



Prevalência da Síndrome Pré-menstrual e seus Principais Sintomas Observados em Acadêmicas do Curso de Medicina de uma Faculdade do Sul de Minas Gerais

Prevalence of Premenstrual Syndrome and its Main Symptoms Observed in Students of a Medical School Course in the South of Minas Gerais

Miguel da Silva Diniz¹
Andreza Cristina Souza Lima¹
Hildebrando Pereira¹
Gislene Ferreira²

¹ Acadêmicos do 6º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI)- Itajubá-MG.

² Nutricionista, Mestre em Microbiologia de Alimentos pela UFV, Professora e Coordenadora do Curso de Nutrição da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMI) - Itajubá-MG.

Recebido em fevereiro de 2013
Aceito em abril de 2013

RESUMO

Objetivos: Avaliar a presença da síndrome pré-menstrual (SPM) e sua intensidade, bem como os principais sintomas relacionados em acadêmicas do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um inquérito com mulheres que ingressaram no curso entre os anos de 2005 a 2011, através de um questionário em que as acadêmicas eram classificadas de acordo com a intensidade dos sintomas de SPM e agrupadas em um tipo de sintoma principal. **Resultados e Discussão:** A ocorrência da SPM foi observada em 100% das acadêmicas entrevistadas em todos os anos, independentemente da série, ou seja, todas as acadêmicas apresentaram algum sintoma, mesmo que leve, da SPM. No entanto, o 2º ano letivo foi o que teve a maior média de sintomas (média de 41,7 pontos) da SPM, e o 6º, a menor (média de 36,1). Quanto às características de sintomas das acadêmicas, as manifestações mais citadas foram a irritabilidade e compulsividade. **Conclusão:** A alta prevalência da SPM foi observada em todos os anos entrevistados, indo de encontro com a literatura, que indica a presença da síndrome em mulheres de todo o mundo, tornando necessária a existência de estudos que facilitem o diagnóstico precoce com seu respectivo tratamento mais adequado, reduzindo seus efeitos no cotidiano das mulheres.

Palavras chave: Síndrome pré-menstrual, ciclo menstrual, sintomas pré-menstruais.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the presence of Premenstrual syndrome (PMS) and its intensity, as well as major academic-related symptoms in the course of medicine at Medical College of Itajubá. **Materials and Methods:** A survey was conducted with women who entered the course between the years 2005 to 2011, through a questionnaire the students were classified according to the intensity of the symptoms of PMS and grouped into one type of symptom page. **Results and Discussion:** The occurrence of PMS was observed in 100% of academic respondents in every year, regardless of the series, all academic exhibited some symptoms, even mild PMS. However, the 2nd year was academic year that had the highest average number of symptoms (mean 41,7 points) of PMS, and the sixth year, the lowest (average 36,1). Regarding the characteristics of academic symptoms, the most mentioned manifestations were the irritability and compulsiveness. **Conclusion:** A high prevalence of PMS was observed in all the years surveyed, in agreement with the literature, which indicates the presence of the syndrome in women worldwide, showing the need of studies that facilitate early diagnosis with their respective more appropriate treatment, reducing its effects on the daily lives of women.

Keywords: Premenstrual syndrome, menstrual cycle, premenstrual symptoms.

Correspondência:

Miguel da Silva Diniz
Rua Comendador João Carneiro, 229, apt 05.
Bairro Medicina Itajubá-MG.
CEP: 37502-140
Fone: (035)8445-6458
E-mail: miguel-sbo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O ciclo menstrual (CM) é o resultado de uma coordenação precisa de eventos que ocorrem nos ovários, tendo início no primeiro dia da menstruação. A partir daí, o mesmo é dividido em dois estágios distintos: fase folicular, período que se inicia no 5º dia, tendo o seu término no 11º e a fase lútea, que vai do 16º ao 28º dia do ciclo.¹ Cada fase do ciclo menstrual é caracterizada por um número específico de dias e por concentrações séricas específicas dos hormônios sexuais.²

Na fase folicular, grandes quantidades de estrogênio são secretadas, enquanto na fase lútea, há um aumento acentuado dos níveis séricos de progesterona, e em menor grau, do estradiol, alcançando o seu pico máximo logo após a ovulação. Em seguida, o estrogênio sérico, após sofrer importante redução durante a ovulação, volta a aumentar. Nos últimos dias do CM, o corpo lúteo vai-se degenerando e os níveis de progesterona e estrogênio sofrem uma importante queda, resultando no início do fluxo menstrual e então um novo ciclo se repete.²

O estrogênio e a progesterona produzidos pela ação das gonadotropinas no tecido ovariano são os responsáveis pelas alterações locais

no endométrio, criando as condições necessárias para seu processo de descamação e o surgimento do fluxo menstrual.³

Durante a fase lútea do ciclo menstrual, em especial na semana que antecede a menstruação, manifesta-se na mulher um conjunto de sinais e sintomas de natureza física e psicológica que diminui nos últimos ou nos primeiros dias do ciclo seguinte. Esse conjunto de sinais e sintomas é identificado como Síndrome de Tensão Pré-Menstrual.⁴

A síndrome de tensão pré-menstrual ou tensão pré-menstrual (TPM) como é comumente chamada, é o distúrbio mais comum em mulheres. Contudo, a grande parcela das mulheres se mantém em equilíbrio, considerando que as alterações relatadas ocorrem, principalmente na fase lútea e se revertem, na fase folicular.^{5,6}

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, com início em torno de duas semanas antes da menstruação e alívio rápido após o início do fluxo menstrual.⁷

A SPM é a ocorrência repetitiva de um conjunto de alterações físicas, do humor, cognitivas e comportamentais, com a presença de queixas de

desconforto, irritabilidade, depressão ou fadiga, geralmente acompanhadas da sensação de intumescimento e dolorimento de seios, abdome, extremidades, além de cefaleia e compulsão por alimentos ricos em carboidratos, acrescidos ou não de distúrbios autonômicos.⁸

Os sintomas apresentam caráter cíclico e recorrente, podendo ser variáveis na quantidade e na intensidade. Sintomas leves no período pré-menstrual, apresentados pela maioria das mulheres, e que não interferem na rotina diária, não são considerados para o diagnóstico da SPM. Para ser considerada síndrome, há a necessidade de relato de algum prejuízo nas atividades rotineiras, no trabalho, na escola ou no convívio social.⁹

Milhões de mulheres em idade reprodutiva apresentam sintomas emocionais, cognitivos e físicos relacionados ao seu ciclo menstrual. Elas demonstram irritabilidade intensa, frequentemente acompanhada de humor depressivo, assim como inúmeras queixas mentais e somáticas. Tais sintomas são recorrentes durante a fase lútea do ciclo menstrual e interferem de maneira significativa no seu funcionamento social, ocupacional e sexual.⁹

A SPM pode ser observada em diversas culturas, variando apenas na frequência de determinados sintomas. Cerca de 75% a 95% de mulheres em idade reprodutiva com o ciclo menstrual regular, apresentam algum tipo de sintoma pré-menstrual de intensidade leve, sem necessidade de intervenção médica ou psiquiátrica. Sua prevalência é estimada entre 10% e 20% a partir de estudos populacionais feitos entre mulheres de 18 a 45 anos de idade, que procuram algum tipo de tratamento para seus sintomas.¹⁰ Já em outro estudo, aproximadamente 3% a 11% das mulheres relatam que seus sintomas são graves, a ponto de provocarem prejuízo importante ou mesmo incapacidade em suas atividades cotidianas.¹¹⁻¹³

A síndrome da tensão pré-menstrual difere dos outros problemas médicos, por não se restringir à relação do indivíduo consigo mesmo, mas por refletir também no relacionamento interpessoal e complexo da sociedade, seja promovendo uma deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho.¹⁴

Há uma escassez na literatura de estudos que relacione SPM com acadêmicas de medicina. Daí a importância de se verificar a presença

desses sintomas nesta população de acadêmicas, uma vez que os mesmos podem gerar estresse, causando prejuízo e impacto em suas vidas, semelhante a outras doenças psiquiátricas, necessitando, portanto, de diagnóstico e tratamento adequados.

O objetivo desse estudo foi avaliar a presença da Síndrome Pré-Menstrual e sua intensidade, bem como os principais sintomas relacionados a esta nas acadêmicas do curso de medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá, Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um inquérito no ano de 2011, com delineamento transversal, de base populacional com 165 mulheres maiores de 18 anos, matriculadas no curso de medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá, que ingressaram no curso entre os anos de 2005 a 2011, selecionadas aleatoriamente. A escolha das alunas ocorreu através de um sorteio e foi proporcional à quantidade de mulheres matriculadas em cada ano (do 1º ao 6º ano de Medicina). Para o dimensionamento da amostra, foi feita uma estimativa por intervalo de confiança (IC) para proporções em condições de erro absoluto,

considerando a população finita de 244 acadêmicas.

A pesquisa quantitativa foi realizada por meio de um questionário individual com questões relativas ao diagnóstico da SPM, a intensidade dos sintomas e os tipos mais frequentes de sintomas relacionados à síndrome (Anexo 1), após a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse questionário foi elaborado pela Doutora Mara Diegoli, ginecologista do Hospital das Clínicas de São Paulo, adaptado do questionário usado pelos médicos para traçar o perfil da SPM de cada mulher.¹⁵

O questionário permitia classificar as entrevistadas em 4 grupos de sintomas (as irritadas, as inchadas, as compulsivas e as choronas), sendo que cada um dos grupos era formado por sintomas relacionados entre si. Para cada um dos sintomas listados, foi informada a intensidade com que eles se manifestavam, sendo dada uma nota de 1 a 4, onde 1, correspondia a ausência de sintomas e 4, aos sintomas muito intensos. O somatório de pontos de cada grupo resultava em um subtotal, e o maior subtotal, caracterizava a acadêmica em um dos 4 grupos de sintoma. Em seguida, realizou-se o somatório total de pontos de todos os grupos por acadêmica, o que permitia

enquadrar cada estudante em sintomas leve, moderado e grave. Um total de até 19 pontos, a classificaria como SPM de intensidade leve; de 20 a 40 pontos, SPM de intensidade moderada; e por fim, acima de 40 de pontos, SPM de intensidade grave (Anexo 2).

Foram excluídas as acadêmicas menores de 18 anos, as que não quisessem participar da pesquisa, ou que não assinassem o TCLE, ou que não apresentassem ciclos regulares, devido à anovulação.

Na análise estatística foi utilizado teste t de Student, entre dois grupos independentes para a comparação dos grupos, com cálculo das estatísticas t e p. Nos casos em que p foi menor que 0,05 a estatística foi

considerada significativa. Quando p situou-se entre 0,05 e 0,10 considerou-se tendência à significância, onde p é a probabilidade de erroneamente concluir pela significância.

RESULTADOS

Foram avaliadas 165 meninas, com idades entre 18 e 29 anos, sendo a faixa etária média de 23 anos.

Em relação ao tamanho da amostra do 1º ao 6º ano, observou-se que esta variou de 14 (no 6º ano) a 34 (no 2º ano) acadêmicas entrevistadas.

Os valores médios obtidos neste questionário em cada ano acadêmico estão descritos na Tabela 1, bem como cada uma das variâncias.

Tabela 1- Comparação das médias e variâncias obtidas no questionário para diagnóstico de SPM por ano acadêmico

Série	Tamanho	Mínimo	Máximo	Média	Variância
1ª série	27	26	53	39,6	70,0
2ª série	34	24	60	41,7	83,7
3ª série	27	19	54	37,7	77,4
4ª série	30	20	60	37,7	77,1
5ª série	33	25	62	39,4	67,0
6ª série	14	25	45	36,1	46,7

A maior média encontrada na população estudada foi de 41,7 pontos no 2º ano, o que classifica esse grupo na intensidade alta de sintomas. O 3º ano, obteve uma média de 37,7 pontos,

enquadrando-o no grupo de moderada intensidade, assim como o 4º ano (média de 37,8), 5º ano (39,4) e 6º ano, que obteve a menor média (36,1) (Figura 1).



Figura 1 - Classificação dos anos de acordo com a intensidade dos sintomas da SPM

Quando comparadas estatisticamente as médias obtidas entre as acadêmicas de cada ano, foi encontrada diferença apenas na intensidade dos sintomas do 2º com o 6º, conforme os valores de p, descritos na Tabela 2. Nos casos em que p foi menor que 0,05 a estatística foi

considerada significativa. A Figura 2 mostra a comparação dos valores obtidos entre o 2º e 6º ano que apresentaram o maior e o menor valor da média, respectivamente apresentando diferença significativa estatisticamente.

Tabela 2 - Valores de p encontrados na comparação das médias das intensidades dos sintomas da SPM em cada ano acadêmico

	1ano	2ano	3ano	4ano	5ano	6ano
1ano	---	0.3543	0.4316	0.4356	0.9514	0.1876
2ano	0.3543	---	0.0918	0.0870	0.2926	0.0447
3ano	0.4316	0.0918	---	0.9785	0.4366	0.5488
4ano	0.4356	0.0870	0.9785	---	0.4410	0.5278
5ano	0.9514	0.2926	0.4366	0.4410	---	0.1855
6ano	0.1876	0.0447	0.5488	0.5278	0.1855	----

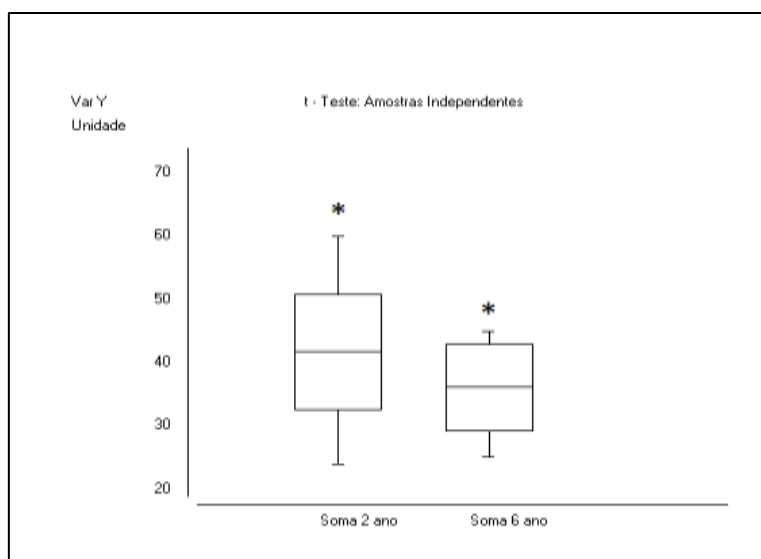


Figura 2 – Comparação dos valores médios obtidos no questionário para diagnóstico de SPM do 2º e 6º anos acadêmicos

*Diferença estatisticamente significativa com $p < 0,05$

Além do score de pontuação, o questionário respondido pelas acadêmicas, permitia caracterizar o sintoma mais prevalente, ou seja, irritadas, inchadas, compulsivas e choronas.

Em relação ao tipo de sintomas relatados pelas acadêmicas, observou-se que a maior média de alunas que apresentaram os sintomas de irritabilidade foi no 1º ano e a menor, no 4º ano (Figura 3).



Figura 3 - Média das características predominantes da SPM quanto à irritabilidade do 1º ao 6º ano

Quanto à retenção hídrica, observou-se que este sintoma foi predominante nas acadêmicas do 2º, 3º

e 4º ano e menos prevalente no 6º ano (Figura 4).

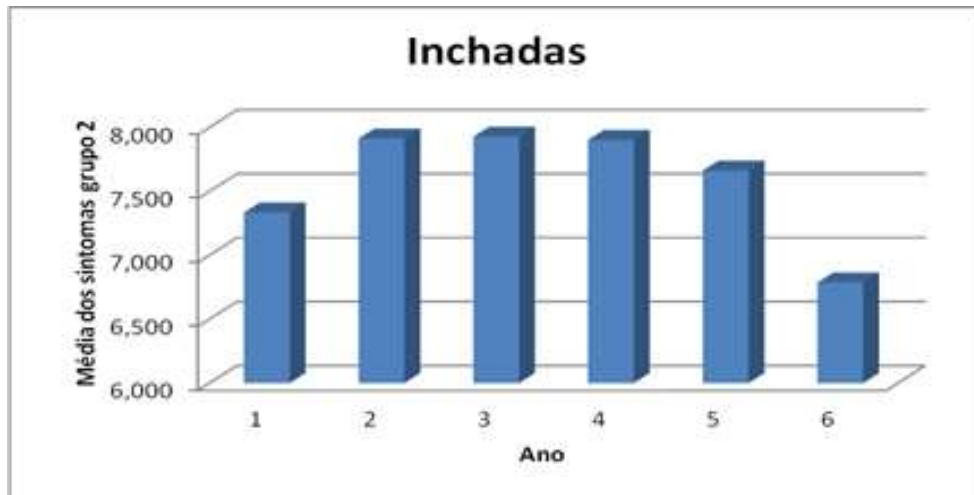


Figura 4- Média das características predominantes da SPM quanto à retenção de líquidos do 1º ao 6º ano

Ao analisar a Figura 5, pode-se observar que os sintomas referentes à vulnerabilidade aos transtornos

alimentares foram mais prevalentes no 4º e 5º anos.



Figura 5- Média das características predominantes da SPM quanto à vulnerabilidade aos transtornos alimentares do 1º ao 6º ano

A tendência à depressão foi mais prevalente nas acadêmicas do 2º ano, seguidas pelo 1º e 5º anos, com valores semelhantes. A menor prevalência

destes sintomas foi observada no 4º ano (Figura 6).

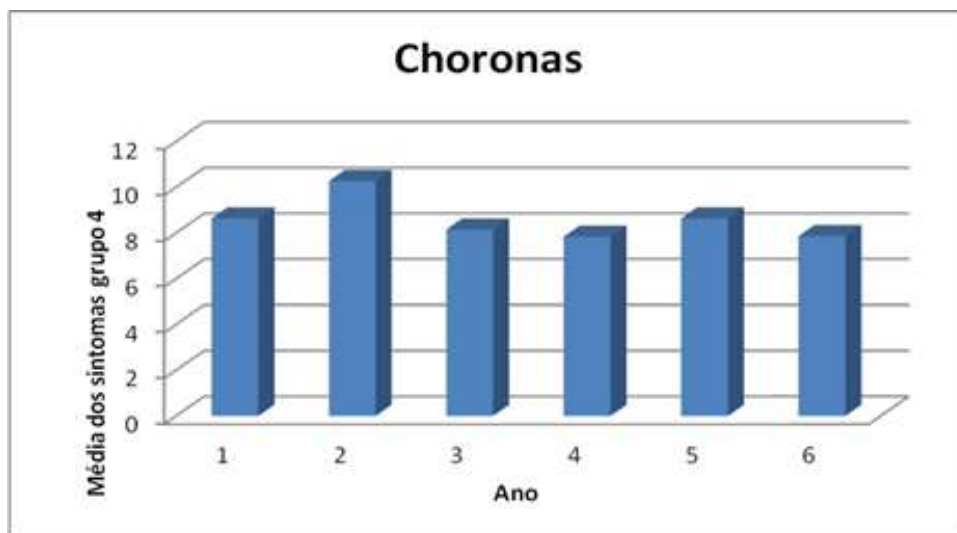


Figura 6- Média das características predominantes da SPM quanto à tendência a depressão do 1º ao 6º ano

DISCUSSÃO

Atualmente acredita-se que as mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade e com menos de trinta anos, apresentam uma maior prevalência da síndrome pré-menstrual, já que têm um maior acesso ao conhecimento dos sintomas e assim, estão mais alertas para as modificações cíclicas em seu corpo.^{16,17}

No presente estudo, foram entrevistadas acadêmicas menores de 30 anos, de uma Faculdade de Medicina, as quais, em tese, apresentam um mesmo padrão socioeconômico, o que provavelmente possibilita um melhor conhecimento dos sintomas da síndrome pré-menstrual, comprovado pela existência de sintomas observados em 100% das acadêmicas.

Nesse trabalho, a intensidade dos sintomas da SPM nas acadêmicas, foi de moderada à grave. No entanto, a intensidade grave mostrou tendência para moderada, uma vez que foi observada apenas em um dos anos acadêmicos (2º ano), com uma média de pontos obtida no questionário de 41,7 (classificação para intensidade grave é considerada acima de 40 pontos). Nenhuma das acadêmicas se enquadrou na sintomatologia leve.

De acordo com Montes e Emídio, estudos demonstram que a prevalência da SPM tem se apresentado com grande variação de achados: Lima e Camus, acreditam que 95% das mulheres férteis sentem pelo menos um sintoma leve, e 11% se sentem incapacitadas de executar suas rotinas

diárias.¹⁸⁻²⁰ Já no trabalho de Daugherty e Melo *et al*, a estimativa é que 40% das mulheres em idade reprodutiva tenham SPM e que 5% destas a apresente de forma mais severa, referindo não haver um teste diagnóstico específico para esta síndrome.¹⁸⁻²¹

Mais recentemente, Wyatt *et al*, referem que entre 85% a 97% de mulheres em idade reprodutiva sofrem de sintomas variados no período pré-menstrual,²² e Montes encontrou que 30% a 40% destas, procuram atendimento médico,¹⁸ dados que vão de acordo com o presente estudo, já que uma pequena quantidade de mulheres referiu sintomas graves, e a maioria apresentou algum tipo de sintoma.

Um trabalho realizado em 1998, avaliando 50 pacientes selecionadas em ambulatórios de ginecologia, observou-se que os sintomas de SPM atingiram 73 a 95% das mulheres em idade fértil, as quais apresentaram pelo menos algum sintoma de intensidade leve, e em média, 3 a 11% sofreram com SPM grave.⁴

De acordo com o Projeto “Diretrizes da Associação Médica Brasileira” e o Conselho Federal de Medicina, a prevalência dos sintomas da SPM é de 75% a 80% nas mulheres em idade reprodutiva e com grande variação no número, duração e

gravidade dos sintomas. Já a prevalência do SPM grave é de 3% a 8% e os sintomas estão relacionados ao humor, como *déficit* de funcionamento social, profissional e familiar.²³

No Brasil, estudo realizado em ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, demonstrou que os principais sintomas identificados durante o período da SPM foram a irritabilidade (86%), cansaço (17%), depressão (62%), e cefaleia (62%), sendo que 95% das mulheres apresentavam mais de um sintoma.^{15,23}

No trabalho proposto, também se notou que um dos principais sintomas relatados pelas acadêmicas foi a irritabilidade, representada pela ansiedade e humor instável. No entanto, a compulsividade também foi bastante citada, representada pelo aumento na ingestão de alimentos e preferência por doces.

Costa *et al*, referem que os principais sintomas identificados durante o período de SPM são: mudanças de humor, depressão, tristeza, tensão nervosa, irritabilidade, ansiedade, agressividade, dores generalizadas, fadiga, insônia, aumento ou redução do apetite e compulsão por doces ou salgados.¹

Há uma relação clara dos distúrbios do comportamento alimentar e o período pré-menstrual. No trabalho conduzido por Aun Vazquez, foram avaliadas 42 mulheres com idade entre 18 e 30 anos. Tal estudo revelou que dentre as participantes, 35,7% apresentaram aumento de apetite e 40,5% demonstraram compulsão por algum tipo de alimento durante o período pré-menstrual, sendo os doces em geral (40,7%), chocolate (33%) e massas (9,5%) os mais prevalentes, comprovando a compulsividade, também verificada no presente trabalho.²⁴

O consumo aumentado de carboidratos na fase lútea pode ser explicado pela diminuição dos mediadores de serotonina nesse período do ciclo. O consumo de alimentos ricos em carboidratos, principalmente os chocolates, por serem ricos em triptofano, aminoácido que se transforma em serotonina, proporciona o aumento de sua concentração sanguínea.¹

O aumento da síntese de serotonina melhora os sintomas, como irritabilidade, depressão, tensão, ansiedade, entre outros. Logo, o desejo por alimentos específicos, como chocolate ou doces em geral, seria uma forma inconsciente de melhorar seu

estado disfórico, aumentando os níveis de serotonina e resgatando o equilíbrio, como forma de alívio.¹⁷

Em relação à gravidade dos sintomas observada em cada série, no presente estudo, observou-se maior média de sintomatologia referida pelas acadêmicas do 1º, 2º e 5º anos. Acredita-se que nos dois primeiros anos de Faculdade, o fato das acadêmicas terem deixado suas casas e mudado para um ambiente novo, distante de amigos e familiares, contribuam para esse alto nível de estresse. Com relação ao 5º ano, especificamente da Faculdade de Medicina de Itajubá, pode-se dizer que a extensa carga horária, além das muitas provas e exigências diárias, provavelmente predisponham a um maior teor de estresse nesse ano acadêmico

Quando comparados o 2º com o 6º ano, foi constatada uma diferença significativa, com relação à média dos sintomas da SPM, tendo o 2º ano obtido a maior média de pontos, enquanto o 6º, a menor. Tal achado pode ser devido ao provável aumento do uso de anticoncepcionais no decorrer da faculdade pelas alunas, ou seja, à medida que se avança nos anos do curso, parece haver um aumento na preocupação com a anticoncepção e um maior conhecimento dos diversos tipos

de anticoncepcionais hormonais, além de ser um dos métodos contraceptivos mais seguros.²⁵

Um trabalho realizado em 2003 na cidade de Pelotas, analisando 1096 mulheres de 15 a 49 anos, verificou que o uso de anticoncepção hormonal representou proteção de 17% com relação ao risco de manifestar a SPM, quando comparado com a situação daquelas que não usavam esse método.¹⁶

Contudo, há controvérsias na literatura sobre a relação entre o uso de anticoncepcional hormonal e os sintomas da síndrome pré-menstrual. Alguns autores sugerem o uso, como uma forma de prevenir a oscilação hormonal e, conseqüentemente, o surgimento dos sintomas pré-menstruais, indicando que o uso de contraceptivos orais pode estar acompanhado de alterações cíclicas do humor. Enquanto outros estudos não indicam diferença entre os sintomas da síndrome e a contracepção, declarando a não aceitação da etiologia da síndrome relacionada com o ciclo hormonal.^{16,26,27}

A amostra estudada foi composta de mulheres jovens, na faixa etária de 18 a 29 anos, na qual foi encontrada uma alta incidência de sintomatologia moderada, o que sugere que em uma faixa etária mais avançada,

esses sintomas estariam provavelmente reduzidos, fato que também foi encontrado por outros autores.

Segundo Silva *et al*, mulheres mais jovens referiram mais sintomas, assim como um estudo realizado no norte da Califórnia, que abrangeu 1194 mulheres com idades entre 21 e 45 anos, revelou que a gravidade dos sintomas de SPM diminuem à medida que a idade avança.^{16,28}

Entretanto, o estudo de Diegoli *et al*, de 1994, realizado em serviço de ginecologia, encontrou uma maior prevalência de sintomas em mulheres com mais de 30 anos.¹⁵

Em 2003, um estudo referiu que o aumento da severidade e da duração dos sintomas da SPM tem sido mais frequente em mulheres que se aproximam da menopausa, talvez pelo fato de, a cada novo ciclo sofrido pela mulher, aumentar o estresse e os danos cumulativos ao longo da vida provenientes da fase lútea do ciclo.²⁹

A SPM pode ser tratada em diferentes níveis, de acordo com as necessidades da paciente. Primeiro, a paciente deve entender o processo pelo qual está passando. Em segundo lugar, conforme os sinais e sintomas predominantes, algumas medidas gerais podem ser úteis para aliviar os quadros mais leves, como a atividade física e a

prática de esportes e de atividades relaxantes. Deve-se ter repouso suficiente, alimentação leve e variada, menor ingestão de sódio e água, visando reduzir a retenção hidrossalina, para que se evite o edema, um dos sintomas característicos da SPM.^{30,31} Em geral recomenda-se diminuir o consumo de açúcar, sal, cafeína, álcool, carnes vermelhas e alimentos muito gordurosos.³²

O tratamento farmacológico tem demonstrado melhor resposta terapêutica na abordagem da SPM moderada e grave, podendo-se destacar fármacos que interfiram no ciclo menstrual, os anticoncepcionais, e outros ainda com ação no sistema nervoso central, como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina.³³ Os anticoncepcionais, apesar de serem capazes de inibir a ovulação, estabilizando as variações hormonais, podem apresentar efeitos divergentes em seu uso combinado, com algumas mulheres referindo grande melhora no quadro clínico e outras se queixando de piora.³⁴ Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), os quais incluem fluoxetina, paroxetina, sertralina e outros, são atualmente considerados pertencentes à classe farmacológica mais eficaz no tratamento dos sintomas relacionados à

SPM, bem como sua forma mais intensa.^{35,36}

O tratamento com os ISRS destina-se principalmente para aquelas mulheres com maior prevalência primária para os sintomas emocionais graves.¹³

CONCLUSÃO

O presente estudo realizado com acadêmicas da Faculdade de Medicina de Itajubá permitiu concluir que a ocorrência da SPM se deu em todos os anos entrevistados, independentemente da série que cursavam, sendo as principais manifestações observadas, a irritabilidade, representada pela ansiedade e humor instável, e compulsividade, representada pelo aumento na ingestão de alimentos e preferência por doces.

A realização desse trabalho revelou a necessidade de que mais estudos sejam realizados acerca do tema, principalmente na questão de tratamento da SPM, haja vista a alta prevalência dessa síndrome em mulheres de todo o mundo e os efeitos deletérios no cotidiano delas, sendo fundamental o desenvolvimento de novos medicamentos e condutas frente a esse problema.

REFERÊNCIAS

1. Costa YR, Fagundes RLM, Cardoso BR. Ciclo menstrual e consumo de alimentos. *Rev Bras Nutr Clin.* 2007;22(3): 203-9.
2. Chaves CPG, Simão R, Araújo CGS. Ausência de variação da flexibilidade durante o ciclo menstrual em universitárias. *Rev Bras Med Esporte.* 2002;8(6):212-8.
3. Bouzas I, Braga C, Leão L. Ciclo menstrual na adolescência. *Adolesc Saúde.* 2010;7(3):59-63.
4. Muramatsu CH, Vieira OCS, Simões CC, Katayama DA, Nakagawa FH. Consequência da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. *Rev Esc Enferm.* 2001;35(3):205-13.
5. Thys-Jacobs S. Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium. *J Am Coll Nutr.* 2000;19(2):220-7.
6. Sampaio HAC. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. *Rev Nutr.* 2002;15(3):309-17.
7. Marvan ML, Cortes-Iniestra S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol.* 2001;20(4):276-80.
8. Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas - CEMICAMP. Tensão pré-menstrual: perspectiva e atitude de mulheres, homens e médicos ginecologistas no Brasil: relatório final [Internet]. 2008 maio [Acesso em 2012 Dez 03]. Disponível em: <http://www.cemicamp.org.br/relatorios/Relatorio%20final%20maio%20%202008.pdf>
9. Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin Obstet Gynecol.* 1987;30(2):367-76.
10. Valadares GC; Ferreira LV; Correa Filho H; Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev Psiquiatr Clín.* 2006;33(3):117-23.
11. Cheniaux JR. E. Síndrome pré-menstrual. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.148p.
12. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. - Premenstrual syndrome. *Am Fam Phisician.* 2003;15:1743-52.
13. Endicott J. History, evolution and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(suppl.12):5-8.
14. Cavalcanti SMO, Vitiello N. Síndrome da tensão pré-menstrual. *Femina* 1987; 15:776-80.
15. Diegoli MSC, Fonseca AM, Diegoli CA, Halbe HW, Bagnoli VR, Pinotti JA. Síndrome pré-menstrual: estudo da incidência e das variações sintomatológicas. *Rev Ginecol Obstet.* 1994;5:238-42.
16. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa ACG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev Saúde Publica* 2006;40(1):47-56.)
17. Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. *Arq Cienc Saúde.* 2006;13(3):146-52.
18. Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. *Psicol Teor Pesqui.* 2003;19(3):261-7.
19. Lima CA, Camus V. Síndrome pré-menstrual: um sofrimento feminino. *Psiqu Biol.* 1996;4(3):137-46.
20. Daugherty JE. Treatment strategies for pré-menstrual syndrome. *Am Fam Physician.* 1998;58(1):183-92.

21. Melo NR, Giribela AHG, Giribela CRG, Ricci MD. Síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Med.* 2001;58(N Esp):185-92.
22. Wyatt KM, Dimmock PW, Frischer M, Jones PW, O'Brien SP. Prescribing patterns in premenstrual syndrome. *BioMed Central Women's Health.* 2002;2(1):4.
23. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Projeto Diretriz: tensão pré-menstrual. Brasília: AMB, CFM; 2011. 14p.
24. Aun FV, Pinheiro MN. Alimentação e síndrome de tensão pré-menstrual. VII Jornada de Iniciação Científica 2011. Universidade Presbiteriana Mackenzie. 2011. p.1-13.
25. Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Olinto MTA, Macedo S, Britto MAP. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad Saúde Publica.* 2002;18(1):93-9.
26. Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca; 2000. Síndrome pré-menstrual. p.755-69.
27. Appolinário JC. TDPM: transtorno disfórico pré-menstrual. 4ª ed. São Paulo: Segmento; 2003.
28. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):1014-24.
29. 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.
30. Approbato MS, Silva CDA, Perini GF, Miranda TG, Fonseca TD, Freitas VC. Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2001;23(7):459-62.
31. Brilhante AVM, Bilhar APM, Carvalho CB, Karbage SAL, Pequeno Filho EP, Rocha ES. Síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual: aspectos atuais. *Femina.* 2010;38(7):373-8.
32. Alaniz MS, Isaia Filho C. Aspectos nutricionais relacionados à tensão pré-menstrual. *Rev Metabol Nutr.* 2010;11(2):94-9.
33. Freeman EW. Therapeutic management of premenstrual syndrome. *Expert Opin Pharmacother.* 2010;11:2879-89.
34. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28(Suppl 3):39-53.
35. Kroll R, Rapkin AJ. Treatment of pré-menstrual disorders. *J Reprod Med.* 2006;51(4 Suppl):359-70.
36. New PMS guidelines released. Recommendations focus on diagnosis and treatment. *AWHONN Lifelines.* 2000;4(3):61-2.

Correspondência: Miguel da Silva Diniz - Rua Comendador João Carneiro, 229, apt 05- Bairro Medicina Itajubá-MG. CEP: 37502-140 - Fone: (035)8445-6458 - E-mail: miguel-sbo@hotmail.com

ANEXO 1

Questionário para diagnóstico e identificação dos danos nas atividades diárias.

Notas para Avaliação da SPM:

1. Sem o sintoma
2. Pouco intenso
3. Intensidade moderada
4. Muito intenso

Sintomas do Grupo 1

- Tensão nervosa ()
Ansiedade ()
Humor instável ()
Irritabilidade ()

Subtotal 1 _____

Sintomas do Grupo 2

- Aumento de peso ()
Inchaço no abdômen ()
Inchaço nos membros ()
Dor nas mamas ()

Subtotal 2 _____

Sintomas do Grupo 3

- Dor de cabeça ()
Compulsão por doces ()
Aumento de apetite ()
Taquicardia ()
Fadiga ()
Tontura ()

Subtotal 3 _____

Sintomas do Grupo 4

- Depressão ()
Esquecimento ()
Choro fácil ()
Confusão ()
Insônia ()

Subtotal 4 _____

ANEXO 2

Avaliação dos Resultados do Questionário:

Resultado 1

Para identificar a característica predominante da SPM, serão comparados os pontos de cada grupo. O maior subtotal corresponde ao seu tipo.

Grupo 1 — As irritadas

Essas mulheres são as maiores vítimas das oscilações de humor.

Tratamento: antidepressivos, calmantes, vitaminas ou fitoterápicos.

Grupo 2 — As inchadas

São as mulheres mais sensíveis à retenção de líquidos.

Tratamento: diuréticos, analgésicos, vitaminas ou contraceptivos orais.

Grupo 3 — As compulsivas

Na TPM, essas mulheres ficam mais vulneráveis aos transtornos alimentares.

Tratamento: analgésicos, contraceptivos de uso contínuo e antiinflamatórios não hormonais.

Grupo 4 — As choronas

A TPM dessas mulheres é marcada pela tendência à depressão.

Tratamento: antidepressivos.

Resultado 2

O total geral indica a intensidade da sua SPM.

Total

Até 19 pontos

De intensidade leve, a SPM tende a provocar algum desconforto. Geralmente, ela pode ser controlada com a prática regular de atividade física e mudanças na dieta. Os medicamentos só são indicados em caso de dor de cabeça.

De 20 a 40 pontos

Aqui se enquadram os casos de SPM de intensidade moderada, em que os sintomas podem comprometer as atividades do dia-a-dia. O tratamento- padrão costuma ser feito à base de vitaminas, analgésicos ou fitoterápicos.

41 pontos ou mais

É a SPM de intensidade alta. Os sintomas são tão severos que incapacitam a mulher para as atividades mais corriqueiras. Habitualmente esses casos requerem acompanhamento médico e tratamento medicamentoso.