

Transtorno disfórico pré-menstrual: revisão sistemática

Premenstrual dysphoric disorder: Systematic review

*Isadora Marcon,
Emanuel Keween Bertol,
Zayne Ribeiro Zangirolami
Lauren da Silva Mello*

DOI: 10.47573/aya.5379.2.103.6

RESUMO

O Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) acomete mulheres em idade reprodutiva na semana que antecede a menstruação, cessando nos primeiros dias após o início desta de forma cíclica. Representado por um conjunto de sintomas semelhantes à Tensão Pré-Menstrual (TPM), ambas se diferem em relação à intensidade, chegando o TDPM, a ser incapacitante. Apresenta sintomas relevantes emocionais, físicos e alterações comportamentais, sendo integrado ao Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais como Transtorno Depressivo (DSM-V) e assim, utilizando o mesmo para o diagnóstico. Esses sintomas psicossomáticos acabam prejudicando o cotidiano desse grupo de mulheres que são acometidas pelo TDPM, assim como as pessoas com quem convivem. Com inúmeras controvérsias sobre etiologia, epidemiologia, fatores de risco e tratamento, este artigo visa fornecer uma revisão atualizada acerca deste transtorno, pontuando teorias, aspectos clínicos e tratamentos atualmente disponíveis. Estudos apontam que a prevalência do TDPM varia de 2 – 8%, afeta principalmente mulheres jovens se caracterizando pela recorrência cíclica, durante a fase lútea e apresenta relação com depressão, dismenorreia grave/moderada além de provocar impactos socioeconômicos e familiares.

Palavras-chave: transtorno disfórico pré-menstrual. depressão. disforia. saúde da mulher.

ABSTRACT

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) affects women of reproductive age in the week prior menstruation, ceasing in the first days after the beginning of the menstrual cycle, cyclically. It is represented by a set of symptoms similar to Premenstrual Tension (PMS), both differ in relation to intensity, as the PMDD can be disabling. It presents relevant emotional, physical and behavioral disorders, being integrated into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders such as Depressive Disorder (DSM-V) and thus using it for diagnosis. These psychosomatic symptoms end up harming the daily life of this group of women who are affected by PMDD, as well as the people with whom they live. With numerous controversies on etiology, epidemiology, risk factors and treatment, this article aims to provide an updated review of this disorder, theories, clinical aspects and treatments currently available. The results indicate that the prevalence of PMDD varies from 2 – 8%, mainly affects young women characterized by cyclic recurrence during the luteal phase and is related to depression, severe/moderate dysmenorrhea, besides causing socioeconomic and family impacts.

Keywords: premenstrual dysphoric disorder. depression. dysphoria. women's health.

INTRODUÇÃO

Por muitos séculos, a saúde da mulher foi negligenciada sendo a menstruação considerada negativamente como impura e as mulheres como instáveis como consequência dos sintomas pré-menstruais. Na atualidade, alguns desses estereótipos foram sendo gradativamente desvendados pela medicina, contudo, ainda existem várias controvérsias em relação às etiologias dos transtornos pré-menstruais. Descrita e publicada pela primeira vez pelo ginecologista e pesquisador americano Robert Frank em 1931, a Tensão Pré-Menstrual era referida por um grupo de mulheres como “um sentimento de tensão indescritível que surge de dez a sete dias

antes da menstruação, perdurando em geral até o início do fluxo menstrual”. Todavia, os aspectos psiquiátricos, mudanças disfóricas do humor, tiveram um reconhecimento tardio no meio psiquiátrico e somente em 2012, a Associação Psiquiátrica Americana aprovou para a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) a integração do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) na categoria de Transtornos Depressivos, a qual estava desde 1985 como Apêndices B do DSM III-R.

Estudos apontam que 75% a 80% das mulheres apresentam uma síndrome psicossomática no período pré-menstrual, sendo alguns desses sinais e sintomas: isolamento social, confusão mental, ansiedade, irritabilidade, depressão, aumento do apetite, inchaço dos membros, cefaléia, inchaço abdominal ou mastalgia. A exacerbação desses sintomas é conhecida como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) onde os sintomas psíquicos são mais relevantes e podem se tornar incapacitantes. Em média, 2 – 8% das mulheres são diagnosticadas com TDPM e existe uma similaridade sintomatológica com a depressão atípica, representada por humor deprimido, hipersonia, aumento no apetite com “desejo” por carboidratos, fadiga, ansiedade, irritabilidade.

Diagnóstico

O diagnóstico do TDPM é feito por meio da anamnese e exclusão de outras causas no exame físico, não havendo exames laboratoriais para a confirmação do diagnóstico. Em maior frequência, acomete mulheres em idade reprodutiva, entre 25 a 35 anos, e se caracteriza pela recorrência cíclica, durante a fase lútea de sintomas psicossomáticos e comportamentais, podendo assim durar de 5 a 15 dias. Além de piorarem com a proximidade da menstruação e aliviam de forma imediata ou logo após o fluxo menstrual.

As características essenciais são instabilidade no humor, irritabilidade, disforia, sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e aliviam por volta do início da menstruação ou logo após, podendo ser acompanhados de sintomas físicos e comportamentais. Devem ocorrer na maioria dos ciclos menstruais durante o último ano ou desde a menarca e ter algum efeito adverso socioeconômico.

O DSM-V (2014, p.171) aponta os seguintes critérios diagnósticos, na maioria dos ciclos menstruais do ano precedentes associados à avaliação prospectiva diária relatada pela própria paciente por pelo menos dois ciclos menstruais sintomáticos e a exclusão de efeitos fisiológicos de substâncias e outras condições médicas são consideradas como diagnóstico definitivo. Porém, se não confirmados os sintomas pela avaliação prospectiva, deve considerar o diagnóstico como provisório.

Foram relatados raros casos de delírios, alucinações e como “período de risco de suicídio” por algumas mulheres⁴. Estas são características raras, mas que associadas apoiam o diagnóstico.

Epidemiologia

Segundo Endicott (2000) e Dickerson *et al.* (2003), aproximadamente 3% a 11% das mulheres com sintomas pré-menstruais relatam que seus sintomas são graves ao ponto de prejudicarem ou serem incapacitantes em suas atividades cotidianas.

Contudo, a prevalência de 12 meses do TDPM está entre 1,8% e 5,8% nas mulheres em idade fértil. Ademais, as estimativas aumentam quando baseadas nos estudos retrospectivos em vez da avaliação diária.

Em relação ao curso do TDPM, a incidência de casos novos durante um período de acompanhamento de 40 meses é de 2,5%. Foram publicadas teorias apontando que quando se aproximam na menopausa, os sintomas referidos pela paciente pioram e no período pós-menopausa, cessam. Entretanto, o tratamento com reposição hormonal cíclica pode voltar a desencadear novas manifestações sintomáticas.

Estudos reportados por Chawla *et al.* (2002), indicam que 12,6% das mulheres apresentam critérios diagnósticos graves em um ciclo e no seguinte apresentam menos sintomas, contudo, com severidade.

Etiopatogenia

Entre as inúmeras propostas, a etiologia do TDPM segue sem uma conclusão definitiva e não excludente, apresentando diferentes mecanismos para seu surgimento e desenvolvimento. Figura entre suas possíveis causas fatores genética, neurobiológica e endocrinológica. A etiologia da TDPM segue desconhecida, sendo difícil atribuir um único fator etiológico. Porém, estudos recentes mostram que a TDPM estaria relacionada principalmente à queda abrupta do hormônio progesterona e estrógeno no período pré-menstrual, que afeta neurotransmissores responsáveis na regulação do humor, em especial a serotonina.

Mulheres que sofrem de TDPM são mais sensíveis aos efeitos desses hormônios, havendo maior sensibilidade ao receptor 5-HT. Alguns estudos também sugerem predisposição genética como um fator contribuinte. Entre as principais, até então, consideradas pela literatura, vale comentar:

Hormônios e Neurotransmissores

Algumas mulheres se encontram com uma predisposição a mudanças de humor no período pré-menstrual por uma sensibilidade cerebral às flutuações hormonais normais presentes no ciclo menstrual. Mesmo com níveis adequados dos hormônios gonadais, estas mulheres teriam maior tendência a alterações no SNC, principalmente na via serotoninérgica. Parece haver uma relação entre as concentrações séricas de alopregnanolona e a gravidade dos sintomas pré-menstruais, por outro lado, pode ser apenas que mulheres com TDPM sejam mais sensíveis à alopregnanolona.

De acordo com Cristina Marta Del Ben, professora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP uma das hipóteses seria que o metabólito da progesterona, alopregnanolona, em menor quantidade, interage menos com o sistema gabaérgico — principal agente inibidor do sistema nervoso central. Segundo Cristina, essa queda abrupta, ou seja, a falta repentina desse metabólito, o qual estaria ativando um sistema de neurotransmissão que ajuda a controlar sintomas de ansiedade, por exemplo, seria responsável por essas alterações clínicas.

Déficit e Sensibilidade à Serotonina

Dados recentes obtidos através dos estudos voltados à TDPM notaram que mulheres com transtornos de humor no período pré-menstrual podem ter sintomas psicossomáticos, de irritabilidade, humor deprimido, impulsividade e náuseas ligados à possível alteração de sensibilidade dos receptores 5HT1A ou níveis de serotonina diminuídos. Outra forte evidência é a resposta efetiva dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), onde cerca de 60% das pacientes com TDPM relatam uma reação positiva ao tratamento com ISRS, isso significa que a serotonina, isoladamente, não é a única variável etiológica nos casos.

Ácido Gama Amino-Butírico (GABA)

Mesmo tendo sua importância sendo o principal neurotransmissor inibitório na patogênese da TDPM, a influência do GABA ainda é desconhecida. Dados encontrados mostram níveis plasmáticos de GABA diminuídos durante a fase lútea nos casos estudados.

Circuitaria Cerebral

Segundo Berman *et al.* TDPM pode estar associado com uma perda diminuída de substância cinzenta cerebral com a idade. Apesar de incerto, o efeito de acúmulos cerebelares pode ter envolvimento.

Segundo Baller *et al.* em mulheres com TDPM, a memória de trabalho anormal está relacionada à gravidade do transtorno, sintomas, idade de início e impacto da doença, principalmente por ativação do córtex dorsolateral pré-frontal. Estes dados reforçam a teoria de que a disfunção do córtex dorsolateral pré-frontal significa um fator de risco para TDPM.

Alterações Genéticas

Evidências mostram que o TDPM pode ser hereditário, portanto, o estudo por genes é uma via importante para o melhor entendimento da sua fisiopatologia. Steiner *et al.* identificaram relação entre polimorfismo do gene transportador de serotonina e gravidade dos sintomas no TDPM, enquanto Huo *et al.* identificaram variação do alelo em ESR, um gene do receptor alfa estrógeno em mulheres com TDPM.

Fatores sócio-culturais e ambientais

Alguns alimentos como chocolate, cafeína, sucos de frutas e álcool parecem estar implicados no desenvolvimento dos sintomas. Estão associadas também as deficiências de vitamina B6 e de magnésio. Entretanto, as funções desses nutrientes na causa ou no tratamento não são totalmente confirmadas.

Mulheres com sintomas pré-menstruais respondem ao estresse de maneiras menos eficazes. Estudos relacionados encontraram respostas desreguladas cardiovasculares e neuroendócrinas a estressores laboratoriais em mulheres com TDPM.

Tratamento

Atualmente, ao redor de 75% das mulheres apresentam no período reprodutivo, sinto-

mas físicos e emocionais. Sintomas pré-menstruais usualmente são acompanhados de insatisfação sexual. Os baixos níveis circulantes de androgênios e globulina carreadora de hormônios sexuais (SHBG) se relacionam com maior inibição do interesse sexual.

O tratamento da TDPM tem como objetivo aliviar os sintomas da mulher, por não ter, até o momento da publicação deste artigo, nenhum tratamento que apresentou eficácia para eliminar todos os sintomas da TDPM, sendo assim, o tratamento é sintomático; obtendo como principais formas de tratamento fármacos como antidepressivos, anticoncepcionais, analgésicos, entre outros.

Psicofármacos

A princípio, recomendam-se os inibidores seletivos da recaptação da serotonina em uso contínuo (se houver depressão associada) ou intermitente (TDPM sem depressão) devido à principal hipótese etiopatogênica ser a vulnerabilidade e o desequilíbrio do sistema serotoninérgico, a partir de oscilações dos hormônios sexuais

Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), como a fluoxetina, sertralina, paroxetina, o escitalopram são as principais escolhas. Sendo esses, receitados pelo profissional da saúde (psiquiatra) para ajudar a aliviar os sintomas de disforia, cansaço, permutas de humor e ansiedade.

Segundo Halbreich *et al.* (2003), em seu estudo, a sertralina atuou melhor nos sintomas psíquicos e comportamentais em relação aos físicos. Com a posologia variando entre 50 a 200mg/dia. Também relataram evidências de efetividade com o uso de fluvoxamina, clomipramina, venlafaxina e duloxetina.

Pílula Anticoncepcional Oral

A pílula anticoncepcional proporciona níveis singelos de hormônios no ciclo menstrual, ocasionando assim uma redução nos sintomas; deve-se observar e monitorar o risco de trombose venosa, embolia pulmonar e hipertensão arterial.

Analgésicos

Fármaco do grupo dos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), como o ácido mefenâmico ou ibuprofeno, ajudam a aliviar principalmente as dores de cabeça, dismenorreia e também mastalgia. Os mesmos atuam diminuindo a liberação das prostaglandinas e apresentam boa resposta em até 90% dos casos.

Vitaminas e Suplementação

A suplementação de cálcio, piridoxina (vitamina B6) ou Magnésio apresentou uma melhoria no controle dos sintomas de humor, mas não para os sintomas físicos.

O estudo realizado por Thys-Jacobs *et al.* (1998) com 466 mulheres diagnosticadas com TDPM, indicou que o efeito do uso de Cálcio 600 mg em duas doses diárias comparado ao placebo, apresentou 48% de eficácia para a redução dos sintomas emocionais e físicos (exceto para fadiga e insônia), contra 30% do Grupo Controle.

Contudo a associação entre deficiências vitamínicas e sais minerais com TDPM não estar comprovada, são prescritos por alguns médicos.

Mudança no estilo de vida e comportamentais

Um estilo de vida saudável, incluindo dietas equilibradas, prática de exercício físico, evitar consumo de álcool e o fumo, uma boa qualidade de sono e uma dieta equilibrada fazem parte do pilar do tratamento.

Por meio de estudos, Lutsky *et al.* (2009) concluíram que o tratamento com psicofármacos possui uma maior eficácia do que a terapia cognitiva comportamental, porém, a mesma também oferece benefícios.

METODOLOGIA

A presente pesquisa fundamentou-se em uma busca bibliográfica de livros e artigos publicados (artigos originais, casos clínicos, revistas e revisões sistêmicas) entre os anos de 1982 e 2022.

Para tal finalidade, foram utilizadas bases de dados e buscas on-line com as seguintes palavras-chaves: Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, psiquiatria, depressão, saúde da mulher. Assim, foi utilizado o método dedutivo com o raciocínio descendente, objetivando a identificação das diversas contribuições científicas que se encontram à disposição sobre a temática.

Com o propósito de realizar uma revisão atualizada para a área de Medicina, assim como para as demais áreas da saúde, baseando-se na seleção analítica de leitura. Dessa forma, a pesquisa tem como objetivo fornecer conhecimento, a fim de colaborar para a evolução da ciência e do conhecimento a cerca de um transtorno pouco conhecido, abordando o problema de pesquisa de forma qualitativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo geral desse trabalho foi apresentar a importância do conhecimento para o público alvo a respeito do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) o qual atinge mulheres em idade reprodutiva na semana que antecede a menstruação, chegando a ser incapacitante em determinados casos.

Difundir informações, descrever os sintomas e sinais e expor informações sobre tratamentos que inclui medicações como psicofármacos, anticoncepcionais orais, vitaminas, analgésicos, mas principalmente uma mudança no estilo de vida pode ajudar no diagnóstico precoce e melhor atendimento dessas mulheres.

REFERENCIAS

Rios AR, Novais DFF, Sathler AFE, Dias ALSFA, de Oliveira BL, Pego DF, de Vasconcelosl. HA, Almeida KC, FrareLEC., e Campelo TWM. (2020). Implicações do transtorno disfórico pré menstrual na qualidade de vida das mulheres: uma revisão de literatura. Revista Eletrônica Acervo Científico, 13,

e4709. <https://doi.org/10.25248/reac.e4709.2020>

Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:1-23.

Mortola JF, Girton L, Yen SSC. Depressive episodes in premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics e Gynecology* 1989;161:1682-7.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci*. 2000 Nov;25(5):459-68. PMID: 11109297; PMCID: PMC1408015.

Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179:444-52.

Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive behavioral therapy for premenstrual syndrome and pre-menstrual dysphoric disorder: A systematic review. *Arch Womens Ment Health*. February. 2009; 12:85-96.

Valadares GC, Ferreira LV, Correa Filho H, Romano-Siva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – con-ceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiq. Clín*. 2006; 33: 117-123.

Pires, Maria Laura Nogueira e Calil, Helena Maria Associação entre Transtorno Disfórico Pré-menstrual e Transtornos Depressivos. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 1999, v. 21, n. 2 [Acessado 20 Agosto 2022] , pp. 118-127. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200011>>. Epub 16 Jun 2000. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000200011>.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de et al. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 2, p. 105-111, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-81082009000200004>. Acesso em: 15 ago. 2022.

RMMG - Revista Médica de Minas Gerais - Estudo sobre o transtorno disfórico pré-menstrual em uma população de mulheres em Belo Horizonte. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1361>. Acesso em: 1 ago. 2022.

Choung CJ, Dawson EB. Critical evaluation of nutritional factors in the pathophysiology and treatment of pre-menstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol*. 1992.35:679-92

Rennó Jr J, Demarque R. Transtorno Disfórico Pré--Menstrual, em: Urbanetz AA, Luz SH. Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia. 2012;9: 35-55.

QUANDO a TPM se torna clínica: conheça a TDPM - Plenae. Disponível em: <https://plenae.com/parada-obrigatoria/quando-a-tpm-se-torna-clinica-conheca-a-tdpm/>. Acesso em: 1 ago. 2022.

REBELO, Marta. Visão | Quando o período é doença mental - o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. 30 jun. 2022. Disponível em: <https://visao.sapo.pt/opiniao/ponto-de-vista/2022-06-30-quando-o-periodo-e-doenca-mental-o-transtorno-disforico-pre-menstrual/>. Acesso em: 2 ago. 2022