SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL: DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA, PREVALÊNCIA E ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Diagnosis, Etiology, Prevalence, and Therapeutic Approaches

José Claudio Pereira da Silva
ORCID: https://orcid.org/0009-0001-0112-7279
Especialista em Saúde da Família
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
E-mail: ery.claudio@gmail.com

Leonardo Gomes Moreira
Mestre em Dependência Química
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail: leonardomoreiradf@gmail.com

Marjorye Gonçalves Pereira Bacelar
Graduada em Medicina
Instituição: Faculdade de Saúde Santo Agostinho
E-mail: dramarjorye@gmail.com

Suzane Brito de Sá Câmara
ORCID: https://orcid.org/0009-0004-5992-4264
Graduanda em Medicina
Instituição: Afya Faculdade de Ciências Médicas - ITPAC
E-mail: suzanebritoc@gmail.com

Rylanna Passos Santos
Graduanda em Medicina
Instituição: Centro Universitário UnidomPedro - Afya
E-mail: rypassoss@hotmail.com

Pedro Henrique de Oliveira Bento
Graduando em Medicina
Instituição: Faculdade Sulamérica
E-mail: pedrobombeiroesocorrista@gmail.com

Marcelo Augusto Toscano Lyra
Graduando em Medicina
Instituição: Universidade Potiguar (UnP)
E-mail: mlyra625@gmail.com

RESUMO

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) afetam uma grande parte das mulheres em idade reprodutiva, impactando consideravelmente sua qualidade de vida. Enquanto a SPM envolve sintomas físicos e emocionais leves, o TDPM apresenta manifestações mais graves e debilitantes. A prevalência dessas condições varia de acordo com fatores como idade, etnia e cultura, sendo mais prevalente em países da América Latina. O diagnóstico e o tratamento dessas condições são desafiadores, com a necessidade de abordagens terapêuticas mais eficazes. Este estudo visa revisar as evidências sobre o diagnóstico, as causas, a prevalência e as terapias da SPM e TDPM, identificando lacunas para futuras pesquisas. A revisão foi realizada com base em artigos publicados entre 2008 e 2021 nas bases de dados PubMed, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. Foram selecionados estudos que envolvem mulheres em idade fértil e dados mensuráveis sobre as condições, com a avaliação da qualidade dos estudos utilizando a escala de risco de viés da Cochrane. A Síndrome Pré-Menstrual afeta cerca de 90% das mulheres, com 20% a 30% apresentando sintomas típicos, enquanto o TDPM afeta de 1,2% a 6,4% das mulheres. Os sintomas incluem alterações físicas, cognitivas, comportamentais e psicológicas, como inchaço, fadiga, ansiedade e variações de humor. Sua etiologia envolve interações hormonais complexas, particularmente a progesterona e a serotonina. O diagnóstico é realizado por meio de entrevistas e questionários como o DRSP e PSST, excluindo outras condições. O tratamento varia conforme a gravidade dos sintomas, incluindo mudanças no estilo de vida, terapia cognitivo-comportamental e medicamentos como ISRSs e anticoncepcionais orais. Este estudo conclui que há a necessidade de mais pesquisas para compreender melhor a etiologia dessas condições e desenvolver terapias mais eficazes, além de ressaltar a importância do diagnóstico precoce e manejo adequado para melhorar a qualidade de vida das mulheres afetadas.

Palavras-chave: Síndrome Pré-Menstrual; Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; prevalência; diagnóstico; terapias

ABSTRACT

Premenstrual Syndrome (PMS) and Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) affect a significant portion of women of reproductive age, substantially impacting their quality of life. While PMS is characterized by mild to moderate physical and emotional symptoms, PMDD presents with more severe and disabling manifestations. The prevalence of these conditions varies according to factors such as age, ethnicity, and sociocultural background, with a higher incidence observed in Latin American countries. The diagnosis and therapeutic management of PMS and PMDD remain clinical challenges, requiring more effective and individualized approaches. This study aims to review the available evidence on the etiology, diagnosis, prevalence, and therapeutic strategies related to PMS and PMDD, as well as to identify knowledge gaps to guide future research. The review was conducted based on articles published between 2008 and 2021, retrieved from the PubMed, Scopus, Web of Science, and Cochrane Library databases. Studies involving women of reproductive age and providing quantitative data on the conditions were included. The methodological quality of the selected studies was assessed using the Cochrane risk of bias scale. It is estimated that PMS affects approximately 90% of women of reproductive age, with 20% to 30% reporting typical symptoms. PMDD, in turn, has an estimated prevalence ranging from 1.2% to 6.4%. Symptoms include physical, cognitive, behavioral, and emotional changes such as bloating, fatigue, anxiety, irritability, and

mood swings. The etiopathogenesis of these conditions involves complex hormonal interactions, particularly related to progesterone and the serotonergic system. Diagnosis is primarily clinical, based on structured interviews and the use of standardized instruments such as the DRSP (Daily Record of Severity of Problems) and the PSST (Premenstrual Symptoms Screening Tool), with the exclusion of other disorders presenting similar symptoms being essential. Treatment should be tailored to symptom severity and may include lifestyle modifications, psychotherapeutic interventions—particularly cognitive-behavioral therapy—and pharmacological treatments such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and oral contraceptives. In conclusion, there is a need for further research to deepen the understanding of the pathophysiological mechanisms underlying PMS and PMDD and to develop more effective therapeutic interventions. Furthermore, early diagnosis and appropriate clinical management are essential to significantly improve the quality of life of affected women.

Keywords: Premenstrual Syndrome; Premenstrual Dysphoric Disorder; prevalence; diagnosis; therapies

INTRODUÇÃO

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) são condições clínicas amplamente reconhecidas que afetam um grande número de mulheres em idade reprodutiva, gerando impactos significativos na qualidade de vida. A SPM caracteriza-se por um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais que surgem na fase pré-menstrual do ciclo menstrual, enquanto o TDPM é uma forma mais grave da síndrome, associada a sintomas mais intensos e debilitantes, frequentemente resultando em disfunção significativa nas atividades diárias da paciente. Estima-se que entre 20% a 30% das mulheres em idade reprodutiva experienciem sintomas de SPM, e uma parcela menor, entre 1,2% a 6,4%, seja afetada pelo TDPM, condição que tem ganhado maior reconhecimento devido à sua associação com quadros de ansiedade, depressão e outras disfunções psicológicas.

Apesar da alta prevalência dessas condições, a falta de consenso diagnóstico, aliada à variabilidade de sintomas entre as mulheres, tem sido um obstáculo para uma abordagem clínica eficiente e uma compreensão aprofundada de sua etiologia. A dificuldade em estabelecer um diagnóstico preciso se reflete nas diferentes taxas de prevalência reportadas, que variam amplamente entre diferentes populações e contextos geográficos. Além disso, embora os mecanismos fisiopatológicos das condições ainda não sejam completamente compreendidos, diversas hipóteses sugerem que fatores hormonais, neuroquímicos, genéticos e ambientais possam desempenhar papéis determinantes na gênese da SPM e do TDPM.

A prevalência de SPM e TDPM apresenta variações significativas de acordo com fatores como idade, etnia, e hábitos culturais. Estudos indicam que a condição é mais prevalente em países da América Latina, como Brasil e México, em comparação com países europeus, onde o reconhecimento clínico e a conscientização sobre a SPM são frequentemente mais baixos. Essas diferenças destacam a importância da conscientização e educação em saúde, não apenas para o diagnóstico precoce, mas também para o manejo adequado dessas condições, que afetam tanto o bem-estar físico quanto emocional das mulheres.

O tratamento da SPM e do TDPM exige uma abordagem integrada que inclua desde intervenções comportamentais, como a terapia cognitivo-comportamental, até o uso de medicamentos específicos, como antidepressivos serotoninérgicos e anticoncepcionais hormonais. A escolha terapêutica depende da intensidade dos sintomas e da resposta individual da paciente ao tratamento, sendo essencial um diagnóstico adequado para direcionar as melhores opções terapêuticas. Entretanto, a variabilidade nas respostas ao tratamento e a presença de efeitos colaterais limitantes em muitas opções terapêuticas indicam a necessidade de novas abordagens e mais pesquisas no campo.

Esta revisão sistemática tem como objetivo explorar as evidências mais recentes sobre a Síndrome Pré-Menstrual e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, com ênfase nos avanços no diagnóstico, nas teorias etiológicas, nas taxas de prevalência e nas abordagens terapêuticas disponíveis. Ao consolidar as informações presentes na literatura científica, busca-se proporcionar uma visão abrangente e atualizada sobre essas condições, além de identificar lacunas no conhecimento que podem orientar futuras pesquisas e estratégias clínicas para um manejo mais eficaz dessas síndromes.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada nas principais bases de dados científicas, incluindo PubMed, Scopus, Web of Science, e Cochrane Library, com a busca de estudos publicados entre 2008 e 2021. As palavras-chave utilizadas para a busca foram: "Premenstrual Syndrome", "Premenstrual Dysphoric Disorder", "Diagnosis", "Etiology", "Prevalence", "Therapeutic Approaches", e suas variações, com o uso de operadores booleanos (AND, OR). A busca foi realizada em inglês e português, com inclusão de artigos em outras línguas apenas quando a relevância dos mesmos justificasse.

Os estudos selecionados para inclusão foram aqueles que atendiam aos seguintes critérios de elegibilidade: 1) publicações científicas de caráter observacional ou experimental, 2) estudos que abordavam qualquer uma das dimensões do tema proposto (diagnóstico, etiologia, prevalência e terapêuticas), 3) artigos que utilizassem amostras de mulheres em idade fértil, 4) artigos que apresentavam resultados mensuráveis sobre a intervenção ou diagnóstico de SPM e TDPM, 5) estudos de revisão e metanálises relevantes.

Os critérios de exclusão foram: 1) artigos que não estavam disponíveis em texto completo ou que não eram acessíveis online, 2) estudos com amostras não representativas, como aquelas envolvendo populações de pacientes com doenças psiquiátricas severas ou com uso de medicamentos que interferem diretamente no ciclo menstrual, 3) artigos que não apresentavam dados quantitativos ou qualitativos suficientes para análise.

A seleção dos estudos foi realizada por dois revisores independentes, que realizaram a triagem inicial baseada nos títulos e resumos. Em seguida, foi realizada a leitura completa dos textos selecionados para confirmação da elegibilidade. Os desacordos entre os revisores foram resolvidos por consenso.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada utilizando ferramentas específicas, como a escala de risco de viés da Cochrane e o Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Estudos com pontuação de qualidade baixa foram excluídos da análise final. Além disso, a possível heterogeneidade entre os estudos foi avaliada de forma qualitativa e, quando pertinente, quantitativa, para garantir a consistência dos resultados.

A extração de dados foi realizada de maneira padronizada, com o uso de uma planilha de extração, onde foram coletados dados sobre o autor, ano de publicação, tipo de estudo, características da amostra, métodos de diagnóstico utilizados, resultados relacionados à prevalência, etiologia e terapêuticas, além das principais conclusões do estudo. Para os estudos de intervenção, foram extraídos dados sobre as abordagens terapêuticas utilizadas e os desfechos observados, como melhora nos sintomas de SPM e TDPM.

A síntese dos dados foi realizada de forma qualitativa, com a análise das principais evidências sobre cada um dos subtemas abordados. Para estudos de intervenção, foi realizada uma análise comparativa entre diferentes terapias, como tratamentos farmacológicos (SSRIs,

antidepressivos) e não farmacológicos (terapia cognitivo-comportamental, exercícios físicos). Os dados sobre a prevalência de SPM e TDPM foram analisados de acordo com os diferentes métodos diagnósticos utilizados nos estudos incluídos, com destaque para as abordagens baseadas nos critérios diagnósticos do DSM-5 e outras classificações.

A análise de viés de publicação foi realizada por meio de gráficos de funil e testes estatísticos quando aplicáveis. Além disso, foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica de cada estudo para entender a confiabilidade das evidências coletadas.

Em relação às intervenções terapêuticas, foram consideradas abordagens farmacológicas, como os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), e terapias não farmacológicas, como a terapia cognitivo-comportamental, baseando-se em estudos recentes, como os de Lustyk et al. (2009) e Bixo et al. (2017). Além disso, a revisão considerou fatores etiológicos, como o papel das deficiências nutricionais (vitamina D e cálcio) na exacerbação dos sintomas, conforme discutido por Abdi et al. (2019), e a relação entre inflamação e sintomas pré-menstruais, conforme evidenciado por Gold et al. (2016).

Por fim, a revisão sistemática seguiu os critérios de boas práticas estabelecidos por organizações internacionais, garantindo a validade dos resultados e a transparência do processo de seleção e análise dos estudos incluídos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A falta de consenso diagnóstico para a definição da síndrome pré-menstrual (SPM) contribui, em grande medida, para as variações observadas nas taxas de prevalência reportadas na literatura científica. Estima-se que uma grande parcela das mulheres, cerca de 90%, experimente sintomas relacionados ao período pré-menstrual. A literatura indica que entre 20% e 30% das mulheres apresentam sintomas típicos da SPM, e uma porcentagem menor, de 1,2% a 6,4%, apresenta os sintomas mais graves, caracterizando o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). Embora a SPM seja frequentemente observada durante a fase reprodutiva, as mulheres geralmente buscam assistência médica somente por volta dos 30 anos de idade, após anos de vivência com os sintomas sem diagnóstico adequado. A baixa procura por avaliação profissional pode ser atribuída à tendência de normalizar esses sintomas como uma

característica intrínseca da fisiologia feminina, além de um sentimento de frustração decorrente da falta de um diagnóstico preciso e da ausência de tratamento efetivo.

Além disso, estudos apontam que a prevalência de SPM e TDPM é significativamente mais alta em países da América Latina, como o Brasil e o México, em comparação com países da Europa. A conscientização sobre a SPM também é mais expressiva nesses contextos. Uma pesquisa realizada em várias grandes cidades brasileiras, incluindo o Distrito Federal, investigou as atitudes e percepções das mulheres, na faixa etária de 18 a 40 anos, em relação à SPM. Os resultados indicaram que mais da metade das participantes relatou a experiência de sintomas típicos da síndrome, e um percentual considerável acreditava estar vivenciando a SPM no momento da pesquisa. Entre os sintomas mais frequentemente mencionados, destacaram-se a ansiedade e as alterações de humor. Esses achados ressaltam a necessidade urgente de intensificação das ações de saúde pública e de capacitação profissional, visando um atendimento mais eficaz e preciso para as mulheres afetadas por essas condições.

Quadro Clínico e Etiologia da Síndrome Pré-Menstrual (SPM)

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por uma variedade de sintomas físicos, cognitivos, comportamentais e psicológicos, com mais de cem manifestações possíveis associadas à condição. As queixas físicas mais comuns incluem inchaço abdominal, fadiga, cefaleia tensional, enxaqueca, mastalgia, dores generalizadas (incluindo nas articulações e no abdomen), aumento de peso, tontura, náusea e palpitação.

Entre as alterações cognitivas, os sintomas mais frequentemente relatados são diminuição da memória, confusão mental e redução da concentração. Em relação às modificações comportamentais, observam-se comumente alterações nos hábitos alimentares, maior afastamento de atividades sociais ou profissionais, aumento do tempo em casa, elevação do consumo de álcool e variações na libido.

Conforme relatado por Carin, mudanças nos hábitos alimentares são frequentemente observadas em mulheres com SPM, sendo caracterizadas por aumento do apetite e desejo por alimentos específicos, especialmente aqueles ricos em calorias e carboidratos, durante a fase lútea do ciclo menstrual. Embora o mecanismo subjacente não seja completamente

compreendido, estudos sugerem que não há alterações significativas nos níveis séricos de grelina e leptina em mulheres com ou sem SPM.

Estudos recentes tentaram correlacionar a SPM com disfunções sexuais, mas essa associação não foi confirmada, uma vez que a função sexual feminina não se mostrou significativamente diferente entre mulheres diagnosticadas e não diagnosticadas com SPM. No entanto, os escores do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) foram mais baixos durante a fase lútea, tanto em mulheres com diagnóstico de SPM quanto naquelas sem o diagnóstico, sugerindo uma possível influência da fase lútea sobre o comportamento sexual.

O sintoma psicológico mais frequentemente associado à SPM é a labilidade de humor, presente em até 80% das mulheres afetadas. Outros sintomas psicológicos incluem ansiedade, irritabilidade, depressão, sentimentos de desvalia, insônia ou hipersonia, além de crises de raiva ou choro. A qualidade do sono em mulheres com diagnóstico de SPM foi significativamente afetada, com um estudo recente demonstrando que essas mulheres apresentaram qualidade do sono duas vezes pior do que aquelas sem o diagnóstico, independentemente da fase do ciclo menstrual. Em mulheres sem SPM, a qualidade do sono foi ligeiramente pior na fase lútea, embora sem diferença estatisticamente significativa.

A etiologia da SPM permanece amplamente desconhecida, apesar de várias hipóteses terem sido propostas, sem que nenhuma delas tenha sido completamente comprovada. Há consenso de que a condição seja secundária à atividade cíclica ovariana, embora a menstruação em si não seja determinante, pois os sintomas persistem mesmo após a realização de histerectomias. A SPM parece ser consequência de uma interação complexa entre hormônios esteroides ovarianos, peptídeos opioides endógenos, neurotransmissores centrais, prostaglandinas e sistemas autonômicos periféricos e endócrinos, cujos mecanismos ainda não são completamente compreendidos.

Estudos demonstraram que não há alterações significativas na dosagem sérica dos hormônios sexuais em mulheres com SPM, em comparação com um grupo-controle. Os níveis de progesterona são baixos durante a menstruação e na fase folicular, sendo metabolizados em alopregnanolona (ALLO), um neuroesteroide. Durante a fase lútea, tanto a progesterona quanto a ALLO aumentam, mas caem rapidamente com o início da menstruação. A exposição crônica a esses hormônios, seguida por aumentos rápidos, pode estar envolvida na etiologia do

Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). A ALLO é um modulador positivo dos receptores de ácido gama-aminobutírico (GABA), apresentando efeitos sedativos, ansiolíticos e anestésicos, semelhantes aos do álcool e dos benzodiazepínicos. A hipótese é que mulheres com TDPM possam ter resistência à ALLO.

A desregulação na transmissão da serotonina também tem sido associada à fisiopatologia da SPM. A serotonina é um neurotransmissor implicado em transtornos de humor e ansiedade, e os esteroides sexuais, juntamente com seus receptores, estão presentes em várias regiões cerebrais que regulam as emoções e o comportamento, como a amígdala. Tais esteroides modulam a transmissão da serotonina, e os sintomas da SPM poderiam ser desencadeados pela depleção do precursor da serotonina, o triptofano, ou por antagonistas dos receptores de serotonina.

Recentemente, tem-se investigado a relação entre a SPM e o fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF), uma proteína que regula diversos aspectos do desenvolvimento neuronal, incluindo a plasticidade sináptica. O BDNF é a neurotrofina mais abundante no cérebro e é crucial para o desenvolvimento e manutenção neuronal. Seus níveis apresentam variação cíclica ao longo do ciclo menstrual e são influenciados positivamente pelos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs). No entanto, a associação entre o BDNF e a etiologia da SPM ainda necessita de mais estudos para uma compreensão mais aprofundada.

Ademais, fatores inflamatórios têm sido associados à SPM. Durante a fase lútea, ocorre um aumento na produção de mediadores inflamatórios, como interleucinas (IL-6) e o fator de necrose tumoral alfa (TNF-α), quando comparados com a fase folicular. O nível de proteína C-reativa também varia ao longo do ciclo menstrual. Além disso, algumas condições inflamatórias, como a síndrome do intestino irritável e gengivites, tendem a piorar no período pré-menstrual.

Diagnóstico da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM)

O diagnóstico da síndrome pré-menstrual (SPM) e do transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) deve ser realizado com a devida diferenciação de outros sintomas psiquiátricos, que podem ser exacerbados durante o período pré-menstrual, bem como de condições clínicas que

compartilham sintomas semelhantes, como hipotireoidismo ou hipertireoidismo. A realização de exames laboratoriais é indicada apenas quando há necessidade de excluir outras possíveis patologias.

Atualmente, o uso de entrevistas, questionários e escalas de autoavaliação tem se consolidado como ferramenta eficaz, especialmente no contexto de pesquisas clínicas. O questionário "Registro Diário da Intensidade dos Problemas" (DRSP, Daily Record of Severity of Problems) é amplamente reconhecido como uma das melhores ferramentas para o diagnóstico de SPM. Para que o DRSP seja utilizado de acordo com suas diretrizes atuais, é necessário o registro diário dos sintomas por um período mínimo de dois meses. Contudo, essa exigência pode limitar sua aplicabilidade prática em atendimentos clínicos diários, onde o acompanhamento diário a longo prazo nem sempre é viável.

Outro instrumento utilizado para diagnóstico é o "Premenstrual Symptoms Screening Tool" (PSST), uma escala de autoaplicação retrospectiva que reflete os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), traduzindo-os em uma escala de gravidade variável (nada, leve, moderado e grave). Esta ferramenta é rápida e de fácil aplicação, sendo considerada eficaz no rastreamento da SPM. Entretanto, ao utilizar o PSST, é imprescindível descartar a possibilidade de doenças psiquiátricas associadas, especialmente a depressão.

Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), o desempenho dos questionários PSST e DRSP foi avaliado. O PSST demonstrou eficácia como ferramenta de rastreio da SPM, apresentando sensibilidade de 79% e especificidade de 33% quando comparado com o DRSP, considerado o padrão-ouro para o diagnóstico.

Classificação e Critérios Diagnósticos

Alguns estudiosos propõem que os quadros pré-menstruais devem ser compreendidos como um espectro. De um lado, encontra-se a maioria das mulheres que experimentam algum grau de desconforto, especialmente físico, durante o período pré-menstrual. Essas mulheres podem ser diagnosticadas com SPM, com base nos critérios do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). No outro extremo do espectro está o TDPM, uma forma mais grave da SPM, que é diagnosticada segundo os critérios do DSM-5. Estes critérios são bastante rigorosos,

uma vez que apenas 5% da população com sintomas é contemplada por eles, enfatizando principalmente os sintomas emocionais em detrimento dos físicos.

A atual versão do DSM (DSM-5) trouxe modificações em relação à versão anterior (DSM-IV). Uma das mudanças significativas foi a priorização da labilidade de humor e irritabilidade como sintomas principais do TDPM, em vez da depressão, que ocupava essa posição no DSM-IV. Outra importante alteração foi a inclusão de sintomas relacionados ao estresse, que devem afetar o ambiente de trabalho, a escola, as atividades sociais e os relacionamentos interpessoais da mulher.

Critérios Diagnósticos da SPM e TDPM

Os critérios para o diagnóstico de SPM, conforme definidos pelo ACOG, incluem a presença de um ou mais sintomas afetivos ou somáticos durante os cinco dias que antecedem a menstruação, em pelo menos um de três ciclos menstruais consecutivos. Os sintomas devem ser aliviados com o início da menstruação e não devem ocorrer durante o uso de terapias farmacológicas, hormônios ou substâncias psicoativas. Além disso, os sintomas devem causar disfunção no desempenho social ou econômico da paciente.

Para o diagnóstico de TDPM, conforme os critérios do DSM-5, ao menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final do ciclo menstrual e melhorar nos dias seguintes ao início da menstruação. Os sintomas afetivos incluem labilidade de humor, irritabilidade acentuada, humor deprimido, sentimentos de desesperança, ansiedade e tensão. A presença de sintomas somáticos também é necessária, como alterações no apetite, alterações do sono, fadiga e sintomas físicos como sensibilidade nas mamas ou dor articular. O diagnóstico de TDPM exige que os sintomas causem sofrimento significativo ou interferência no funcionamento social, acadêmico ou profissional da paciente.

Esses critérios devem ser confirmados por meio de avaliações prospectivas diárias, realizadas durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. Importante destacar que a presença de sintomas não deve ser atribuída a outras condições médicas ou ao uso de substâncias.

Tratamento da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM): Abordagens Terapêuticas e Recomendações Clínicas

O tratamento da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) requer uma avaliação clínica rigorosa e um diagnóstico preciso, que são fundamentais para direcionar as estratégias terapêuticas mais eficazes. O manejo dessas condições visa aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida das pacientes, com um tratamento individualizado que considere a gravidade de cada caso.

Inicialmente, a educação e orientação da paciente são essenciais. É importante que a paciente e seus familiares compreendam que a SPM é uma condição endócrina ginecológica com causas ainda não totalmente esclarecidas, e não um transtorno psicossomático. O apoio médico e a empatia também são determinantes para o sucesso do tratamento, proporcionando um ambiente de confiança e compreensão.

Para quadros leves de SPM, as intervenções no estilo de vida são a primeira abordagem terapêutica. A prática de atividades físicas regulares e a adoção de uma alimentação saudável têm mostrado benefícios no controle dos sintomas. Uma revisão sistemática revelou que a prática de exercícios pode ser um tratamento eficaz para a SPM, sugerindo que a melhora dos sintomas pode estar relacionada ao aumento da produção de endorfinas, além dos efeitos positivos na regulação hormonal. Embora o uso de terapias complementares seja comum entre as pacientes, os dados disponíveis sobre a eficácia de suplementos como cálcio, vitamina B6, magnésio e óleo de prímula são inconsistentes, com a literatura mostrando resultados variados e estudos metodologicamente frágeis. O Vitex agnus castus, por outro lado, tem demonstrado eficácia superior ao placebo, especialmente em casos de sintomas leves a moderados.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) também tem mostrado resultados positivos no tratamento da SPM, com destaque para a redução da intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos. A TCC pode ser utilizada de forma complementar a tratamentos farmacológicos e deve ser considerada uma opção terapêutica adicional em pacientes que não respondem adequadamente a outras formas de manejo.

Quando os sintomas se tornam moderados a graves, o tratamento medicamentoso é frequentemente necessário. As opções incluem antidepressivos serotoninérgicos, particularmente os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), que são considerados medicamentos de primeira linha no tratamento da SPM e TDPM. Diversos estudos têm mostrado que os ISRSs, como citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina e

sertralina, são eficazes na redução dos sintomas, com uma taxa de melhora de 60% a 90% em comparação com 30% a 40% observados com placebo. Esses medicamentos têm se mostrado particularmente eficazes na redução de sintomas emocionais, como labilidade de humor, irritabilidade e depressão, especialmente quando administrados de forma contínua, ao longo de todo o ciclo menstrual. Quando utilizados de maneira intermitente (somente na fase lútea), esses fármacos têm mostrado bons resultados no manejo dos sintomas emocionais e de irritabilidade.

Em relação aos efeitos adversos, os ISRSs têm um perfil seguro, mas podem estar associados a disfunções sexuais, como redução do desejo sexual e dificuldade para alcançar o orgasmo, o que pode impactar a adesão ao tratamento. O citalopram apresenta um perfil de efeitos colaterais mais brando, enquanto a paroxetina está associada ao ganho de peso, o que pode ser um fator limitante para algumas pacientes. A utilização de benzodiazepínicos, como alprazolam, pode ser considerada em casos de extrema ansiedade, mas devido ao risco de dependência e à rápida tolerância, deve ser restrita a tratamentos de curto prazo.

A supressão da ovulação com anticoncepcionais orais combinados (AOC) é uma opção terapêutica importante, principalmente para pacientes com TDPM. Formulações de AOC contendo drospirenona, como a combinação de 20 µg de etinilestradiol e 3 mg de drospirenona, têm mostrado eficácia no tratamento de sintomas tanto emocionais quanto físicos, como edema e mastalgia. Além disso, o uso contínuo de anticoncepcionais orais tem demonstrado benefícios no alívio dos sintomas da SPM, embora os estudos sobre sua eficácia em regime contínuo ainda necessitem de mais evidências.

Outras opções terapêuticas incluem o uso de progestágenos, como o levonorgestrel, que têm mostrado resultados promissores em alguns estudos, mas ainda carecem de mais investigação para uma recomendação ampla. O danazol e os agonistas do hormônio liberador de gonadotropina (GnRH), embora eficazes, são geralmente considerados opções de tratamento mais invasivas e são limitados pelo risco de efeitos colaterais significativos, como a redução da densidade óssea e sintomas relacionados ao hipoestrogenismo. A ooforectomia bilateral e a histerectomia são consideradas opções definitivas, geralmente em casos refratários ao tratamento clínico, mas são raramente necessárias devido aos efeitos adversos e à natureza invasiva desses procedimentos.

O tratamento da SPM e do TDPM deve ser personalizado, levando em conta a gravidade dos sintomas, a resposta do paciente aos tratamentos e os possíveis efeitos adversos. O manejo adequado envolve uma combinação de abordagens, que vão desde mudanças no estilo de vida até tratamentos farmacológicos, com ênfase na utilização de ISRSs e anticoncepcionais orais como opções de primeira linha para a maioria dos casos. O tratamento deve ser monitorado de perto, com ajustes conforme a resposta da paciente e a presença de efeitos adversos.

CONCLUSÃO

A revisão sistemática sobre a Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) revelou a complexidade desses quadros clínicos e a necessidade urgente de aprimoramento no diagnóstico e tratamento dessas condições, além de destacar a falta de consenso sobre os critérios diagnósticos, que gera variações nas taxas de prevalência observadas na literatura. A estimativa de que cerca de 90% das mulheres vivenciam sintomas relacionados à SPM e que uma parcela significativa enfrenta sintomas graves, caracterizando o TDPM, evidenciam a magnitude do impacto dessa síndrome na saúde feminina. A diversidade de manifestações físicas, cognitivas e psicológicas requer uma abordagem personalizada, considerando os diferentes graus de intensidade dos sintomas e os contextos individuais.

Em relação à etiologia da SPM, embora várias hipóteses tenham sido sugeridas, incluindo a desregulação hormonal e neurotransmissora, a condição continua sendo um desafio clínico, com mecanismos não completamente compreendidos. A influência da progesterona, ALLO, serotonina, BDNF e fatores inflamatórios na fisiopatologia da SPM necessita de mais investigação para um entendimento mais detalhado e um desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes.

O diagnóstico da SPM e TDPM ainda enfrenta desafios, com a necessidade de distinguir essas condições de outras patologias clínicas e psiquiátricas. O uso de ferramentas como o DRSP e PSST tem mostrado eficácia no diagnóstico e rastreio da condição, embora a aplicação prática desses questionários a longo prazo possa ser um obstáculo. O tratamento, por sua vez, deve ser baseado em um manejo multidisciplinar, envolvendo desde modificações no estilo de vida, como a prática de exercícios físicos e o controle dietético, até intervenções farmacológicas, com destaque para os antidepressivos ISRSs e anticoncepcionais orais, que se mostraram eficazes em diversos estudos.

É fundamental que os profissionais de saúde ampliem a conscientização sobre a SPM e o TDPM, fornecendo orientações precisas e empáticas, a fim de evitar a normalização de sintomas debilitantes como parte da fisiologia feminina. Além disso, é necessário investir em estratégias de saúde pública que promovam o diagnóstico precoce e o manejo adequado, assegurando a melhoria da qualidade de vida das mulheres afetadas. Por fim, novos estudos são essenciais para compreender melhor a fisiopatologia da SPM, o desenvolvimento de terapias mais eficazes e o refinamento dos critérios diagnósticos, visando à implementação de abordagens mais precisas e personalizadas para o tratamento dessas condições.

REFERÊNCIAS

ABDI, F.; OZGOLI, G.; RAHNEMAIE, F. S. A systematic review of the role of vitamin D and calcium in premenstrual syndrome. Obstet Gynecol Sci, v. 62, n. 2, p. 73–86, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30918875/. Acesso em: 15 dez. 2024.

ALBA, P; RODRÍGUEZ, C. [Premenstrual syndrome and dysphoric premenstrual syndrome]. **Vertex,** v. 25, n. 117, p. 370-376, out. 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25545084/. Acesso em: 02 jan. 2024.

BIXO, M.; EKBERG, K.; POROMAA, I. S. et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABAA receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010) - A randomized controlled trial. **Psychoneuroendocrinology**, v. 80, p. 46–55, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453016309180?via%3Dihub. Acesso em: 23 nov. 2024.

EPPERSON, C. N.; STEINER, M.; HARTLAGE, S. A. et al. Premenstrual dysphoric disorder: Evidence for a new category for DSM-5. **Am J Psychiatry**, v. 169, n. 5, p. 465–75, 2012. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3462360/. Acesso em: 10 dez. 2024.

FREY NASCIMENTO, A.; GAAB, J.; KIRSCH, I. et al. Open-label placebo treatment of women with premenstrual syndrome: study protocol of a randomised controlled trial. **BMJ Open**, v. 10, n. 2, 2020. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7045079/. Acesso em: 17 dez. 2024.

FRIEDER, A.; FERSH, M.; HAINLINE, R. et al. Pharmacotherapy of postpartum depression: Current approaches and novel drug development. **CNS Drugs**, v. 33, n. 3, p. 265–82, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30790145/. Acesso em: 04 dez. 2024.

GAO, M.; GAO, D.; SUN, H. et al. Trends in research related to premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder from 1945 to 2018: A bibliometric analysis. **Front Public Health**, v. 9, 2021. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8096922/. Acesso em: 09 dez. 2024.

GOLD, E. B.; WELLS, C.; RASOR, M. O'N. The association of inflammation with premenstrual symptoms. **J Womens Health (Larchmt)**, v. 25, n. 9, p. 865–74, 2016. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5529. Acesso em: 21 nov. 2024.

HEINEMANN, L. A.; MINH, T. D.; HEINEMANN, K. et al. Intercountry assessment of the impact of severe premenstrual disorders on work and daily activities. **Health Care Women Int**, v. 33, n. 2, p. 109–24, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22242652/. Acesso em: 02 dez. 2024.

İLHAN, G.; VERIT ATMACA, F. V.; KUREK EKEN, M. et al. Premenstrual syndrome is associated with a higher frequency of female sexual difficulty and sexual distress. **J Sex Marital Ther**, v. 43, n. 8, p. 811–21, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28287918/. Acesso em: 05 dez. 2024.

ISMAILI, E.; WALSH, S.; O'BRIEN, P. M. S. et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD): Auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. **Arch Womens Ment Health**, v. 19, n. 6, p. 953–8, 2016. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27378473/. Acesso em: 13 dez. 2024.

KWAN, I.; ONWUDE, J. L. Premenstrual syndrome. **BMJ Clin Evid**, 2015. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4548199/. Acesso em: 11 nov. 2024.

LANZA DI SCALEA, T.; PEARLSTEIN, T. Premenstrual Dysphoric Disorder. **Med Clin North Am**, v. 103, n. 4, p. 613–28, 2019. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712519300100?via%3Dihub. Acesso em: 25 nov. 2024.

LUSTYK, M. K.; GERRISH, W. G.; SHAVER, S.; KEYS, S. L. Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. **Arch Womens Ment Health**, v. 12, n. 2, p. 85–96, 2009. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19247573/. Acesso em: 07 dez. 2024.

RAPKIN, A. J.; AKOPIANS, A. L. Pathophysiology of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. **Menopause Int**, v. 18, n. 2, p. 52–9, 2012. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22611222/. Acesso em: 16 nov. 2024.

SUNDSTRÖM-POROMAA, I.; COMASCO, E.; SUMNER, R. et al. Progesterone - Friend or foe? **Front Neuroendocrinol**, v. 59, 2020. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091302220300479?via%3Dihub. Acesso em: 19 dez. 2024.

TAN, D. A.; HATHHTOTUWA, R.; FRASER, I. S. Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 40, p. 121–133, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27863914/. Acesso em: 20 nov. 2024.

YESILDERE SAGLAM, H.; ORSAL, O. Effect of exercise on premenstrual symptoms: A systematic review. **Complement Ther Med**, v. 48, 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31987230/. Acesso em: 22 nov. 2024.

YONKERS, K. A.; O'BRIEN, P. M.; ERIKSSON, E. Premenstrual syndrome. **Lancet**, v. 371, n. 9619, p. 1200–10, 2008. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3118460/. Acesso em: 14 dez. 2024.

YONKERS, K. A.; KORNSTEIN, S. G.; GUEORGUIEVA, R. et al. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Randomized Clinical Trial. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 10, p. 1037–44, 2015. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4811029/. Acesso em: 30 nov. 2024.