ou sintomas depressivos⁶.

A identificação precoce e o tratamento adequado do TDPM reduzem a probabilidade de que ele se torne crônico e recorrente. Ainda há uma controvérsia quanto às formas de intervir neste transtorno, porém a reeducação alimentar, a administração de medicamentos (psicofármacos e contra-

ceptivos) e a atividade física têm demonstrado uma contribuição positiva para as portadoras do TDPM^{1,4}.

O TDPM apresenta como principal característica sua recorrência clínica durante a fase lútea e sintomas de humor e comportamentais, dentre os quais a depressão, ansiedade, labilidade afetiva, tensão, irritabilidade e distúrbios do sono são os mais frequentes. Além disso, causa um forte comprometimento do funcionamento social e ocupacional do indivíduo, que geralmente pioram com a aproximação da menstruação e usualmente cessam de forma imediata com o início do fluxo menstrual⁷.

O presente projeto tem como objetivo identificar as principais repercussões psicossomáticas causadas pelo TDPM entre as universitárias, descrevendo a sua prevalência e investigando sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais.

Materiais e método

Estudo de corte transversal, descritivo e analítico. Foi desenvolvido na Faculdade Integrada do Recife (FIR), Recife (PE), no período de agosto a dezembro de 2008. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (PE) (CAAE: 0001.0.100.172-08).

A amostra foi composta por 259 acadêmicas devidamente matriculadas no curso de Fisioterapia da FIR mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas mulheres com amenorreia (não menstruam, incluindo gravidez) e mulheres que apresentavam ciclos irregulares (menor que 25 dias ou maior que 35 dias).

A coleta de dados foi realizada através de uma abordagem das universitárias na sala de aula, onde, primeiramente, foram explicados os objetivos da pesquisa e, depois, distribuídos os instrumentos do estudo. Foi garantido o sigilo das informações contidas, de forma que as universitárias não fossem identificadas.

Os instrumentos utilizados para a realização desta pesquisa foram: um questionário que abordava questões socioeconômicas, história clínica, hábitos de vida e escalas específicas para o fim da pesquisa, contendo questões fechadas e estruturadas em tópicos para facilitar o ordenamento lógico das idéias; o Questionário de Sintomas Menstruais (Menstrual Symptom Questionnaire, MSQ), contendo 23 questões; a escala de autoavaliação de síndrome de transtorno pré-menstrual de Steiner, que define o diagnóstico de TDPM, contendo 36 itens; e o Questionário de Autoavaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D), que foi validado para a versão brasileira, sendo composto por 18 itens^{5,8,9}.

Para a definição da presença ou ausência de TDPM na escala de Steiner, foram seguidos os critérios listados no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM IV), de acordo com o qual é obrigatória a presença de cinco ou mais sintomas nos dois últimos ciclos menstruais e é necessária a presença de pelo menos um dos sintomas relatados nos itens 1, 2, 3 e 4 (Tabela 1)⁵.

Tabela 1 – Critérios da DSM IV para o diagnóstico do TDPM

1. Humor deprimido, sentimento de desesperança ou pensamentos de autodepreciação.
2. Ansiedade marcante, tensão, ou sentimento de estar “no limite”.
3. Instabilidade afetiva marcante.
4. Raiva ou irritabilidade pronunciada, ou aumento significativo de conflitos pessoais.
5. Interesse diminuído nas atividades usuais.
6. Dificuldade de concentração.
7. Letargia, cansaço pronunciado, falta de energia habitual.
8. Mudança significativa no apetite, seja no sentido de diminuição ou de aumento.
9. Aumento ou diminuição importante no sono.
10. Sentimento de estar fora de controle.
11. Sintomas físicos, como dor mamária, dor de cabeça, dor muscular ou articular, ganho de peso.

DSM IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.
Fonte: Steiner¹.

Os sintomas de humor, depressivos e físicos do MSQ foram investigados separadamente. Para indicar a presença dos sintomas, considerou-se a marcação das alternativas de número 2 a 6 (2 - mínimo; 3 - suave; 4 - moderado; 5 - severo; e 6 - extremo), de modo que a marcação da alternativa número 1 (não aplicável, ausente, sem alterações) indicava que a entrevistada não apresentava os sintomas. Desta forma, foi possível classificar a voluntária como o apresentando os sintomas se as respostas entre a categoria 2 e 6 corresponderem a 50% ou mais das respostas em cada categoria (Tabela 2)⁸.

Tabela 2 – Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)

Item	Categoria	Características
1, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 18 e 21	Humor e cognição	Riso; choro; estresse, irritabilidade; dificuldade de concentrar-se; e esquecimento.
5, 9, 11, 17, 19, 20 e 22	Sintomas depressivos	Sente-se só; deprimida; mais sensível; intolerante; isolamento no próprio trabalho; pouca vontade de falar ou locomover-se; ponto de vista pessimista; dificuldade para dormir; perda do interesse por atividades habituais.
2, 7, 8, 10, 12, 16 e 23	Sintomas físicos	Mastalgia; desconforto abdominal; edema generalizado, cansaço físico; susceptível a mudanças de temperatura; e dor.

E para a classificação de presença ou ausência de sintomas depressivos utilizada no QAEH-D, estabeleceu-se como ponto de corte o valor de 10, indicando a presença de sintomas depressivos⁹.

Foi realizada uma análise descritiva e analítica para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou gráficos. E para análise das variáveis quantitativas foi aplicado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando o qui-quadrado não pudessem ser aplicados. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os *software* utilizados foram o Excel 2000 e o SPSS versão 8.0¹⁰.

Resultados

O perfil da amostra revela que a idade média foi de 22,4±3,8, sendo que a maioria, 75,7% (n = 196), tinha idade entre 20 e 25 anos; 85,3% (n = 221) das acadêmicas eram solteiras e 64,1% (n = 166) naturais da região Metropolitana de Recife. Boa parte da amostra, 80,3% (n = 208), relatou ter algum tipo de ocupação; destas, apenas 17,0% (n = 44) recebiam remuneração de R\$ 683,05±736,41. Com relação à etnia, observou-se uma predominância de brancas, 58,7% (n = 152) das respondentes, e a maioria, 72,6% (n = 188), declarou ser católica (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife (PE) quanto aos dados sociobiodemográficos

Dados sociobiodemográficos	n	%
Idade ($22,4 \pm 3,8$)		
< 20	41	15,8
20 a 22	116	44,8
23 a 25	80	30,9
> 25	22	8,5
Período que está cursando		
1º ao 3º período	50	19,3
4º ao 7º período	146	56,4
Situação conjugal		
Casada/União consensual	21	8,1
Solteira	221	85,3
Outros	17	6,6
Naturalidade		
Região metropolitana de Recife	166	64,1
Outras cidades	93	35,9
Possui ocupação		
Sim	208	80,3
Não	50	19,3
Não responderam	1	0,4
Tem rendimento		
Sim	44	17,0
Não	203	78,4
Não informou/Não sabe	12	4,6
Cor		
Branca	152	58,7
Negra	17	6,6
Parça	63	24,3
Amarela	21	8,1
Indígena	4	1,5
Outros	2	0,8
Religião		
Católica	188	72,6
Espírita	20	7,7
Evangélica	37	14,3
Outras	14	5,4

Em relação à menarca, encontrou-se que em 62,9% (n = 163) dos casos ela ocorreu até os 12 anos de idade. A menstruação habitualmente tinha fluxo moderado em 71,4% (n = 185); 58,7% (n = 152) das acadêmicas estavam no meio do ciclo. Quanto às atividades sexuais, 70,7% (n = 183) afirmaram ter vida sexual ativa, sendo que 59,6% (n = 109) ini-

ciaram a atividade antes de completarem 18 anos de idade; 94,5% (n = 173) utilizam métodos contraceptivos, dentre os quais se sobressaiu a utilização da pílula – 60,7% (n = 105).

Foi observado no estudo que 74,6% (n = 106) das acadêmicas apresentavam dor de coluna como a condição física associada mais prevalente (Figura 1). Dentre elas, 37,3%

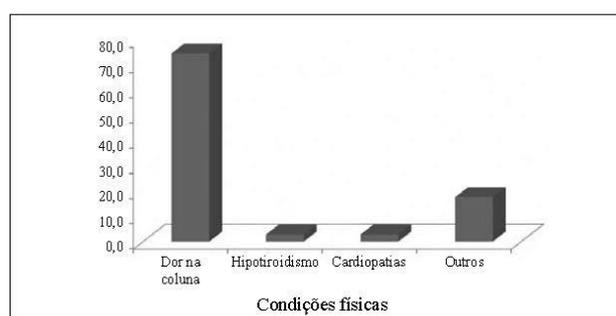


Figura 1 – Descrição das principais condições físicas associadas ao transtorno disfórico pré-menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE).

Transtorno disfórico pré-menstrual em universitárias – DE CARVALHO ET AL.

(n = 53) preocupavam-se de forma relativamente discreta com essa dor ou desconforto, 47,9% (n = 68) das acadêmicas descreveram sentir certa dificuldade para lidar com essa sintomatologia, 43,7% (n = 62) confirmaram que a dor ou desconforto quase não as impedia de realizar as suas atividades cotidianas, e 34,5% (n = 49) ficavam levemente cansadas devido a esse problema.

Ao serem pesquisados os principais sintomas físicos descritos, observamos que a intensidade de dor predominante foi a moderada de acordo com os seguintes sintomas: 25,5% (n = 66) das acadêmicas apresentaram a sensação de peso abdominal associada com desconforto ou dor; em 22,8% (n = 59) dos casos experimentaram dores intermitentes ou cólicas abdominais; 26,3% (n = 68) sentem uma sensação de inchaço; e 26,6% (n = 69) ficam com as mamas túrgidas e inchadas (Figura 2).

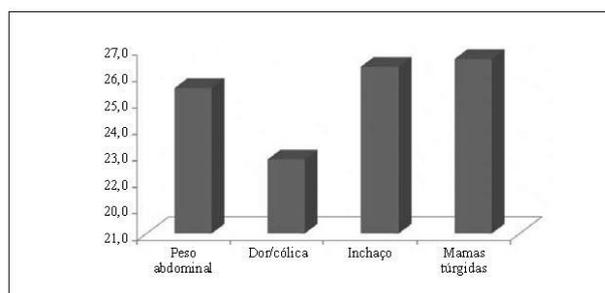


Figura 2 – Descrição dos principais sintomas físicos associados ao transtorno disfórico pré-menstrual entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife, Recife (PE).

Na amostra estudada foi encontrada a prevalência de 6,2% (n = 16) de acadêmicas portadoras de TDPM. Quando correlacionamos os antecedentes pessoais e as comorbidades, pode-se observar que o fato de as acadêmicas já apresentar problemas emocionais esteve associa-

do à presença de TDPM ($p = 0,03$); entretanto, as demais variáveis pesquisadas, como utilização de medicamentos, antecedente familiar e presença de comorbidades, não revelaram nenhuma associação significativa com o TDPM (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com transtorno disfórico pré-menstrual e a sua correlação com os antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e doenças

Antecedentes pessoais, antecedentes hereditários e doenças	TDPM		p
	Não, n (%)	Sim, n (%)	
Usando algum medicamento prescrito por médico			
Sim	78 (32,1)	6 (37,5)	0,783
Não	165 (67,9)	10 (62,5)	
Medicamento utilizado			
Anticoncepcional	49 (62,8)	5 (83,3)	-
Psicofármacos	14 (17,9)	1 (16,7)	
Outros	17 (21,8)	1 (16,7)	
Tratamento para problemas emocionais			
Sim	27 (11,1)	5 (31,3)	0,034
Não	216 (88,9)	11 (68,8)	
Na família alguém fez ou faz tratamento por problemas emocionais			
Sim	83 (34,2)	8 (50,0)	0,279
Não	160 (65,8)	8 (50,0)	
Doenças			
Diabetes	1 (0,8)	0 (0,0)	
Hipertensão arterial	2 (1,5)	0 (0,0)	
Cardiopatias	2 (1,5)	0 (0,0)	
Hipotireoidismo	4 (3,1)	0 (0,0)	
Dor na coluna	94 (72,3)	12 (100,0)	
Outros	25 (19,2)	0 (0,0)	
Não sabem informar	2 (1,50)	0 (0,0)	

TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

Quando utilizamos os sintomas constantes no MSQ e os relacionamos com a presença de TDPM, revela-se uma associação estatisticamente significativa desse transtorno com a depressão ($p = 0,048$). Os demais sintomas como ansiedade, labilidade de humor, sintomas somáticos, habilidades e dor não se apresentaram estatisticamente significantes quando correlacionados ao TDPM (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição das acadêmicas do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Recife com transtorno disfórico pré-menstrual e a sua correlação com as escalas do Questionário de Sintomas Menstruais

Escala do MSQ	TDPM		p
	Sim, n (%)	Não, n (%)	
Depressão			
Sim	16 (100,0)	195 (80,2)	0,048
Não	0 (0,0)	48 (19,8)	
Ansiedade			
Sim	16 (100,0)	225 (92,6)	0,612
Não	0 (0,0)	18 (7,4)	
Labilidade do humor			
Sim	16 (100,0)	209 (86,0)	0,141
Não	0 (0,0)	34 (14,0)	
Sintomas sintomáticos			
Sim	16 (100,0)	233 (95,9)	1,000
Não	0 (0,0)	10 (4,1)	
Habilidades			
Sim	15 (93,8)	218 (89,7)	1,000
Não	1 (6,3)	25 (10,39)	
Dor			
Sim	16 (100,0)	216 (88,99)	0,388
Não	0 (0,0)	27 (11,1)	

MSQ = Questionário de Sintomas Menstruais; TDPM = transtorno disfórico pré-menstrual.

Discussão

Em outros estudos conduzidos no Brasil, foi possível observar um perfil das variáveis socioeconômicas e demográficas semelhante ao da presente pesquisa, na qual as acadêmicas eram em sua maioria solteiras, encontravam-se em idade reprodutiva e tinham algum tipo de ocupação¹¹⁻¹³.

No presente estudo a menarca foi mais prevalente na faixa etária de 12 anos de idade, assim como o início da vida sexual se localizou predominantemente na faixa etária abaixo dos 18 anos. Em um estudo realizado com adolescentes na cidade de Santo André (SP) por Azevedo et al.¹⁴, as jovens que menstruaram mais cedo também relataram o início de sua atividade sexual de forma precoce. E de acordo com Veras & Nardi¹⁵, a precocidade na ocorrência da menarca favorece a maior incidência de sintomas depressivos entre as mulheres.

É importante lembrar que o TDPM se caracteriza como um transtorno de humor presente na fase lútea tardia do ciclo reprodutivo, fase em que as mulheres apresentam respostas imunológicas e neuroendócrinas ao estresse. Isso sugere que as alterações hormonais nesse momento do ciclo menstrual podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas do TDPM, e na nossa amostra a maioria das acadêmicas se encontravam em idade fértil^{15,16}.

Para o controle da natalidade foi observado um elevado uso de métodos contraceptivos entre as acadêmicas, sobressaindo-se a pílula anticoncepcional. Sabe-se que os ciclos anovulatórios poderiam resultar na redução dos sinais e sintomas prevalentes na síndrome da TPM, mas não acontece o mesmo com as pacientes diagnosticadas com TDPM. Antunes et al.¹⁷ concluíram em seu estudo, realizado na Universidade Paulista em Bauru (SP), que os transtornos psiquiátricos ligados à variação pré-menstrual não parecem melhorar com o uso de pílulas anticoncepcionais. Já Bianco et al.¹⁸ sugerem que o uso de anticoncepcionais pode estar relacionado com os graus mais elevados da depressão em mulheres predispostas a este sintoma.

A comorbidade mais relatada entre as acadêmicas foi a dor lombar (lombalgia), e no estudo realizado por Muramatsu et al.¹¹, observou-se que a presença de dores se encontra em primeiro lugar dentre os sintomas físicos mais incidentes nas portadoras de TPM, sugerindo que os sintomas físicos se apresentam com o queixa clínica tanto em mulheres portadoras de TPM como naquelas com diagnóstico de TDPM.

Na amostra estudada foi encontrada a prevalência de 6,2% de acadêmicas portadoras de TDPM, assemelhando-se ao visto por da Silva¹⁹ em estudo de coorte de base populacional onde foram utilizados os mesmos critérios do DSM

IV para a classificação da TDPM. Neste estudo, pode-se observar uma prevalência de 5,8% para TDPM, sendo que, após 20 meses de acompanhamento na mesma população, a incidência cumulativa foi de 7,4%.

Um número cada vez maior de mulheres em idade reprodutiva vem verbalizando as repercussões físicas e emocionais da TPM, mas os sintomas de ordem emocional têm sido referidos como de maior intensidade. Este fato também é apontado em outros trabalhos que avaliaram os sintomas pré-menstruais e suas repercussões no cotidiano das mulheres, enfatizando que os sintomas de alteração de humor podem provocar prejuízo ou mesmo necessidade de interrupção dos compromissos, gerando problemas no relacionamento familiar e social, bem como dificuldades no desempenho acadêmico e/ou profissional^{1,3,7,14}.

Uma hipótese que pode ser levantada é a de que os quadros disfóricos pré-menstruais representam uma seqüela de um episódio depressivo anterior ou, alternativamente, uma forma precursora de um episódio depressivo que mais tarde irá se desenvolver²⁰.

As alterações nos níveis de estrogênio e progesterona explicam alguns sintomas de TDPM nos quais a falta de estrogênio pode estar relacionada ao aparecimento da depressão, com diminuição da atividade psicomotora, e seus níveis elevados podem estar associados a estados disfóricos como agitação, ansiedade e irritabilidade, os quais se mostraram presentes em todas as acadêmicas que apresentam TDPM²¹.

Atualmente, a depressão apresenta-se com o uma doença que afeta muitas pessoas. Segundo Campos²², a estimativa de pessoas depressivas na população varia de 10 a 15%; entre as mulheres, esse índice sobe para 20%. No presente estudo, pode-se observar uma correlação positiva entre os sintomas depressivos e o TDPM. Esses dados sugerem que este possa ser um subtipo clínico de transtorno depressivo. Isto confirma os resultados obtidos no estudo de Veras & Nardi¹⁵, que demonstraram que a depressão é uma variável clínica consistentemente relacionada com o TDPM.

Conclusão

No presente estudo, foi encontrada uma alta prevalência de sintomas somáticos associados ao TDPM, mas, como foi visto, eles não interferem de forma significativa nas atividades cotidianas das acadêmicas. No entanto, entre os sintomas emocionais, os sintomas depressivos mostraram uma correlação

positiva com os critérios de diagnóstico do TDPM utilizados na presente pesquisa.

O TDPM revelou uma correlação significativa com os sintomas depressivos, sugerindo tratar-se de uma expressão clínica de transtorno de humor.

Referências

- Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci*. 2000;25(5):459-68.
- Valadares GC, Ferreira LV, Filho HC, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev Psiqiatr Clin*. 2006;33(3):117-23.
- de Andrade LH, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiqiatr Clin*. 2006;33(2):43-54.
- Vieira Filho AH, Tung TC, Artes R. Escalas de avaliação de transtorno pré-menstrual. *Rev Psiqiatr Clin*. 1998;25(5):273-8.
- Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment. primary care companion. *J Clin Psychiatry*. 2003;5(1):30-9.
- Braverman PK. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(1):3-12.
- Pires ML, Calil HM. Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Rev Bras Psiqiatr*. 1999;21(2):113-27.
- Webster SK, Martin HJ, Uchalik D, Gannon L. The Menstrual Symptom Questionnaire and spasmodic/congestive dysmenorrhea: measurement of an invalid construct. *J Behav Med*. 1979;2(1):1-19.
- Moraes JL, Ximenes RC, dos Passos MP, Sougey EB. Validação da versão brasileira do Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
- Jerrold HZ. *Biostatistical analysis*. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1996.
- Muramatsu CH, Vieira OC, Simões CC, Katayama DA, Nakagawa FH. Conseqüências da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2001;35(3):205-13.
- Rodrigues IC, de Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. *Arq Cienc Saude*. 2006;13(3):146-52.
- Wang YP, Teng CT, Vieira Filho AH, Gorenstein C, Andrade LH. Dimensionality of the premenstrual syndrome: confirmatory factor analysis of premenstrual dysphoric symptoms among college students. *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(5):639-47.
- de Azevedo MR, Saito MI, Berenstein E, Viegas D. Síndrome pré-menstrual em adolescentes: um estudo transversal dos fatores biopsicossociais. *Arq Med ABC*. 2006;31(1):12-7.
- Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiqiatr*. 2005;54(1):57-68.
- Bom L, Phillips SD, Steiner M, Soares CN. Trauma e o ciclo reprodutivo feminino. *Rev Bras Psiqiatr*. 2005;27(Supl II):S65-72.
- Antunes G, Rico VV, Gouveia Junior A. Variações da ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do uso de pílulas anticoncepcionais. *Interacao Psicol*. 2004;3(1):81-7.
- Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Arq Cienc Saude UNIPAR*. 2004;3(1):11-7.
- da Silva CM. Síndrome pré-menstrual: prevalência e fatores associados na população urbana de Pelotas [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2004.
- Cheriaux E. Tratamento da disforia pré-menstrual com antidepressivos: revisão dos ensaios clínicos controlados. *J Bras Psiqiatr*. 2006;55(2):142-7.
- Mendonça Lima CA, Camus V. Síndrome pré-menstrual: um sofrimento ao feminino. *Psiquiatr Biol*. 1996; 4(3):137-46.
- Campos R. Depressão, um estigma feminino. *Rev Viver Psicol*. 2002;10(112):24-9.

CORRELATION BETWEEN PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER AND DEPRESSION AMONG UNIVERSITY STUDENTS

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de. Doctorate Student of the Neuropsychiatry and Behavioral Sciences Post-Graduation Program. Neuropsychiatry Department /CCS/UFPE. Assistant Teacher of Universidade Católica de Pernambuco and Faculdade Integrada do Recife for Neuropsychiatry and Behavioral Sciences. University Teacher at UNICAP/FIR.

CANTILINO, Amaury. Coordinator of the Woman's Mental Health Program at the research center for Affective Disorders of Hospital das Clínicas- UFPE.

NASCIMENTO, Bruna Maria Macena. Physiotherapist at Universidade Católica de Pernambuco.

RIBEIRO, Panmela Karla. Physiotherapist at Universidade Católica de Pernambuco.

SOUGEY, Everton Botelho. Coordinator of the Neuropsychiatry and Behavioral Sciences Post-Graduation Program. Neuropsychiatry Department /CCS/UFPE.

Responsible author: Valéria Conceição Passos de Carvalho. Mail address: Rua Guedes Pereira, 77 edf. Amazone apt. 401, Casa Amarela. Recife – Pe. ZIP 52.060-150. E-mail: valeriapassos@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Correlacionar o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual e o Transtorno Depressivo e avaliar os principais fatores de risco associados. **MÉTODO:** Estudo do tipo coorte retrospectivo, realizado no período de agosto de 2008 a junho de 2009 em 1221 universitárias. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram: um Questionário sócio-bio-demográfico, a escala de Autoavaliação de síndrome de transtorno pré-menstrual de Steiner e o Questionário de Autoavaliação da Escala de Hamilton para Depressão. A análise estatística foi descritiva e analítica, sendo utilizado o teste Qui-Quadrado ou o teste exato de Fisher e todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A prevalência do TDPM entre as universitárias foi de 4,4%. Na análise multivariada foram identificados como fatores associados ao TDPM os antecedentes hereditários de transtorno mental (OR de 2,15 CI, 1,07 a 4,30 *P* 0,03), preocupar-se com o desconforto ou dor causados pelo TDPM (OR de 3,93 CI, 0,94 a 18,94 *P* 0,05) e apresentar sintomas depressivos (OR de 5,78 CI, 1,40 a 4,86 *P* 0,003). **CONCLUSÕES:** Os resultados demonstram que o TDPM tem característica cíclica, com exacerbação da irritabilidade, tensão, disforia e ansiedade,

podendo até ser considerado como um subtipo clínico de depressão, com um padrão temporal cíclico.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Saúde Mental da Mulher, Fatores de Risco, Depressão.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To correlate Premenstrual Dysphoric Disorder and Depressive Disorder and to evaluate the main associated risk factors. **METHOD:** A retrospective study carried out in the period from August 2008 to June 2009 in 1,221 university students. Tools used for data collection were: a socio-bio-demographic Questionnaire, a Self-evaluation scale of Steiner's premenstrual disorder syndrome and the Self-evaluation Questionnaire of Hamilton's Scale for Depression. The statistical analysis was descriptive and analytical, while the Qui-Square test or Fisher's accurate test was used and all conclusions were drawn at a 5% significance level. **RESULTS:** PMDD prevalence between university students was 4.4%. The multivariate analysis identified hereditary history of mental disorder as factors associated to PMDD (OR of 2.15 CI, 1.07 and 4.30 P 0.03), worries about discomfort or pain caused by PMDD (OR of 3.93 CI, 0.94 to 18.94 P 0.05) and presentation of depressive symptoms (OR of 5.78 CI, 1.40 to 4.86 P 0.003). **CONCLUSIONS:** Results show that PMDD has a cyclical behavior, with exacerbation of irritability, tension, dysphoria and anxiety, while being able to be considered as a clinical subtype of depression, with a cyclical time pattern.

Key words: Premenstrual dysphoric disorder, Women's Health, Depression.

INTRODUCTION

Most women of reproductive age experience constant physical, emotional and cognitive complaints during their menstrual cycle. These symptoms interfere significantly not only with the woman's quality of life, but also with friends or relatives of her social conviviality, presenting itself as a public health problem ^(1,2,3).

Epidemiological surveys show that the prevalence of premenstrual changes vary according to study design, diagnosis, culture, stressing factors, among others. It is estimated that the prevalence of premenstrual complaints among women of childbearing age reaches a 75% average. However, it is noted that a percentage around 3% 5% of these women present a so severe symptom picture that intervenes with their quality of life ^(4,5,6,7,8).

The exacerbation of this picture is defined as Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), characterized by troublesome physical, cognitive and/or emotional symptoms.

The most prominent symptoms of mood changes for this disorder, which presents in a cyclical fashion, with its onset during the two weeks before menses and with symptoms reduction in the first day of the menstrual flow, it shall be highlighted that the severity of such symptoms change from woman to woman ^(1,3,9,10,11). Defining of the clinical diagnosis for PMDD is not an easy task to be carried out. A number of subjective symptoms are observed, which makes the clinical characterization and the probability of its diagnosis difficult, in addition to the fact that there are nor specific laboratory tests or physical examination ⁽¹⁾. Therefore, the identification that the patient does not present another medical or psychiatric diagnosis can be of great help in identifying PMDD. Being important to clarify that the fact of the patient presenting another medical or psychiatric disorder does not rule out a PMDD diagnosis ^(3,12).

Among the symptoms of mood swings shall be highlighted: irritability, tension, dysphoria and mood lability, as the most common symptoms among women with PMDD ^(6,9,12). This picture is chronic and gradual throughout the reproductive life and accumulates at each consecutive symptomatic cycle, and these women usually do not react to conventional and conservative treatments and often turn to a specific professional for help ⁽¹³⁾.

According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM- IV), in order to meet the diagnostic criteria the patient must at least present 1 of the 4 symptoms (irritability, tension, dysphoria and mood lability) and at least 5 of the 11 specific symptoms. These symptoms must be confirmed during the luteal phase of the menstrual cycle, during two consecutive cycles ^(6,14,15).

In the specialized literature a number of risk factors that can trigger these mood changes, typical for women suffering from PMDD are pointed out, such as: urban life, presence of co-morbidities, previous emotional disorders, family history, drugs or alcohol consumption, etc ^(15,16,17,18).

Evidences points that PMDD is closely related to mood disorders and from a theoretical viewpoint, both share a biological substratum through neuroendocrine markers of the serotonergic function and respond to selective serotonin reuptake inhibitors ^(17,19,,20).

The presence of co-morbidities linked to PMDD is common, especially mood disorders. The coexistence of two disorders can cause difficulty in making a diagnosis.^(9,19,21). And according to Andrade et al., (2006) ⁽²²⁾, the most common co-morbidity among women who present premenstrual symptoms is anxiety and mood disorder. These facts suggest

that PMDD is part of a set of mood disorders with a symptom picture of the mild or atypical depression type.

The present study gives evidences that premenstrual symptoms would be an expression of vulnerability for the development of cyclical depressive state, through the association of the risk factors for the development of PMDD.

MATERIAL AND METHODS

This was an observational epidemiological retrospective survey carried out in Recife, Pernambuco. The study was carried out at two higher education institutions - HEI, in the campus of the Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), and in the campus of the Faculdade Integrada do Recife (FIR).

University students enrolled in the following courses formed the surveyed population: Physiotherapy, Occupational Therapy, Psychology and Speech Therapy of both HEI, in the period from April 2008 to April 2009. All university students who were in their reproductive age and were enrolled in the surveyed institutions, and who agreed to take part in the study, by signing the Free and Clarified Consent Term (FCCT) were included in the study. The university students who do not go through their menstruation and/or present irregular cycles (cycles longer than 35 days or shorter 25 days) were ruled out from the study, in addition to those questionnaires with incomplete data. The present work was approved by the Committee of Ethics with Human Beings Research, under CAAE No. 0001.0.100.172-08.

The survey studied 1,490 university students at two HEI in Recife/PE. In accordance with the exclusion criteria 16.1% (n= 240) of the questionnaires were removed. Twenty and nine university students refused to fill in the questionnaire, which accounted for 1.9% of the sample. Thus, totalizing 1,221 of applied questionnaires, which represent 81.9% of the initial sample. University students did not differ from those who had been interviewed as for the average of age, schooling, marital status, income and occupation. The data collection was carried out by means of a socio-bio-demographic questionnaire designed by the researcher, which contains socio-economic questions, personal, hereditary histories and the presence of co-morbidities.

The classification of the university students as PMDD patients was established by means of the Self-evaluation Scale of Steiner's premenstrual Disorder Syndrome, comprising 36 objective items concerning as to how the patient felt like one week

before the menstruation in the two last cycles. For the definition of presence or absence of PMDD through Steiner, the criteria listed in the DSM-IV were followed ⁽⁶⁾.

The Self-evaluation questionnaire of Hamilton's Scale for depression (QAEH-D) ⁽²³⁾, which consists of 18 items of objective questions related to depression, work, leisure, well-being, personal plans, sleep, sex, among others, was used for the classification of presence or absence of depressive symptoms. In the present research it was established as a cut point the value of >10 indicating the presence of depressive symptoms as the sum result of the QAEH-D score ⁽²³⁾.

In the beginning, a descriptive analysis based on the composition of frequency tables or graphs was carried out, in addition to the calculation of some descriptive measures (average, standard deviation, minimum and maximum values of the series). To evaluate the statistical significance of the raw ORs 95% (IC95%) confidence intervals and the value of 0.05 for the probability associated with the tests were used (value of *P*). The softwares used were Epi-info 6.0.4 and SPSS v 12.0.

In the multivariate analysis, were included in the modeling process those variables of which the association with the studied effect in the univariate analysis had reached a statistical significance level equal or lower 0.30 (p value).

For the multiple non-conditional logistic regression analysis the *backward* procedure was used, while the variables for ruling out the model based on the significance level for the maximum likelihood ratio (MLR) were selected. For the statistical significance evaluation of the identified associations 95% confidence intervals and p value were obtained. In this stage, the categorical variables (that had previously presented defined cut-off point) were changed into dichotomous variables.

Three initial models for the modeling process were designed: 1- Model related to the socioeconomic features; 2 - Model related to the patient's reproductive and sexual history features; 3 - Model related to the personal and hereditary histories. In the final Model the variables, which had remained in their respective models for being statistical significant in the previous stage of the multivariate analysis, were included.

RESULTS:

The socio-economic profile of the respondent university students is characterized by having: 40.6% (n= 496) of volunteers in the age group between 20 and 22 years, with average age of 23.2 (5.4 SD), the majority 84.1% (n=1027) is single, 68.6% (n= 838) are from the metropolitan region of Recife and 76.2% (n=930) of them only studied.

The white group race was predominant with 58.5% (n= 714) of the cases and 68.2% (n= 83) of them belonged to the catholic religion.

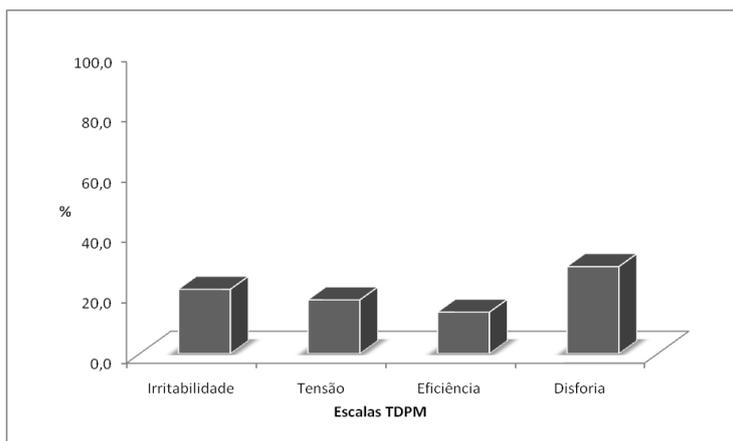
Concerning features related to the sexual and reproductive history of the respondents, 60.8% (n= 742) had their menarche before 12 years of age, and 61.3% (n=748) of the sample was in the middle of the menstrual cycle. A ratio of 21.1% (n=251) reported that had some form of gynecological problem and 35.7% (n=436) reported a family history of premenstrual disorders.

Most of the university students 69.9% (n= 854) had active sexual life and of these 58.3% (n=498) reported having initiated this activity before 18 years of age and 88.5% (n= 760) used some type of contraceptive method, those being used were oral contraceptive pills and condom with 48,5% (n= 399) and 47% (n=387), respectively. A total of 15.7% (n= 134) had children, and among them, the majority 60.4% (n=81) had only one child.

In the analysis of the personal, hereditary, co-morbidity histories and daily life habits, it is observed that 24.4% (n=298) reported using medication prescribed by the physician, 10.8% (n=132) were undergoing or had undergone treatment due to emotional problems, 27.9% (341) of the respondents had family history of treatment for emotional problems. Only 2.2% (n=27) stated being smokers and 36.8% (n=449) drank alcoholic beverages. The presence of another illness was reported by 47.2% (n=576), among those who reported another health problem, the majority 80.7% (n=465) reported having column disorders and 5.6% (n=32) presented arterial hypertension.

The prevalence of PMDD was 4.4% (n=54), evaluated by Steiner's scale and the DSM-IV criteria.

Upon evaluating the frequency of the main mood symptoms related to premenstrual symptoms by using Steiner's Scale, the predominance of dysphoria was observed in 28.9% (n=353) of the cases, followed by irritability in 21.4% (n=261) of the cases, tension was present in 17.9% (n=218) of the cases, and finally the loss of the efficiency in 13.8% (n=168) of the respondents (**PICTURE 1**).



PICTURE. 1. Prevalence of the main mood symptoms related premenstrual disorders among university students according to Steiner's Scale.

In the univariate analysis, a positive correlation between depression and PMDD can be noted for 59.3% of the cases, with an OR of 4.7 (CI, 2.7 to 8.3, $P < 0.001$), when compared to those who did not have it (**Table 1**).

Table 1 – Distribution of the prevalence of PMDD and Depression among university students.

	Depression				OR	IC 95%	p-value
	Yes		No				
	N	%	N	%			
PMDD							
Yes	32	59.3	22	40.7	4.7	2,7 - 8,3	<0,001
No	274	23.5	892	76.5	1.0	-	-

When relating the socio-bio-demographic dichotomized data to the risk of developing PMDD, it was observed that university students who study and have some form of professional activity were related in a statistically significant way with the risk of developing PMDD, for 7.2% with an OR of 2.11 (CI, 1.20 to 3.72, $P 0.009$), when compared to the ones who only studied. The fact of being non-white was also associated with the risk of developing PMDD for 5.1%, with an OR of 1.39 (CI, 1.08 to 1.80, $P 0.01$), when compared to the white race group. Similarly, being non-catholic was also associated with the risk of developing PMDD, for 5.4%, with an OR of 1.36 (CI, 1,03-1,79 $P 0.03$) (**Table 2**).

Table 2 – Distribution of university students as to the socio-bio-demographic data an relation with PMDD.

Socio-Bio-Demographic Data	PMDD				OR ¹	IC 95% ¹	p-value ¹
	Yes		No				
	N	%	N	%			
Age (in years)							
Up to 22	28	3.9	688	96.1	1.00	-	-
23 or +	26	5.1	479	94.9	1.33	0,77 - 2,30	0.302
Marital status							
Married/ Domestic partnership	6	3.2	181	96.8	1.00	-	-
Single/Divorced/ Widow	48	4.7	979	95.3	1.48	0,62 - 3,51	0.374
Hometown							
Metropolitan Region of Recife	34	4.1	804	95.9	1.00	-	-
Other cities	20	5.2	362	94.8	1.31	0,74 - 2,30	0.355
Studying only							
Yes	33	3.5	897	96.5	1.00	-	-
No	21	7.2	270	92.8	2.11	1,20 - 3,72	0.009
Income value							
Up to 400	2	2.9	66	97.1	0.30	0,07 - 1,37	0.121
> 400	14	9.1	140	90.9	1.00	-	-
Race							
White	28	3.9	686	96.1	1.00	-	-
Non-white	26	5.1	481	94.9	1.39	1,08 - 1,80	0.011
Religion							
Catholic	33	4.0	800	96.0	1.00	-	-
Non catholic	21	5.4	367	94.6	1.36	1,03 - 1,79	0.030

In the correlation between personal, hereditary histories, life habits and presence of co-morbidity with the presence of PMDD, we have the fact that undergoing treatment for emotional problems was associated with PMDD, in 10.6% of the cases with an OR of 3.11 (CI, 1.64 to 5.89, $P < 0.001$) when compared to the ones who did not undergo treatment for emotional problems (3.7%). The fact of having family history of treatment for emotional problems was associated with the risk of developing PMDD for 7.9% with an OR of 2.72 (CI, 1.57 to 4.70, $P < 0.001$), when compared to the ones who did not have family history of emotional problems (3.1%). The presence of some type of illness was related in a statistically significant way to PMDD for 6.1% with an OR of 2.13 (CI, 1.21 to 3.77, $P = 0.009$), when compared to the ones who do not present any sort of illness (2.6%). The concern with pain or

discomfort that the pathology shall produce in a severe way was associated with the risk of developing PMDD for 10.8% of the cases with an OR of 4.49 (CI, 1.00 to 20.05, P 0.04), compared to the ones who have no form of disease (2.6%). And finally it is observed a correlation between extreme fatigue due to the disorder with the risk of developing PMDD in 12.2% of the studied cases, with an OR of 5.25 (CI, 1.42 to 19.41, P 0.01) (**Table 3**).

Table 3 – Distribution of university student as to personal history, hereditary antecedents, co-morbidities and daily life habits and relation with PMDD.

Personal and Hereditary Histories	PMDD				OR ¹	IC 95% ¹	p-value ¹
	Yes		No				
	N	%	N	%			
Using some medicine prescribed by physician							
Yes	17	5.7	281	94.3	0.69	0,38 - 1,25	0.218
No	37	4.0	886	96.0	1.00	-	-
Treatment for emotional problems							
Yes	14	10.6	118	89.4	3.11	1,64 - 5,89	<0,001
No	40	3.7	1049	96.3	1.00	-	-
Family history of emotional problems treatment							
Yes	27	7.9	314	92.1	2.72	1,57 - 4,70	<0,001
No	27	3.1	853	96.9	1.00	-	-
Cigarette addict							
Yes	2	7.4	25	92.6	0.57	0,13 - 2,47	0.451
No	52	4.4	1142	95.6	1.00	-	-
Alcoholic beverage drinker							
Yes	36	4.7	732	95.3	0.85	0,66 - 1,10	0.206
No	18	4.0	435	96.0	1.00	-	-
Any kind of disease							
Yes	35	6.1	541	93.9	2.13	1,21 - 3,77	0.009
No	19	2.9	626	97.1	1.00	-	-
Worried with pain or discomfort due to the illness							
None	2	2.6	74	97.4	1.00	-	-
Very little/ more or less	17	4.9	331	95.1	1.90	0,43 - 8,40	0.397
Very much/ Extremely	16	10.8	132	89.2	4.49	1,00 - 20,05	0.049
Difficulty to deal with pain or discomfort							
None	2	3.4	56	96.6	1.00	-	-

Very little/ more or less	20	5.0	381	95.0	1.47	0,33 - 6,46	0.610
Very much/ Extremely	13	11.5	100	88.5	3.64	0,79 - 16,71	0.097
Pain or discomfort hinders the performance of one's needs							
None	5	3.2	152	96.8	1.00	-	-
Very little/ more or less	22	6.2	331	93.8	2.02	0,75 - 5,44	0.164
Very much/ Extremely	8	1.3	54	8.7	4.50	1,41 - 14,36	0.011
How easily gets tired due to this illness							
None	3	2.6	113	97.4	1.00	-	-
Very little/ more or less	21	5.8	341	94.2	2.32	0,68 - 7,92	0.179
Very much/ Extremely	11	12.2	79	87.8	5.25	1,42 - 19,41	0.013

Table 4 shows the correlation between the sexual and reproductive history of the university students and presence of PMDD. The results show the fact that those respondents who had had their menarche under the age of 12 years presented a statistically significant association for 5.7% of the university students, with an OR of 2.33 (CI, 1.21 to 4.46 P 0.01) in relation to the ones who had had their menarche at an age over 12 years (2.5%). The presence of gynecological disorders was associated with PMDD for 8.9% of the cases, with an OR of 2.94 (CI, 1.68 to 5.14, P <0.001) with relation to the ones who did not present gynecological disorders (3.2%). The fact of having family history of premenstrual disorders was associated with the risk developing PMDD for 6.7% of the university students and with an OR of 2.17 (CI, 1.25 to 3.75, P 0.006) when compared to the university students who did not have family history of premenstrual disorders (3.2%). The other studied variables were not associated with the risk of developing PMDD.

Table 4 – Distribution of university students as to their sexual and reproductive history and relation with PMDD.

Sexual and Reproductive History Data	PMDD				OR ¹	IC 95% ¹	p-value ¹
	Yes		No				
	N	%	N	%			
Age of the first menstruation (in years)							
Up to 12	42	5.7	700	94.3	2.33	1,21 - 4,46	0.011
> 12	12	2.5	465	97.5	1.00	-	-

Gynecological problems							
Yes	23	8.9	235	91.1	2.94	1,68 - 5,14	<0,001
No	31	3.2	932	96.8	1.00	-	-
Family history of premenstrual disorders							
Yes	29	6.7	407	93.3	2.17	1,25 - 3,75	0.006
No	25	3.2	760	96.8	1.00	-	-
Sexual activity							
Yes	43	5.0	811	95.0	0.58	0,30 - 1,14	0.116
No	11	3.0	356	97.0	1.00	-	-
Age when started sexual activity							
Up to 18	28	5.6	470	94.4	1.00	-	-
> 18	13	3.7	336	96.3	0.65	0,33 - 1,27	0.208
Use contraceptive method							
Yes	41	5.4	719	94.6	2.74	0,65 - 11,50	0.169
No	2	2.0	96	98.0	1.00	-	-
Contraceptive method							
Hormonal	18	4.1	423	95.9	1.07	0,79 - 1,46	0.656
Non hormonal	25	6.5	357	93.5	1.00	-	-
Children							
Yes	5	3.7	129	96.3	1.00	-	-
No	38	5.3	682	94.7	1.44	0,56 - 3,72	0.455
Complications during gestation or at birth							
Yes	0	0.0	18	100.0	0.00	-	0.998
No	5	4.3	111	95.7	1.00	-	-
Abortion							
Yes	2	8.3	22	91.7	3.24	0,51 - 20,56	0.212
No	3	2.7	107	97.3	1.00	-	-

For the multivariate analysis, the following variables of the model related to the socio-bio-demographic features were included: the fact of the respondents only study, value of income, race group and religion. No positive association between the presence of PMDD and these variables was identified.

Variables related to family history, concern with pain or discomfort and having depressive symptoms remained in the model related to the personal, hereditary histories, co-morbidities and life habits as risk factors for PMDD. However, the other studied variables did not seem to be associated with PMDD in the multivariate analysis.

For the model related to their sexual and reproductive history the following variables in the multivariate analysis were selected: age of the first menstruation; presenting gynecological problems; having family history of premenstrual disorders; having sexual activity; contraceptive use. In this stage none of these variables were associated with risk of developing PMDD.

Later, the variables that remained in the models were gathered in a single model. All variables in the final model are presented in table 5, and in the end of the analysis they

were confirmed as risk factors for PMDD: family history of who underwent or is undergoing emotional problems treatment with an OR¹ of 2.15 (CI, 1.07 to 4.30, *P* 0.03); worries about pain or discomfort due to illness with an OR¹ of 3.93 (CI, 0.94 to 18.94, *P* 0.05) and having depressive symptoms with an OR¹ of 5.78 (CI, 1.40 to 4.86, *P* 0.003).

Table 5. Results of multifactorial logistic regression having as a response variable PMDD amongst the university students.

Final Model (PMDD)	Adjusted OR ¹	IC 95% ¹	p-value ¹
Family history of emotional problems treatment			
Yes	2.15	1,07 - 4,30	0.031
No	1.00	-	-
Worried with pain or discomfort due to the illness			
None	1.00	-	-
Very little/ more or less	1.70	0,40 - 7,93	0.446
Very much/ Extremely	3.93	0,94 - 18,94	0.050
Depression			
Yes	5.78	1,40 - 4,86	0.003
No	1.0	-	-

DISCUSSION

The sample profile of this research is similar to other studies conducted with women in their reproductive life cycle, being predominant the 20-45 age group, single, white and practicing some religion ^(7,15,16,19,24).

The specialized gynecology literature points out that the average age for the beginning menstruation is 12 years ^(17,19,25,26) and that women's sexual behavior in the last few decades has changed, there has been an anticipation of the age for starting the sexual activity, as well as, the early usage of contraceptive methods ⁽²⁶⁾. Amongst the reversible contraceptive methods the pill presents as the best known and widely used method ⁽²⁵⁾. The gynecological and sexual history profile of our sample shows similar to that found in the aforementioned studies.

The prevalence of depressive symptoms was high, and exacerbated during the premenstrual period, in our sample. It is important to highlight that the feminine reproductive history presents reports that the menstrual period itself can be associated with an experience of lack of emotional control. Therefore, women perceive this period as an unavoidable source of stress that cannot be denied. This fact suggests that there

can be some relation between the menstrual cycle and mood swings, observed during the premenstrual phase in comparison with the remaining portion of the cycle ^(20,27).

The vast majority of the published studies were carried out in reference outpatient units (gynecologists or psychiatrists), while studies that are developed on a population basis are scarce. Thus prevalence of PMDD can be observed, ranging from 5% to 35% ^(3,7, 9, 18, 19,24), depending on the criteria used and the place where the study was carried out. Suggesting that studies where the prevalence presents higher, less rigid diagnostic criteria would have been used. In the present study the diagnostic criterion was focused in the DSM-IV, which allowed a prevalence of 4.4% of PMDD, reflecting the findings of most prospective studies.

In the population survey carried out by Takeda et al, 2006 ⁽⁷⁾, the respondents were divided into three groups according to their symptoms picture: PMDD (moderate to severe), PMD and a group with mild PMD, using Steiner's criteria. It was identified that women who presented PMDD, mainly reported the symptoms of mood depression, anxiety or tension, anger or irritability. And these symptoms could intervene with their work or productivity, deficiency in household tasks and deficiency in their social life of relationship with family members or coworkers. The results above are compatible with our findings, because the symptoms of mood change were more prevalent than the physical symptoms, thus intervening with the activities of women with PMDD.

In the study developed by Miller and Miller, 2001 ⁽²⁾, it was observed that 57% of women had the diagnosis of having a premenstrual depressive syndrome (author's term), and among them 9% had a history of mental disease, the author suggests that there is a strong overlapping between depression and PMDD.

A prospective study, with the application of daily medication for three consecutive cycles, using the same criteria of this research, shows that women classified as having PMDD, had symptoms compatible with depression with an increase of 30% in the level of sadness, anxiety and irritability ⁽¹⁰⁾.

Therefore, a consensus with data found in the present research is observed, provided that women with PMDD had shown levels of depression higher than those without such symptoms.

The prognostic for PMDD is related to the onset of symptoms, which appear on average in the second decade of life, and these get gradually worse throughout the time ⁽⁶⁾, however in the present research an association was not observed between the age group of the university students and PMDD.

The fact of the majority of the university students being single was not presented as risk factor for developing PMDD. Something that does not corroborate with the concept that married women present minor possibility to develop premenstrual disorders ^(20,24).

In the population-based study carried out in Pelotas by Silva et al, 2006 ⁽²⁴⁾, it was observed that the white race group was associated with risk of developing PMD, unlike this study where other race groups other than the white one were associated with risk of developing PMDD. There can be a regional explanation for these findings, since large part of the population of the south of the country descends from Italians and can present better socioeconomic conditions as compared to other race groups, as the black one for example.

A piece of information that draws our attention in this study is the lack of correlation between hormonal contraceptive use and PMDD, since there is much controversy on the role of contraceptive as a protective factor or even as a reducing factor of PMDD symptoms. This corroborates the findings of Johnson's study, 2004 ⁽¹⁾ when he reports that oral contraceptives can be effective to reduce physical symptoms associated to PMD, however they do not show effective for eliminating mood symptoms. And according to Steiner (2000)⁽⁶⁾, the most effective pharmacological approaches for PMDD treatment are the anti- depressive drugs and not only the hormonal ones ⁽¹⁸⁾.

The family history of depression was associated with the development of PMDD in Crilchlow's and Bond's study, 2001 ⁽¹⁷⁾, 73% of their sample of 11 patients with PMDD reported having family history of depression, while these were close relatives (father or mother). As well as in the present study, the parental relation confirms a linking between hereditary history and PMDD.

A cross-section population-based study showed that chronic pain had a significant impact on women with PMDD diagnosis, however while carrying out a multivariate analysis there was no significant relation ⁽³⁾. These are divergent data from the present research, because chronic pain generated concern and was associated with PMDD. The difference in the findings can be justified due to the study design, because in cross-section studies the presence of PMDD and factors associated with it are investigated in a single moment.

Some studies have found a strong association between depression and PMDD; being suggested that overlapping of clinical symptoms take place ^(3,10,13,15,20). In the present study a positive relation between PMDD and depressive symptoms is observed,

because the university students suffering from depressive symptoms presented risk of developing PMDD.

CONCLUSION

Results suggest that the appearance of premenstrual symptoms is associated with a range of risk factors. The multivariate analysis confirmed the following factors as triggers for PMDD: hereditary history, concern with the damage caused by the illness and the fact of presenting depression.

Although PMDD is classified as an independent psychiatric category, in this research it presented a strong association with the condition of depressive disorder. Its main feature was repetition of episodes of mood alteration (irritability, tension, dysphoria and anxiety) on a cyclical basis. Therefore, PMDD could be classified as a clinical subtype of a depressive disorder with a cyclical time pattern.

REFERENCES

1. Johnson SR. Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical Primer for Primer for Practitioners. The American College of Obstetricians and Gynecologist, 2004; 104:845-859.
2. Miller MN, Miller BE. Premenstrual exacerbations of mood disorders. *Psychopharmacology Bulletin*: Summer,2001; 35(3): 135-147.
3. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, et al. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *Journal of Women's Health*, 2008; 17(1): 113-121.
4. Korzekwa MI, Steiner M. Assessment and Treatment of premenstrual syndromes. *Prim Care Update ob/Gyns*, 1999, 6 (5): 153-162.
5. Endicott J. History, evolution and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2000; 61 Suppl 12:5-8.
6. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatr & neuroscience*.2000;25(5):459-468.
7. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese Women. *Arch Womens Ment Health*, 2006; 9:209-212.
8. Soares CN, Cohen LS, Otto MW, et al. Characteristics of women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD) who did or did not report history of depression: a preliminary report from the Harvard Study of Moods and Cycles. *J*

- Womens Health Gen Based Med. 2001 Nov;10(9):873-878.
9. Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão- conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiq.Clin.* 2006; 33(3): 117-123.
 10. Pincus SM, Schmidt PJ, Negro-Palladino P, et al. Differentiation of women with premenstrual dysphoric disorder, recurrent brief depression, and healthy controls by daily mood rating dynamics. *Journal of Psychiatric Research*, 2008; 42:337-347.
 11. Steiner M, Pearlstein T, Cohen LS, et al. Expert guidelines for the treatment of severe PMS, PMDD, and comorbidities: the role of SSRIs. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006 Jan-Feb;15(1):57-69.
 12. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: recognition and treatment. *J Clin psychiatry*.2003; 5(1):30-39.
 13. Reed SC, Levin FR, Evans SM. Changes in mood, cognitive performance and appetite in the late luteal and follicular phases of the menstrual cycle in women with and without PMDD (Premenstrual dysphoric disorder). *Hormones and Behavior*, 2008;54:185-193.
 14. Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroid regulation of mood: The lessons of premenstrual syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology*,2006; 27:210-216.
 15. Hsu SC, Liu CY, Hsiao. A comparison of the tridimensional personality questionnaire in premenstrual dysphoric disorder and major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2007, 48: 366-370.
 16. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, et al. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. *Arq.Ciênc. Saúde Unipar*.2004.jan/abr; 8 (1): 11-17.
 17. Crilchlow DG, Bond AJ, W J. Mood disorder history and Personality Assessment in Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001set;62(9):688-692.
 18. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, et al.Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard Study of Moods and Cycles. *J Affect Disord*. 2002 Jul;70(2):125-132.
 19. Teng CT, Vieira Filho AHG, Artes R, et al. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005, 255: 51-56.
 20. Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: A continuum of vulnerability? *J Psychiatry Neurosci* 2008;33(4):331-343.

21. Pires MLN, Calil HM. Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Ver Bras Psiquiatr.* 1999, 21 (2): 118-127.
22. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín. São Paulo.* 2006; 33(2): 43-54.
23. Moraes JLR, Ximenes RCC, Passos MP dos, Sougey EB. Validação da Versão Brasileira do Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) [Tese de Doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2008.
24. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo Populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev. Saúde Pública.* 2006, 40(1):47-56.
25. Alves AS, Lopes MHBM. Locus de controle e escolha do método anticoncepcional. *Rev Bras de Enferm. Brasília.* 2007 mai./jun.;60(3):273-278.
26. Amaral MA, Fonseca RMGS. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Rev da Esc de Enferm da USP. São Paulo.* 2006 dez;40(4):469-476.
27. Lane T, Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Womens Ment Health.* 2003, 6:127-138.

CONCLUSÕES

A prevalência do TDPM encontrada no presente estudo foi de 4,4%, avaliada pela escala de Steiner e de acordo com os critérios da DSM-IV para seu diagnóstico.

Em relação aos sintomas físicos presentes temos como os mais frequentes: sensação de peso abdominal associado com desconforto ou dor; 22,8% referiram cólicas abdominais; 26,3% sentem uma sensação de inchaço e 26,6% ficam com as mamas túrgidas, % entretanto estes não interferem de forma significativa nas atividades cotidianas das pesquisadas.

Entre os principais sintomas de humor relacionados ao TDPM, observa-se o predomínio da disforia em 28,9% dos casos, seguidas por irritabilidade em 21,4% dos casos, a tensão esteve presente em 17,9% dos casos e por fim a perda da eficiência em 13,8% das entrevistadas.

As hipóteses etiológicas para a origem do TDPM ainda carecem de evidências conclusivas, sendo improvável que uma única destas hipóteses isoladamente possa explicar os sintomas dessa síndrome. Assim, a etiologia permanece especulativa e controversa. Futuras pesquisas com múltiplas abordagens serão necessárias para produzir evidências suficientes e explicativas da origem do TDPM.

A associação das variáveis com o TDPM foi investigada inicialmente através de uma análise univariada, nesta pode-se observar uma correlação positiva entre a depressão e o TDPM para 59,3% dos casos, com uma OR de 4,7 ($P < 0,001$), quando comparado as que não tinham o TDPM.

Ao relacionar os dados sócio-bio-demográficos dicotomizadas ao risco de desenvolver TDPM temos que as acadêmicas que estudam e desenvolvem alguma atividade profissional esteve relacionada de forma estatisticamente significativa com o risco de desenvolver o TDPM, como também o fato de serem de outra etnia que não a branca e pertencerem a outra religião que não a católica.

Na correlação entre os antecedentes pessoais, hereditários, hábitos de vida e a presença de co-morbidade com a presença do TDPM, observa-se uma associação entre as seguintes variáveis: o fato de realizar tratamento por problemas emocionais ; o fato de ter na família alguém que fez ou faz tratamento por problemas emocionais; a presença de algum tipo de doença; a preocupação com a dor ou desconforto que a patologia vai produzir de forma extrema e por fim o cansaço extremo devido à patologia.

Com relação às variáveis relacionadas ao histórico reprodutivo e sexual das acadêmicas, podemos observar uma associação positiva entre o TDPM e o fato das mesmas apresentarem uma menarca com idade menor que 12 anos, a presença de problemas ginecológicos assim como o fato de ter alguém na família que apresentava alterações pré-menstruais.

Na análise multivariada pode-se confirmar a correlação entre os seguintes fatores de risco e o TDPM: ter alguém na família que fez ou faz tratamento por problemas emocionais; preocupar-se com dor ou desconforto devido a doença e) e ter depressão.

Os resultados da presente pesquisa são relevantes, pois indicam que existe uma associação forte entre o TDPM com a condição de transtorno depressivo, caracterizado pela repetição de episódios de alteração de humor de forma cíclica, sendo assim o TDPM poderia ser classificado como um subtipo clínico de um transtorno depressivo com um padrão temporal cíclico.

Desta forma os achados servirão para alertar o público em geral e a comunidade científica na área da saúde, através da consciência e entendimento dos sintomas do TDPM e dessa forma ajudar na implementação de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos em tempo oportuno, uma vez que a identificação precoce e tratamento adequado reduz a probabilidade destes sintomas se tornarem crônicos e recorrentes, evitando assim o prejuízo na qualidade de vida das mulheres.

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto:“(Correlação ou fatores de associação) entre o transtorno disfórico pré-menstrual e os transtornos depressivos em universitárias”

Pesquisador responsável: Valéria Conceição Passos de Carvalho -81-32650999 ou 88626422.

Você está convidada a participar voluntariamente de uma pesquisa clínica. Leia atentamente as informações abaixo antes de dar o seu parecer:

- 1- Esta pesquisa tem por objetivo estudar a ocorrência e a caracterização clínica do transtorno disfórico pré-menstrual em estudantes universitárias e estabelecer correlações com os transtornos depressivos.
- 2- Trata-se de um procedimento de interesse clínico e científico, cujos trabalhos desenvolvidos ocorrerão sem qualquer prejuízo para a sua pessoa ou seus familiares.
- 3- Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária.
- 4- Você poderá fazer todas as perguntas que considerar necessária antes de concordar em participar da pesquisa, ou a qualquer momento durante o estudo.
- 5- Não é necessário se identificar. Além disso, o procedimento da pesquisa impede qualquer possibilidade de detecção da entrevistada.
- 6- Os resultados desta pesquisa podem ajudá-la a conhecer ou eventualmente descobrir que você é portadora de disforia pré-menstrual.
- 7- Da mesma forma, esses resultados devem contribuir para o bem estar da população, particularmente num importante setor da saúde mental da mulher.
- 8- Durante a execução do trabalho, a qualquer momento, você poderá se retirar ou desistir de participar.

Eu, _____, li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Desta forma, consinto voluntariamente em participar da presente pesquisa.

Nome da Entrevistada	Assinatura	Local/
Data		

Nome da Testemunha	Assinatura	Local/
Data		

Nome da Testemunha	Assinatura	Local/
Data		

Nome do Pesquisador	Assinatura
---------------------	------------

**ANEXO 2 - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA
DE PESQUISAS COM SERES HUMANOS.**

APROVAÇÃO DO PROJETO PELO SISNEP

Andamento do projeto - CAAE - 0001.0.100.172-08



Título do Projeto de Pesquisa
CORRELAÇÃO ENTRE O TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL E OS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS EM UNIVERSITÁRIAS

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	10/01/2008 10:57:18	02/04/2008 15:39:17		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/01/2008 10:59:04	Folha de Rosto	FR173198	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	10/01/2008 10:57:18	Folha de Rosto	0001.0.100.172-08	CEPV
3 - Protocolo Pendente no CEP	07/02/2008 17:14:49	Folha de Rosto	004/08	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	02/04/2008 15:39:17	Folha de Rosto	004/08	CEP

ANEXO 3- QUESTIONÁRIO SÓCIO-BIO-DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO _____

* Essa é uma pesquisa sobre as mulheres, no decorrer da entrevista vou fazer perguntas sobre a sua saúde, sua vida e algumas experiências vividas por você. Depois, as informações sobre cada mulher entrevistada serão reunidas para podermos saber como está à saúde das mulheres de Recife.

**Para marcar as respostas o código deverá corresponder à alternativa ou resposta dada pela entrevistada, que deverá ser circulado, evitando-se a marcação com "X".

I- Secção – DADOS SOCIO-BIO-DEMOGRÁFICOS

1- Quantos anos completos você tem? (feitos no último aniversário).

--	--

2- Qual é o seu curso universitário?

1- Fisioterapia 2- Psicologia 3- Fonoaudiologia 4- Terapia Ocupacional

3- Qual o período do curso você está cursando? _____

4- Atualmente, você está casada, vive com alguém ou está sozinha?

1- Casada.

2- União consensual (vive com o companheiro).

3- Solteira

4- Divorciada (desquitada)

5- Viúva

6- Outros (especificar): _____

8- Não quis informar.

5- Você nasceu aonde? (Naturalidade)

1- Região metropolitana do Recife

2- Outras cidades: (específica) _____

8- Não soube informar.

6- Você apenas estuda?

1- Sim

2- Não

Se sim. Qual a sua ocupação mais recente (tipo de trabalho)?

Ocupação. _____

7- Você possui alguma forma de rendimento? E de quanto é?

1- SIM 2- NÃO Valores em reais: R\$ _____

8- Não quis informar ou não sabe.

8- Qual a sua cor?

1- Branca 2- Negra 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena

6- Outros: _____

9- Qual a sua Religião?

1- Católica 2- Espírita 3- Evangélica. 4- Umbandista.

5- Outras (especificar): _____

II- Secção – ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS

10- Atualmente você está usando algum medicamento prescrito por médico?

1-SIM 2-NÃO

OBS: Se sim, qual (is) o (s) medicamentos. _____

11- Você fez ou faz algum tratamento por ter problemas emocionais?

1-SIM 2-NÃO

OBS: Se sim, qual: _____

12- Em sua família existe alguém que fez ou faz algum tratamento por ter problemas emocionais?

1-SIM 2-NÃO

OBS: Se sim, qual: _____

III- Secção – DADOS DA HISTÓRIA SEXUAL E REPRODUTIVA

13- Com qual idade você teve a sua primeira menstruação: _____ ANOS

14- Atualmente como anda seu ciclo menstrual?

1- Regular 2- Irregular 8- Não sabe informar.

15- Qual o intervalo entre uma menstruação e outra? _____ DIAS

16- Qual a sua quantidade do fluxo menstrual?

1-Pequena 2- Moderada 3- Grande

17- Em que período menstrual vc. se encontra?

1- Início do ciclo 2- No meio do ciclo 3- Menstruada

18 – Vc. já teve ou tem algum problema ginecológico?

1- SIM Qual? _____ 2 – NÃO

19- Na sua família alguém apresenta alterações pré-menstruais?

1- SIM 2- NÃO

20- Se sim, especifique o grau de parentesco: _____

21- Você tem atividade sexual?

1- SIM 2- NÃO → Se não, passe para a questão nº 28 .

22- Idade de início da atividade sexual: _____ ANOS

23- Usa algum método contraceptivo?

1- SIM 2- NÃO

24- Qual o método contraceptivo que você usa?

1- Camisinha 2- Pílula 3- Diu 4- Coito Interrompido

5- Anticoncepcional Injetável 6- Tabela 7. Outros _____

25- Você tem filhos?

1- SIM Quantos? _____ 2- NÃO → Se não, passe para a questão nº33 .

26- Já teve alguma complicação na gravidez ou parto?

1- SIM Qual? _____ 2- NÃO

27- Teve algum aborto?

1- SIM 2- NÃO

IV- Secção – OUTRAS INFORMAÇÕES

AS QUESTÕES ABAIXO SÃO RELATIVAS A VOCÊ.

28- Você é fumante?

1-SIM Quantos Cigarros/dia _____ 2- NÃO

29- Você ingere bebidas alcoólicas?

1-SIM 2-NÃO

30- Você já teve ou tem alguma destas doenças?

1- Diabetes;

2- Hipertensão Arterial;

3- Cardiopatias;

4- Hipotireoidismo;

5- Hipertireoidismo

6- Outros: (especificar): _____

8- Não sabe informar/ Não se aplica.

OBS.: CASO NÃO TENHA NEHUMA DAS PATOLOGIAS ACIMA OU OUTRAS, O QUESTIONÁRIO SE ENCERRA NESTA QUESTÃO.

31- Você se preocupa com sua dor ou desconforto (físicos) devido a esta doença?

1- Nada;

2- Muito pouco;

3- Mais ou menos;

4- Bastante;

5- Extremamente.

32- Quão difícil é para você lidar com alguma dor ou desconforto?

1- Nada;

2- Muito pouco;

3- Mais ou menos;

4- Bastante;

5- Extremamente.

33- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?

1- Nada;

2- Muito pouco;

3- Mais ou menos;

4- Bastante;

5- Extremamente.

34- Quão facilmente você fica cansada devido a esta doença?

1- Nada;

2- Muito pouco;

3- Mais ou menos;

4- Bastante;

5- Extremamente.

ANEXO 4- QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESSÃO (QAEH-D)

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA ESCALA DE HAMILTON

1. Você está deprimido?

NÃO MUITO UM POUCO .EXTREMAMENTE

2. Você sente culpa por coisas que tem feito ou pensado?

.NÃO MUITO UM POUCO .EXTREMAMENTE

3. Você tem demorado para pegar no sono?

NÃO .ÀS VEZES SEMPRE

4. Você dorme inquieto, acordando freqüentemente?

NÃO .ÀS VEZES SEMPRE

5. Você tem acordado mais cedo do que o normal e sente-se incapaz de voltar a dormir?

NÃO ÀS VEZES SEMPRE

6. Você tem perdido o interesse em seu trabalho ou passatempos preferidos?

NÃO MUITO UM POUCO EXTREMAMENTE

7. Sua vida é sem sentido?

NÃO SIM

8. Você tem pensado em acabar com tudo?

NÃO SIM

9. Você tem feito planos para se matar?

NÃO SIM

10. Você já tentou ou pretende se matar?

NÃO SIM

11. Você acha que está mais lento que o seu normal?

NÃO MUITO UM POUCO EXTREMAMENTE

12. Você se sente ansioso ou tenso?

NÃO MUITO UM POUCO .EXTREMAMENTE

13. Você sofre de algum sintoma físico?

NÃO ÀS VEZES SEMPRE

14. Você está preocupado de ter uma doença séria como câncer ou AIDS?

NÃO MUITO UM POUCO EXTREMAMENTE

15. Você tem perdido o interesse em sexo?

NÃO ÀS VEZES SEMPRE

16. Você tem perdido peso, exceto se devido à dieta?

NÃO

SIM, MAS AS ROUPAS AINDA CABEM

SIM, AS ROUPAS ESTÃO FOLGADAS

17. Você se sente pior pela manhã cedo, mas melhora no decorrer do dia?

NÃO ÀS VEZES SEMPRE

18. Você sente como que você ou o mundo fossem irreais?

NÃO MUITO UM POUCO EXTREMAMENTE

**ANEXO 5- ESCALA DE AUTO – AVALIAÇÃO DA SÍNDROME
DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL DE STEINER**

QUESTIONÁRIO _____

ESCALA DE AUTO- AVALIAÇÃO DA STPM DE STEINER

Instruções:

As perguntas seguintes referem-se a como você se sentiu na semana anterior à menstruação nos 2 últimos ciclos.

Por favor, responda *todas* as questões, circulando SIM ou NÃO.

Durante esse período (1 semana antes da menstruação dos 2 últimos ciclos):

1. Você evitou alguns de seus compromissos sociais?	1.SIM 2.NÃO
2. Você ganhou 2 quilos ou mais?	1.SIM 2.NÃO
3. Sua coordenação motora ficou tão ruim que a impediu de dirigir veículos ou usar utensílios de cozinha ou domésticos?	1.SIM 2.NÃO
4. Você teve mais raiva do que normalmente?	1.SIM 2.NÃO
5. Você evitou atividades familiares e preferiu ser deixada só?	1.SIM 2.NÃO
6. Você duvidou de suas opiniões ou sentiu-se inclinada a tomar atitudes precipitadas?	1.SIM 2.NÃO
7. Você se sentiu mais irritada que o normal?	1.SIM 2.NÃO
8. Sua eficiência diminuiu?	1.SIM 2.NÃO
9. Você se sentiu tensa e cansada?	1.SIM 2.NÃO
10. Você sentiu uma mudança brusca no seu desejo sexual ?	1.SIM 2.NÃO
Se SIM, aumentou ou diminuiu?	
11. Seus sintomas físicos causaram dor e desconforto que fizeram você se sentir incapacitada?	1.SIM 2.NÃO
12. Você cancelou alguma atividade social que estivesse previamente marcada?	1.SIM

	2.NÃO
13. Você sentiu que não conseguia relaxar de jeito nenhum?	1.SIM 2.NÃO
14. Você se sentiu confusa?	1.SIM 2.NÃO
15. Suas mamas ficaram doloridas ou sensíveis ?	1.SIM 2.NÃO
16. Você sentiu desejo por algum tipo específico de comida? (desejo por chocolate, por doces)	1.SIM 2.NÃO
17. Você gritou /respondeu às pessoas da família, a amigos ou colegas mais do que o habitual? Ficou com “pavio- curto”?	1.SIM 2.NÃO
18. Você se sentiu triste, abatida e desesperada a maior parte do tempo?	1.SIM 2.NÃO
19. Você sentiu vontade repentina de chorar?	1.SIM 2.NÃO
20. Você sentiu dificuldade para completar suas atividades rotineiras em casa/ no trabalho?	1.SIM 2.NÃO
21. Houve alguma mudança brusca em sua orientação sexual com mudança forte de seu comportamento sexual ?	1.SIM 2.NÃO
22. Você esteve mais “esquecida” ou apresentou dificuldade de se concentrar?	1.SIM 2.NÃO
23. Ocorreram mais “acidentes” em casa/ no trabalho do que o habitual?(ex.:quebrar pratos, copos, cortes nos dedos, quedas, etc.)	1.SIM 2.NÃO
24. Você notou inchaço significativo nas mamas e/ou nos joelhos e/ou do abdome?	1.SIM 2.NÃO
25. Seu humor mudou de repente, sem nenhuma razão óbvia?	1.SIM 2.NÃO
26. Você esteve mais distraída ?	1.SIM 2.NÃO
27. Você acha que seu comportamento desassossegado foi notado pelos outros?	1.SIM 2.NÃO
28. Você ficou mais desajeitada do que normalmente?	1.SIM 2.NÃO

29. Você ficou claramente mais hostil e negativa para com as outras pessoas?	1.SIM 2.NÃO
30. Você fica cansada a ponto de interferir no seu nível normal de atividade?	1.SIM 2.NÃO
31. Você tendeu a comer mais do que o seu normal ou em horas estranhas, não habituais (doces, lanches, petiscos, chocolates,etc.)	1.SIM 2.NÃO
32. Você ficou fatigada mais facilmente do que de costume?	1.SIM 2.NÃO
33. Sua caligrafia ficou diferente? (mais desorganizada?)	1.SIM 2.NÃO
34. Você se sentiu insegura ou chateada?	1.SIM 2.NÃO
35. Você se sentiu triste ou melancólica?	1.SIM 2.NÃO
36. Você parou de telefonar ou de ver alguns de seus melhores amigos?	1.SIM 2.NÃO

ANEXO 6- QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS MENSTRUAIS (MSQ)

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS MENSTRUAIS (MSQ)

Nome:
 Curso: Período:

1 – Não aplicável, ausente, sem alterações; 2 – Mínimo; 3 – Suave; 4 – Moderado; 5 – Severo; 6 - Extremo

<i>Mudanças Presentes na Fase Pré-Menstrual</i>	<i>Nível Habitual de Mudanças Durante as Últimas Três Fases Pré-Menstruais</i>					
1. Tem rápidas mudanças de humor(ex.riso,choro,raiva,alegria,etc)todos em um mesmo dia?	1	2	3	4	5	6
2. Deseja alimentos específicos(doces,pães,chocolate,picles)?	1	2	3	4	5	6
3.Sente-se estressada?	1	2	3	4	5	6
4.Sente que você não consegue enfrentar ou está oprimida pelas exigências rotineiras?	1	2	3	4	5	6
5.Deseja ficar sozinha?	1	2	3	4	5	6
6.Tem mais prazer ou excitação nas coisas mínimas?	1	2	3	4	5	6
7.Tem regularmente peso abdominal,desconforto ou dor?	1	2	3	4	5	6
8.Tem dores intermitentes ou cólicas no abdome?	1	2	3	4	5	6
9.Sente-se deprimida?	1	2	3	4	5	6
10.Sente frio ou fica mais susceptível a mudanças de temperatura?	1	2	3	4	5	6
11.Torna-se mais sensível ou intolerante a rejeições do seu próprio interesse ou isolada no trabalho?	1	2	3	4	5	6
12.Sente-se inchada?	1	2	3	4	5	6
13.Tende a resmungar ou procurar briga por questões não importantes?	1	2	3	4	5	6
14.Torna-se mais esquecida?	1	2	3	4	5	6
15.Tem explosões ou irritabilidade ou mau temperamento?	1	2	3	4	5	6
16.Tem pouca energia ou tende a fadigar facilmente?	1	2	3	4	5	6
17.Tem pouca vontade de falar ou mover-se continuamente?	1	2	3	4	5	6
18.Sente-se tensa, nervosa ou estressada?	1	2	3	4	5	6
19.Têm pontos de vista pessimistas?	1	2	3	4	5	6
20.Diminui o interesse em atividades habituais (ex.trabalho, estudo, amigos, lazer, etc)?	1	2	3	4	5	6
21.Tem dificuldade em concentrar-se?	1	2	3	4	5	6
22.Acorda cedo demais e não consegue voltar a dormir?	1	2	3	4	5	6
23.As mamas ficam túrgidas, inchadas?	1	2	3	4	5	6