

# Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-menstrual

Prevalence of symptoms in Premenstrual Syndrome

Clarissa Waldige Mendes Nogueira, João Luiz Pinto e Silva

## RESUMO

**Objetivos:** *analisar os sintomas pré-menstruais relatados pelas mulheres com quadros graves de síndrome pré-menstrual (SPM), sua duração e época de aparecimento e patogênese.*

**Métodos:** *estudo de corte transversal por meio de questionário aplicado a 254 mulheres com idade entre 20 e 44 anos, sem doenças ginecológicas ou clínicas que comprometessem o estado geral ou bem-estar físico. Foram excluídas as que estavam em amenorréia há mais de seis meses, as hysterectomizadas e as grávidas.*

**Resultados:** *110 mulheres (43,3%) relataram pelo menos um sintoma intenso na fase pré-menstrual causando danos à sua vida, sendo consideradas portadoras de SPM. A irritabilidade foi relatada por 86,4%, cansaço por 70,9%, depressão por 61,8%, cefaléia por 61,8%, mastalgia por 59,1% e dor abdominal por 54,5%. Quase todas (94,5%) tinham mais de uma queixa, 89,1% apresentaram sintomas psíquicos e mais de três quartos das pacientes (76,4%) associavam queixas físicas e psíquicas. A maioria declarou duração de três a quatro dias (32,4%) ou de cinco a sete dias (31,4%).*

**Conclusões:** *o quadro clínico da SPM, apesar de multivariado, em geral é composto por irritabilidade e/ou depressão, associados a cansaço e dores de cabeça ou nas mamas, coexistindo sintomas físicos e psíquicos, por três a sete dias, sendo difícil atribuí-lo a uma etiologia única, à luz dos conhecimentos atuais.*

**PALAVRAS-CHAVE:** *Tensão pré-menstrual. Ciclo menstrual. Depressão.*

## Introdução

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um complexo de sintomas que surge entre 10 e 14 dias antes da menstruação e desaparece com o início do fluxo, só se caracterizando como doença se afetar o dia-a-dia da mulher<sup>1</sup>. Já foram catalogados mais de 150 sintomas, que incidem de maneira variada e inconstante<sup>2</sup>.

Em relação à época de vigência, descrevem-se dois padrões. Em um deles os sintomas aumentam gradualmente para desaparecerem com o início da menstruação e no outro a resolução é mais lenta, persistindo durante a fase folicular. Haveria ainda mais dois tipos, a incidência de sintomas graves apenas em alguns dias da fase

lútea ou em dois períodos distintos, por volta da ovulação e logo antes da menstruação<sup>3</sup>.

Segundo Bäckström<sup>4</sup>, a SPM se agrava com o início dos fenômenos regressivos do corpo lúteo, por volta do 24º ou 25º dia do ciclo. A surpreendente observação de Schmidt et al.<sup>5</sup> de que os sintomas, tanto psíquicos quanto somáticos, continuaram a ocorrer na data projetada mesmo quando a menstruação foi induzida logo após a ovulação, por mifepristona ou luteólise por HCG, sugere que o evento desencadeador aconteça no primeiro período do ciclo.

Conforme a manifestação principal foram definidos quatro grupos: A, se predomina ansiedade, irritabilidade ou tensão nervosa; H, se predominam edema, dores abdominais, mastalgia e ganho de peso; C, com cefaléia, podendo ser acompanhada por aumento de apetite, desejo de doces, fadiga, palpitação e tremores, e finalmente o D, se o quadro depressivo é preponderante, com insônia, choro fácil, esquecimento e confusão. Cada um estaria relacionado a fatores desencadeantes diferentes<sup>6</sup>.

Propomos analisar os sintomas e os dife-

Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Correspondência:

Clarissa W. M. Nogueira

A/C - UNICAMP/ ASTEC/CAISM

Rua Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

13083-970 - Campinas - SP

Fone: (19) 788-9402 - Fax: (19) 289-5935

rentes quadros clínicos, sua duração e época de aparecimento, o que poderia contribuir para a discussão dos determinantes dessa síndrome.

## Pacientes e Métodos

Foi realizado estudo de corte transversal com 254 mulheres de 20 a 44 anos que procuravam atendimento ginecológico de rotina ou eram acompanhantes de pacientes à consulta no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Elas foram abordadas sobre o motivo da consulta e aceitavam responder a um questionário sobre a presença de sintomas nas fases pré-menstrual e menstrual, sendo informadas dos objetivos da pesquisa e da desvinculação com o atendimento pretendido. Após concordância verbal buscava-se um local que permitisse manter a privacidade. Foram excluídas as mulheres com queixas ginecológicas, exceto corrimentos ou busca de método anticoncepcional, e também aquelas com problema de saúde que compromettesse o estado geral ou o bem-estar físico no momento da entrevista, amenorréia há mais de seis meses, história anterior de histerectomia e as grávidas.

Os dados foram apresentados em porcentagem. A SPM foi caracterizada como a ocorrência de sintomas intensos na fase pré-menstrual associados a danos causados por estes sintomas.

Por se tratar de método de entrevista, o procedimento ético baseou-se no consentimento verbal, após esclarecimento dos objetivos e da não-identificação da entrevistada. Os aspectos enfatizados foram a total desvinculação da aceitação com a consulta que procuravam e a possibilidade de utilização de um espaço resguardado para as perguntas de natureza íntima. Foram respeitados os direitos contemplados na Declaração de Helsinki (1990).

## Resultados

Entre as entrevistadas, 43,3% declararam algum sintoma intenso provocando prejuízos à sua vida diária (Tabela 1). A irritabilidade foi relatada por 86,4% delas, seguida por cansaço em 70,9% e depressão em 61,8%. A cefaléia também foi assinalada por 61,8% das mulheres, mastalgia por 59,1% e dor abdominal por 54,5% (Tabela 2).

**Tabela 1** - Distribuição das mulheres segundo frequência e formas clínicas de síndrome pré-menstrual (SPM).

SPM	n	%
Não	35	13,8
Leve	57	22,4
Moderada	52	20,5
Grave	110	43,3
Total	254	100,0

**Tabela 2** - Número e percentual de mulheres com forma grave de SPM segundo os sintomas relatados.

Sintoma	n (intensos)	%
Irritação	95 (89)	86,4
Cansaço	78 (45)	70,9
Depressão	68 (44)	61,8
Cefaléia	68 (40)	61,8
Mastalgia	65 (34)	59,1
Dor abdominal	60 (41)	54,5
Dor nas costas	40 (23)	36,4
Inchaço ou dor nas pernas	28 (21)	25,4
Outros*	69	62,7

\*Outros: indecisão (23), diminuição do desejo sexual (21), sintomas gastrointestinais (14), dores articulares ou generalizadas (5), insônia (3), batedeira, ansiedade ou palpitações (3).

Quase a totalidade (94,5%) referiu mais de um sintoma. Apenas seis mulheres apresentavam sintoma único, três delas irritabilidade, duas cefaléia e uma cansaço. 26,3% associavam até quatro queixas e as restantes 68,2% tinham mais que isso. As queixas físicas foram as únicas em 14 (12,7%) entrevistadas e as psíquicas foram as únicas em 12 (10,9%). Em 76,4% houve associação dos dois tipos.

O quadro clínico mais comum foi composto de irritabilidade e/ou depressão associadas a cansaço e cefaléia ou dores na mamas, pernas, abdômen e costas (Tabela 3). Os sintomas eram restritos a um ou dois dias para 24,8%. Outras 32,4% apresentavam sintomas por três a quatro dias. Mais 31,7% relataram sofrê-los por até sete dias e 11,4% por um período de sete a 14 dias (Tabela 4).

**Tabela 3** - Número e percentual de mulheres com SPM conforme os quadros clínicos.

Quadro Clínico	n	%
Com irritabilidade ou depressão intensa	98	89,1
Com dores intensas	92	83,6
Irritabilidade ou depressão e dores intensas	78	70,9
Irritabilidade ou depressão e cansaço	73	66,4
Irritabilidade ou depressão e cefaléia	62	56,4

**Tabela 4** - Distribuição da duração dos sintomas nas mulheres com forma grave de SPM.

Duração dos sintomas	n	%
1 ou 2 dias	26	24,8
3 a 4 dias	34	32,4
5 a 7 dias	33	31,4
8 a 14 dias	12	11,4
Total	105	100,0

Muitas mulheres com SPM (52,7%) não souberam precisar a época de início de seus sintomas. As demais declararam apresentá-lo desde a menarca (63,5%), após o casamento (11,5%), após laqueadura (9,6%) ou após a primeira gravidez (9,6%) (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição da época em que se iniciou o quadro nas mulheres com SPM.

Época de início	n	%
Menarca	33	63,5
Após o casamento	6	11,5
Após a laqueadura	5	9,6
Após a primeira gravidez	5	9,6
Após uso de pílula	3	5,8

Obs.: Cinquenta e oito mulheres (52,7%) não souberam responder a essa questão.

## Discussão

A presença de irritabilidade e/ou nervosismo, relatada por mais de 88% das mulheres com forma grave de SPM, constitui a face mais característica do quadro. Enquanto um estudo sueco detectou ocorrência de irritabilidade pré-menstrual moderada em 31% e grave em 3% das mulheres<sup>7</sup>, quase 40% de nossas entrevistadas indicaram esse sintoma intensamente, o que nos remete a diferenças culturais que poderiam influir no desenvolvimento do problema.

Na seqüência, os sintomas mais relacionados foram cansaço, em 70,9% dos casos, e depressão em 61,8%. A fadiga tem sido atribuída à hipoglicemia, alteração no equilíbrio das prostaglandinas ou a disfunção tireoidiana<sup>8,9</sup>, ao passo que a depressão tem sido relacionada à deficiência de vitamina B6 ou, mais especificamente, de serotonina<sup>10,11</sup>.

Apenas três mulheres que relataram depressão não se queixavam também de irritabilidade e pouco mais de 10% de todo o grupo não apresentavam um desses sintomas, que poderiam ser facetas do mesmo quadro, pois existem depressões sem distúrbio de humor, ditas “mas-

caradas”, o que poderia ser o processo subjacente nas pacientes irritadiças.

Foi sugerido que um estado disfórico experimentado repetidamente poderia facilitar o desenvolvimento gradual ou a expressão de uma desordem afetiva, em indivíduos geneticamente predispostos<sup>12</sup>. Portanto, a depressão pré-menstrual tanto poderia preceder o desenvolvimento de depressão maior, como ser manifestação de resolução incompleta dessa patologia, sendo o período apenas de maior vulnerabilidade biológica<sup>13</sup>.

A cefaléia foi assinalada por 61,8% das mulheres com forma grave de SPM, dado semelhante ao constatado em um estudo prospectivo<sup>14</sup>, e em uma avaliação retrospectiva<sup>15</sup> na qual se observou essa queixa em 86% das mulheres.

A cefaléia poderia ser manifestação da enxaqueca menstrual, que incide na semana anterior ou especialmente nos primeiros três dias da menstruação<sup>16</sup>, correspondendo a 8% das enxaquecas. É atribuída a distúrbio da transmissão serotoninérgica, sendo observada queda nos níveis de 5-OH-triptamina nas plaquetas no início do quadro<sup>17</sup>. O estrogênio estimularia a produção de adrenoceptor na vasculatura, bloquearia a recaptação da serotonina, inibindo a enzima da degradação da monoaminoxidase, levando a vasodilatação das artérias cerebrais, por liberação de peptídeos vasoativos<sup>18</sup>.

Um sintoma muito incômodo e igualmente bastante relatado é a mastalgia, que além do inconveniente da dor, causa prejuízos ao relacionamento amoroso e temor de sua ligação com neoplasia. Embora tradicionalmente não seja considerada indicadora de perigo, há relatos de maiores índices de sensibilidade pré-menstrual em doentes com câncer de mama, após controlado o efeito de outros fatores<sup>19</sup>.

A mastalgia tem sido atribuída a níveis alterados de prolactina, que alguns advogam ser a causa da SPM, por ter sido constatada elevação em mais de 40% das doentes<sup>20</sup>. Sua secreção parece estar sob dependência frenadora do neurotransmissor dopamina e a hiperprolactinemia indicaria redução da sua atividade, que é relacionada por sua vez ao desenvolvimento de depressão<sup>21</sup>. Recentemente tem sido invocado um desequilíbrio nas prostaglandinas e recomendada a administração de ácidos graxos essenciais para correção<sup>22</sup>.

A dor abdominal, apontada por 54,5% dessas mulheres, poderia derivar de dificuldade das pacientes em discriminar esse quadro da dismenorréia ou ser manifestação de processo congestivo pélvico, constipação intestinal ou distúrbio autonômico, relacionados ao aumento da

progesterona, à ação de prostaglandinas ou vasopressina, que também poderiam ter papel nas dores lombares, presentes em 36,4% do grupo afetado.

O inchaço nas pernas foi registrado por 34,5% do grupo com SPM e a dor nas pernas aludida espontaneamente por mais 13,6%. Os índices de edema pré-menstrual relatados na literatura chegam a 92%, sendo atribuído à retenção hídrica, por ação da progesterona provocando flacidez da parede venosa, com prejuízo à drenagem e também por atuar como agonista da aldosterona induzindo natriurese, imediatamente compensada por aumento de renina ou conversão para desoxicorticosterona<sup>23</sup>. Recentemente apontaram-se evidências de haver redistribuição de líquidos e não retenção<sup>24</sup>.

A distinção entre as esferas somática e psíquica não é fácil, mas nesta avaliação mais de 75% apresentavam sintomas dessas duas naturezas, associando irritabilidade ou depressão com quadros dolorosos ou edema. A maioria das entrevistadas não soube precisar quando haviam iniciado seus sintomas, levando a pensar em processo insidioso, que demora a ser percebido. Entre as que se lembravam, 63,5% os percebiam desde as primeiras menstruações e as restantes após o casamento, primeira gravidez, laqueadura ou uso da pílula anticoncepcional. Esses dados também são encontrados na literatura, diferindo o papel da primeira gravidez, geralmente mais intenso.<sup>25</sup>

Um terço das mulheres com SPM revelou sofrimento de apenas um ou dois dias e mais de 10% declararam vigência por mais de uma semana. As 63,8% restantes foram afetadas por três a sete dias. A multiplicidade de sintomas, experimentada por mais de 94%, não necessariamente concomitantes, poderia interferir na duração do quadro.

As inúmeras teorias etiológicas para a SPM são alicerçadas em ensaios clínicos ou experimentais, mas nenhuma consegue explicar tão múltiplos sintomas e formas de apresentação. Não foi possível configurar quadros bem delimitados, que pudessem indicar etiologia comum. É possível que seja a manifestação ou agravamento de doença preexistente, tendo a segunda fase do ciclo maior vulnerabilidade biológica.

O quadro clínico da SPM em geral compõe-se de irritabilidade e/ou depressão, que podem ser acompanhados de cansaço e dores de cabeça ou nas mamas, quase sempre havendo associação de sintomas físicos e psíquicos, com duração de três a sete dias, sendo difícil atribuí-lo a uma etiologia única, à luz dos conhecimentos atuais.

## SUMMARY

*Purpose: to analyze the symptoms of premenstrual syndrome (PMS), its duration, time of presentation and pathogenesis.*

*Methods: a questionnaire was applied to 254 women aged 20 to 44 years, without gynecological or clinical conditions affecting their general state or physical well-being, excluding those with amenorrhea for more than six months, hysterectomized or pregnant.*

*Results: one hundred and ten women (43.3%) describing at least one intense symptom causing harm to their life, were considered as having PMS. Irritability was presented by 86.4%, tiredness by 70.9%, depression by 61.8%, headache by 61.8%, breast tenderness by 59.1% and abdominal pain by 54.5%. Almost all (94.5%) had more than one symptom, 89.1% presented psychological complaints, and 76.4% associated physical and psychological complaints. Most declared that duration of the symptoms was three to four days (32.4%) or five to seven days (31.4%).*

*Conclusions: the clinical picture of PMS is generally composed of irritability and/or depression, associated with tiredness and headache or breast pain, there being association of physical and psychological symptoms, for 3 to 7 days, and it is difficult to attribute a single etiology to it at this stage of knowledge.*

**KEY WORDS:** *Premenstrual syndrome. Premenstrual tension. Menstrual cycle. Depression.*

## Referências

1. Dalton K. The premenstrual syndrome and progesterone therapy. 2<sup>nd</sup> ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1984. p.169.
2. Budoff PW. Use of prostaglandin inhibitors in the treatment of PMS. Clin Obstet Gynecol 1987; 30:453-65.
3. Mortola JF. Issues in the diagnosis and research of premenstrual syndrome. Clin Obstet Gynecol 1992; 35:587-98.
4. Bäckström T. Neuroendocrinology of premenstrual syndrome. Clin Obstet Gynecol 1992; 35:612-28.
5. Schmidt PJ, Nieman LK, Grover GN, Muller KL, Merriam GR, Rubinow DR. Lack of effect of induced menses on symptoms in women with premenstrual syndrome. N Engl J Med 1991; 324:1174-9.
6. Hargrove JT, Abraham GE. The incidence of premenstrual tension in a gynecologic clinic. J Reprod Med 1982; 27:721-4.

7. Andersch B, Wendestam C, Hahn L, Oehman R. Premenstrual complaints. I. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1986; 5:39-49.
8. Reid RL, Yen SS. Premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139:85-104.
9. Hall RC. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics* 1983; 24:7-18.
10. Rapkin AJ. Neuroanatomy, neurophysiology and neuropharmacology of pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:119-29.
11. Shaarawy M, Shaaban HA, Eid MM, Abdel-Aziz O. Plasma beta-endorphin level in cases of luteal phase defect. *Fertil Steril* 1991; 56:248-53.
12. Rubinow DR, Schmidt PJ. The treatment of premenstrual syndrome: forward into the past. *N Engl J Med* 1995; 332:1574-5.
13. Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:646-53.
14. Hagen I, Nesheim BI, Tuntland T. No effect of vitamin B6 against premenstrual tension. A controlled clinical study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:667-70.
15. Bedone AJ, Cappi-Maia EM, Monteiro IMU. Tensão pré-menstrual: resultados clínicos com cinco tipos de tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995; 17:295-303.
16. Johannes CB, Linet MS, Stewart WF, Celentano DD, Lipton RB, Szklo M. Relationship of headache with the phase of the menstrual cycle among young women: a daily diary study. *Neurology* 1995; 45:1076-82.
17. Raskin NH. Serotonin receptors and headache. *N Engl J Med* 1991; 325:353-4.
18. Digre K, Damasio H. Menstrual migraine: differential diagnosis, evaluation and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30:417-30.
19. Goodwin PJ, DeBoer G, Clark RM, et al. Cyclical mastopathy and premenopausal breast cancer risk. Results of a case-control study. *Breast Cancer Res Treat* 1995; 33:63-73.
20. Halbreich U, Endicott J, Lesser J. The clinical diagnosis and classification of premenstrual changes. *Can J Psychiatry* 1985; 30:489-97.
21. Alila HW, Rogo KO, Gombe S. Effects of prolactin on steroidogenesis by human luteal in cell culture. *Fertil Steril* 1987; 47:947-55.
22. Horrobin DF. The role of essential fatty acids and prostaglandins in the premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 1983; 28:465-8.
23. Augusto N, Urbanetz AA. Síndrome de tensão pré-menstrual. I. Aspectos clínicos e fisiopatologia. *Femina* 1985; 13:682-90.
24. Tollan A, Oian P, Fadnes HO, Maltau JN. Evidence for altered transcapillary fluid balance in women with the premenstrual syndrome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72:238-42.
25. Keye WR Jr, Hammond DC, Strong T. Medical and psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 1986; 68:634-7.

## COMUNICADO AOS ASSOCIADOS E LEITORES

# FEBRASGO na Internet

Para informações e consultas temos à disposição quatro endereços eletrônicos:

[febrasgopresiden@uol.com.br](mailto:febrasgopresiden@uol.com.br)  
[secretaria\\_executiva@febrasgo.org.br](mailto:secretaria_executiva@febrasgo.org.br)  
[publicacoes@febrasgo.org.br](mailto:publicacoes@febrasgo.org.br)  
[tego\\_habilitacao@febrasgo.org.br](mailto:tego_habilitacao@febrasgo.org.br)

Home page: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)