

CLARISSA WALDIGE MENDES NOGUEIRA

**DETERMINANTES DA
SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL:**

**ANÁLISE DE ASPECTOS
CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS**

Tese de Doutorado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Medicina,
área de Tocoginecologia da Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do
Título de Doutor em Medicina, na área
de Tocoginecologia

ORIENTADOR: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

**UNICAMP
1998**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

N689d Nogueira, Clarissa Waldige Mendes
Determinantes da síndrome pré-menstrual:
análise de dados clínicos e epidemiológicos /
Clarissa Waldige Mendes Nogueira. Campinas,
S.P.: [s.n.], 1998.

Orientador: João Luiz Pinto e Silva
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Menstruação. 2. Ciclo menstrual. I. João
Luiz Pinto e Silva. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: CLARISSA WALDIGE MENDES NOGUEIRA

Orientador: Prof. Dr. JOÃO LUIZ PINTO E SILVA

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: / /

Dedico esta Tese ...

*... aos meus pais Bráulio e Alzira,
que me ensinaram justiça e afeto,
que sempre perdoam os meus defeitos
e aceitam minhas esquisitices.*

*... à Lenita,
que me cobre de orgulho,
pela qualidade do seu trabalho
e o embalo da sua música.*

*... à Líndia,
que inundou de uma nova luz a minha vida.*

Agradecimentos

Como todo trabalho científico este também é fruto de ação coletiva. Iniciando com a Dr^a Marilise Barros, que me deu a dimensão de suas possibilidades e orientações preciosas no seu desenrolar; O Dr. Djalma, de Carvalho Moreira Filho, que aclarou as necessidades estatísticas e o Dr. Antonio Ricardo Amarante, que fez realmente essa parte, com toda a paciência para minhas hesitações.

Agradeço ao Prof. João Luís, que já me havia guiado com segurança na tese de mestrado e aceitou, apesar das contradições, esta orientação. Sua contribuição foi inestimável, tanto por presença, na orientação metodológica segura, que faz com simplicidade, quanto por espírito capaz de desemaranhar o intrincado das tramas, a quem eu sentia interlocutor em todos os momentos da redação, que lhe deve toda a elegância do texto.

Ao Dr. Aloísio Bedone, que participou da elaboração do projeto de pesquisa e do questionário, assim como Prof. Hans Halbe e a Dr^a Regina Vicentini, que me deram alento em vários momentos; ao Dr. Luís Bahamondes, à Dr^a Lúcia Costa Paiva e ao Dr. Guilherme Ceccatti pela preciosa contribuição

metodológica. A todos os colegas e funcionários do Departamento de Tocoginecologia.

À bibliotecária da Maternidade de Campinas, Lúcia Soares de Oliveira e à Manuelina Diniz Martins Brito; a nossa querida Luzia Gonçalves de Aguiar, responsável pela biblioteca do CAISM, todas sempre gentis e dispostas. À Maria do Carmo Hakim Silva, que fez a primeira correção do texto, assim como o pessoal da ASTEC que, capitaneados pela Sueli Chaves, a Cylene, a Rosário, a Karla e o William, são peças fundamentais para a qualidade da produção científica do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP.

Agradeço também ao Dr. João Plutarco Rodrigues Lima que, com sua vasta cultura e experiência, ensejou-me o convívio com diferentes maneiras de pensar e ouviu minhas reflexões, permitindo que eu as desenvolvesse. Ao Igor, que trouxe uma contribuição humanística, à Tânia, que me ensinou muitas coisas e a todos os amigos que fazem a vida mais suave, e ajudam a entender o mundo.

O sofrimento não tem nenhum valor

não acende um halo em volta da sua cabeça

não ilumina canto algum da sua carne escura.

O sofrimento nos iguala aos ratos e baratas

que também, de dentro dos esgotos

querem estar contentes.

W. Maiacovsky

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ACTH	Adrenocorticotrophic hormone
AO	Anovulatório oral
CID	Classificação Internacional das Doenças
DIU	Dispositivo intra-uterino
DRF	Daily Rating Form
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E2	Estradiol
E	Estrogênio
EEG	Eletroencefalograma
EUA	Estados Unidos da América
FSH	Follicle Stimulating Hormone
GABA	Gama Aminobutiric Acid
GnRh	Gonadotrophin Release Hormone
HCG	Human Corionic Gonadotrophin
HDL	High Density Lipoprotein

IC	Intervalo de confiança
IMAO	Inibidor da Monoaminoxidase
LDL	Low Density Lipoprotein
LH	Luteinizant Hormone
LLDA	Late Luteal Disforic Alteracion
MAC	Método Anticoncepcional
MAO	Monoaminoxidase
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
P	Progesterona
PAF	Premenstrual Assesment Form
PG	Prostaglandina
PRL	Prolactina
REM	Rapid eye moviment
SNC	Sistema Nervoso Central
SPM	Síndrome Pré-menstrual
STPM	Síndrome da Tensão Pré-menstrual
TPM	Tensão Pré-menstrual
SAS	Statistical Analysis System
UNICAMP	Universidade de Campinas

Resumo

A Síndrome Pré-Menstrual é condição mal definida e mal compreendida, não havendo consenso na maioria dos seus aspectos. Com o objetivo de discutir seus determinantes, realizou-se estudo descritivo de corte transversal, sobre presença e intensidade de sintomas no período pré-menstrual em 254 mulheres. Foram identificados quatro grupos: as sem sintomas, que corresponderam a 13,8%; as com forma leve, 22,4%; as com forma moderada, totalizando 20,5% e as identificadas como forma grave, que foram 43,8%. Utilizando-se análise por regressão logística, *odds ratio* e testes de confiança constatou-se associação da forma grave com viver com companheiro, ter sido submetida à ligadura tubária ou não trabalhar fora. Quanto a idade, cor, qualidade do relacionamento conjugal, idade à primeira gestação e à menarca, uso de anticoncepcionais hormonais, atividade sexual e suas disfunções, gestações, abortamentos, uso de cafeína, tabagismo, escolaridade e renda não houve diferenças significativas. A forma grave foi mais prevalente nas mulheres que têm dismenorréia ou ciclo irregular. Os antecedentes de doenças psiquiátricas, hipertensão na gestação, asma,

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Resumo

1. Introdução.....	1
2. Antecedentes na Literatura.....	4
2.1. Definição e Caracterização.....	4
2.2. Incidência.....	8
2.3. Diagnóstico.....	9
2.4. Etiologia.....	11
2.5. Manifestações Clínicas.....	15
2.6. Algumas Teorias Propostas para Gênese da SPM.....	21
3. Objetivos.....	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
4. Casuística e Métodos.....	24
4.1. Desenho do Estudo.....	24
4.2. Seleção dos Sujeitos.....	24
4.3. Tamanho Amostral.....	25
4.4. Critérios de Inclusão.....	25
4.5. Critérios de Exclusão.....	25
4.6. Variáveis e Conceitos.....	26
4.7. Instrumento para Coleta dos Dados.....	29
4.8. Coleta e Processamento dos Dados.....	29
4.9. Análise dos Dados.....	30
4.10. Aspectos Éticos.....	30
5. Resultados.....	31
6. Discussão.....	50
7. Conclusões.....	81
8. Summary.....	83
9. Referências Bibliográficas.....	85
10. Bibliografia de Normatizações.....	103
11. Anexos.....	104

1. Introdução

A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) constitui peculiar desafio à ciência médica: um quadro volátil, polimorfo, que não se ajusta aos esquemas habituais de raciocínio clínico, agregando manifestações somáticas e psíquicas que surgem de modo variado e inconstante, para desaparecerem espontaneamente após alguns dias; uma patologia que não se define por sinais e sintomas, mas no tempo.

Quase todas as mulheres sofrem alguns distúrbios que sinalizam a proximidade da menstruação, passageiros, e que não chegam a trazer complicações maiores que um ligeiro desconforto. Há algumas, no entanto, que padecem de intensos sofrimentos, apresentando quadros depressivos ou de agressividade que duram dois a dez dias e têm profundo impacto negativo em sua vida doméstica, profissional e social.

A ocorrência de eventos que passam até despercebidos, como diminuição da coordenação motora, por exemplo, pode ter dimensão muito relevante, pois deixam a mulher sujeita a sofrer e causar acidentes.

A pouca especificidade dos sintomas, sua curta duração e os preconceitos em torno do quadro fazem com que, excepcionalmente, as mulheres procurem serviços de saúde por esse motivo. Muitas vezes o problema nem chega a ser reconhecido, tanto pelas pacientes quanto pelos profissionais, que atribuem os sintomas a problemas existenciais, desvios psicológicos, fraquezas da personalidade ou até distorções de caráter.

Há algumas questões teóricas subjacentes ao entendimento da Síndrome Pré-Menstrual. A mais importante refere-se a sua própria existência, como entidade distinta ou expressão de processos subclínicos, que se manifestam em fase determinada do ciclo. Também se discute sua natureza, se orgânica ou psíquica. Se psíquica, como explicar sintomas físicos tão exuberantes, inexistentes nas outras doenças congêneres? Se biológica, como atinge sistemas tão diferentes como o digestivo, genital, urinário ou nervoso e com tanto impacto sobre comportamento e emoções?

Revisão da literatura médica latino-americana de 1980 a 1993 coligiu 43 artigos relativos ao tema, 30 deles em revistas brasileiras, sendo destacado que a falta de uma definição precisa permeia quase todos os trabalhos, que a maioria dos autores propôs-se a uma revisão de literatura ou a uma reflexão teórica, havendo alguns poucos que têm finalidade de discorrer sobre sintomatologia, tratamentos e estudo de casos. Também se discutem aspectos epidemiológicos, com dados discrepantes, sendo a etiologia a temática mais controversa. Todos os investigadores consideram que estão diante de um problema complexo, obscuro, misterioso, curioso e enigmático, com causas

desconhecidas (MARINELLI, 1997).

Apesar do grande número de publicações, os fatores de risco, as condições que propiciam o desencadeamento do problema e o perfil das mulheres atingidas ainda não estão bem definidos, especialmente em nosso meio. Defini-los poderia fornecer as bases teóricas para estudos orientados, razão pela qual foi proposto este tipo de avaliação como passo inicial de investigação nessa área.

2. Antecedentes na Literatura

*"Ó pavoroso mal de ser sózinha
Ó pavorosos mal de ter
Tantas almas a rir dentro da minha."*

Florbela Espanca, 1996.

2.1 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

Para a definição da SPM, a maioria dos autores reporta-se aos sintomas que surgem ciclicamente no período pré-menstrual, a fase lútea ou segunda metade do ciclo. Conforme DALTON (1984), é um complexo de sintomas que surgem nos 10 a 14 dias pré-menstruais e desaparecem com o início do fluxo, só caracterizando doença se afetarem o dia-a-dia da mulher, com alterações nas esferas do trabalho e relacionamentos, quadro diverso do "Desconforto Pré-Menstrual", experimentado pela imensa maioria das mulheres.

A definição da Síndrome, portanto, é bastante complexa, pois envolve conceitos temporais, quantitativos e de efeito, além do conceito utilizado tradicionalmente em Medicina para a definição de síndrome: "um estado mórbido caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que pode ser produzido por mais de uma causa". Na maioria das vezes os autores enfatizam

apenas um ou outro aspecto, o que gera profundas contradições na literatura.

A fluidez do quadro manifesta-se desde a denominação: ao descrevê-lo, FRANK, 1931¹ o nomeou Tensão Pré-Menstrual, ainda em uso, especialmente na forma abreviada TPM. Introduzido pela primeira vez na IX^a versão da Classificação Internacional das Doenças (CID), capítulo das Doenças do Aparelho Geniturinário, como Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (OMS, 1978), na X^a foi incluído também entre os transtornos mentais o item Distúrbio Disfórico da Fase Lútea Tardia (OMS, 1989). Nas catalogações bibliográficas e artigos científicos predomina Síndrome Pré-Menstrual, proposto por DALTON ao questionar a valorização apenas de aspectos tensionais da denominação inicial (DALTON, 1953²; MENDONÇA, DESLANDES, CARVALHO, 1989).

Diante de relatos de sintomas semelhantes no período ovulatório, em mulheres histerectomizadas e na pós-menopausa, alguns configuram quadros mais gerais, tendo sido cunhadas as expressões Síndrome Ovariana Cíclica ou da Tensão Cíclica, e ainda Sintomas Relacionados aos Hormônios Sexuais, abrangendo também a depressão e psicose puerperais (BÄCKSTRÖN, BOYLE, BAIARD, 1981; RUBINOW e cols., 1985; COULSON, 1986; HARLOW, 1991b; KLOCK, 1992).

Os profissionais de saúde mental utilizam Alterações Disfóricas da Fase Lútea Tardia (LLDA), Desordem Disfórica Pré-Menstrual, Mudanças Pré-

¹ FRANK, 1931 apud ALMEIDA, A M.M. - Transtorno disfórico pré-menstrual: entidade distinta ou comorbidade? **Ver. Psiquiatr. Clin.**, 23:59-68, 1996.

² DALTON, 1953 apud AUGUSTO, N. & URBANETZ, A A. - Síndrome de tensão pré-menstrual. **Femina**, 13:682-90, 1985.

Menstruais e Disforia da Fase Pré-Menstrual ou da Fase Lútea Tardia, além da forma catalogada no CID (HALBREICH, ENDICOTT, LESSER, 1985). Para a caracterização da doença, a AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) exige a presença de pelo menos cinco sintomas, um necessariamente do tipo emocional, que provoquem desconforto suficiente para comprometer a execução de atividades ou interfiram no relacionamento interpessoal, incidam na fase lútea da maioria dos ciclos, remitindo na fase folicular e confirmados através de registros diários durante dois ciclos sintomáticos (PIRES & CALIL, 1991).

Existe ainda o termo *molime* ou *molimen*, definido medicamente como um "complexo de sintomas de intensidade variável, cíclico, geralmente na segunda fase do ciclo menstrual", mas que no léxico significa o conjunto de esforços que se desenvolvem para a realização de uma função, o que pode, de certo modo, ter a mesma dimensão simbólica.

Frank, ao descrever o quadro, já fazia distinção entre as mulheres que têm sintomas apenas durante a fase lútea, hoje denominada SPM pura ou típica, daquelas que têm um quadro de exacerbação ou magnificação, grupo com sintomas sempre presentes, que pioram na segunda metade do ciclo (HARLOW, 1991a; MITCHELL, WOODS, LENTZ, 1994; WOODS e cols., 1994; ALMEIDA, 1996). MASSIL & O'BRIEN (1987) sugeriram denominá-los SPM primária, a forma típica, e secundária, se os sintomas, embora atenuados, não estão ausentes após a menstruação. A retomada dessa diferenciação tem norteado os trabalhos da década de 90.

MORTOLA (1992), em relação à época de vigência, definiu um padrão em que os sintomas aumentariam gradualmente, para desaparecerem abruptamente com o início da menstruação e outro em que a resolução seria mais lenta, persistindo durante a fase folicular. Haveria ainda mais dois tipos, com sintomas severos apenas em alguns dias da fase lútea ou em períodos distintos: por volta da ovulação e logo antes da menstruação. Para ele a caracterização da severidade dá-se pelo menos quatro dos seguintes critérios: confirmação pelo parceiro de brigas, distúrbios de comportamento com crianças, performance prejudicada na escola ou trabalho, isolamento social, dificuldades legais, idéias suicidas ou busca de atenção médica para algum sintoma somático.

HARGROVE & ABRAHAM (1982) definiram, conforme a manifestação principal, quatro grupos, denominados:

- A.** ansiedade, irritabilidade ou tensão nervosa
- H.** edema, dores abdominais, mastalgia e ganho de peso
- C.** cefaléia, podendo ser acompanhada de aumento de apetite, desejos de doces, fadiga, palpitação e tremores
- D.** o quadro depressivo é preponderante, com insônia, choro fácil, esquecimento e confusão

Cada um deles estaria relacionado a fatores desencadeantes diferentes.

2.2 INCIDÊNCIA

As taxas de incidência apresentam variações difíceis de serem comparadas, como consequência da diversidade e dubiedade das definições. Autores afirmam que 70% a 90% das mulheres apresentam sintomas recorrentes, com 20% a 40% relatando algum grau de incapacidade física ou mental temporária (REID & YEN, 1981; VITIELLO, 1985), mas são poucos os levantamentos metodologicamente adequados para sustentar esses números.

FRIEDMANN & JAFFE (1985), estudando um grupo de 384 voluntárias, encontraram apenas 5% sem qualquer sintomatologia. Na Suécia, estudo randomizado envolvendo mais de 1.000 mulheres de 18 a 46 anos detectou queixas pré-menstruais em aproximadamente 92% (ANDERSCH e cols., 1986), enquanto que em outro, 25% das mulheres entre 18 e 45 anos não relatavam qualquer mudança, quase 30% experimentavam variações de humor e 3% quadros severos (BÄCKSTRÖM, 1992).

Pesquisa entre alunas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas encontrou 77,7% relatando algum desconforto pré-menstrual, com 6,8% qualificando-o de severo (CAMARGO, 1990), enquanto que, entre mais de 1.000 clientes da clínica ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, de dez a 49 anos, com ciclos regulares e sem uso de hormônios, 29% apresentavam sintomas moderados ou graves e 7,9% quadros severos (DIEGOLI e cols., 1994).

2.3 DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico faz-se necessário o estabelecimento da concomitância com o ciclo e da gravidade que define o quadro. Não há uniformidade de definições nem padrões internacionais estabelecidos. A maior dificuldade é a natureza subjetiva dos sintomas e mesmo os mais dimensionáveis, como o edema, por exemplo, não têm uma relação direta com desconforto. A diferenciação das formas clínicas assenta-se nos dados fornecidos, podendo a gradação ser acentuada ou atenuada por fatores externos, por situações peculiares de vivência, além de aspectos cognitivos, sociais, culturais, ou até mesmo de opinião.

A SPM figura nos manuais com uma exigência ímpar na nosologia médica: a confirmação do diagnóstico através de auto-avaliações diárias, durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. Não são bem explicitados os critérios que devem ser utilizados para a confirmação prospectiva (ALMEIDA, 1996). Vários autores desenvolveram modelos de questionários e calendários de sintomas e enfatizam a não-aceitação da percepção da paciente, o relacionamento que ela faz de suas crises com o ciclo (SMITH & SCHIFF, 1989; CHIHAI, 1990; HARLOW, 1991a).

O Premenstrual Assessment Form (PAF) é um complexo questionário exclusivo para essa patologia, que combina escalas aplicadas em diferentes períodos do ciclo. Outro instrumento é a *Daily Rating Form* (DRF), com 20 ítems abrangendo alterações de humor, de comportamento e físicas: a mulher dá nota para seus sintomas diariamente, registrando a ocorrência de eventos que possam

afetar o seu estado físico ou emocional e, ao final, são comparados os valores dos cinco dias anteriores e posteriores à menstruação. Se houver variação maior que 30%, configura-se a doença (HALBREICH e cols., 1982; CUMMING e cols., 1991).

Há também críticas a esse modelo de diagnóstico prospectivo, porque a monitorização dos sintomas poderia exercer efeito artificial na sua expressão. Segundo GISE (1987), ao preencher o diário haveria tendência a anotar mais sintomas e exagerar sua gravidade. A análise de um grupo de mulheres em busca de tratamento revelou que, quando confrontadas com uma lista preparada de sintomas, selecionavam muitos mais do que tinham reportado espontaneamente (GOTTS, MORSE, DENNERSTEIN, 1995). Todavia, em grupo semelhante analisado por CHRISTENSEN & OEI (1995), mulheres com quadro prospectivamente confirmado não foram mais sintomáticas.

Para BACKSTRÖM (1992) a discrepância entre os dados retrospectivos e prospectivos seria da ordem de 40%; todavia, há trabalhos que defendem a fidelidade e validade dos relatos retrospectivos, como o realizado em um grupo de pacientes que preencheu quatro escalas de auto-avaliação: a inicial retrospectiva; duas prospectivas diárias, por dois ciclos e, por último, outra retrospectiva. Houve notável correlação entre os valores da primeira prospectiva e o questionário inicial, e do segundo ciclo e o questionário final (HART, COLEMAN, RUSSELL, 1987).

Por outro lado, MASSIL & O'BRIEN (1987) constataram queda de 50% na intensidade dos sintomas no primeiro ciclo de registro diário, em relação ao

relato retrospectivo inicial, com retorno ao basal no segundo ciclo, alertando que esse fato provocaria resultados equivocados em testes terapêuticos.

2.4 ETIOLOGIA

Desde a Antigüidade há preocupação em explicar as perturbações relacionadas ao ciclo menstrual. No tratado "As doenças das Virgens", discípulos de Hipócrates afirmavam que a retenção do sangue menstrual poderia provocar alterações de comportamento, delírios, alucinações e idéias suicidas (ALMEIDA, 1996).

Há várias hipóteses atribuindo a gênese a um desequilíbrio orgânico. Muitas alterações bioquímicas foram detectadas em alguns ensaios e questionadas em outros, já tendo sido dito que a maior divulgação e aceitação de algumas teorias nessa área não implicam, necessariamente, em maior embasamento científico (MARINELLI, 1997). Estas teorias são objeto de inúmeras publicações de revisão e as mais conhecidas estão listadas no Quadro I.

Diante de um quadro teórico confuso configuram-se hipóteses que propõem a existência de mecanismos múltiplos, conforme o sintoma predominante: se ansiedade, haveria preponderância de ação estrogênica, com estimulação do sistema nervoso central (SNCl); se mais relacionados à retenção hídrica seriam conseqüentes à elevação de ACTH, angiotensina II e aldosterona. A cefaléia seria decorrente de deficiência de magnésio, do aumento da tolerância aos carboidratos, ou da síntese deficiente de prostaglandinas. No grupo com depressão também

haveria deficiência de magnésio, o que aumentaria a sensibilidade ao estresse, com conseqüente secreção de androgênios mediada pelo ACTH, e depressão do SNC (HARGROVE & ABRAHAM, 1982; CLARE, 1985).

As contradições em encontrar-se uma alteração consistente levaram pesquisadores a sugerir que a SPM se desenvolveria em um contexto de função ovariana normal, tendo os esteróides gonadais papel apenas sensibilizador, representando, desse modo, uma resposta anormal a eventos endócrinos normais e não uma resposta a uma irregularidade endócrina (RUBINOW e cols., 1985; RUBINOW & SCHMIDT, 1995).

A existência de um mecanismo reprodutivo de funcionamento cíclico tem, realmente, um impacto na biologia feminina que se estende por diversos tecidos, órgãos e sistemas e intervêm em vários processos fisiológicos, tais como:

? Resposta imunitária	? Ritmo do sono	? Força muscular
? Função tireoidiana	? Queratinização da pele	? Cicatrização
? Resposta ao frio	? Movimentos peristálticos	? Temperatura basal
? Metabolismo da glicose	? Metabolismo do cálcio	? Absorção de Álcool
? Metabolismo de lípidos	? Processos cognitivos	

(JOHNSON, 1987; BATES, GARZA, GARZA, 1990)

Outros processos podem estar implicados e muitas dessas alterações poderiam ser relacionadas ao desencadeamento da SPM, como as do **metabolismo glicêmico**, por exemplo já tendo sido descrito desde o início do século, alterações da tolerância à glicose, com tendência à hipoglicemia no período pré-menstrual (DIAMOND, SIMONSON, DE FRONZO, 1989). Demonstrou-se que

os receptores de insulina nos monócitos circulantes normalmente caem pela metade durante a fase lútea (DE PIRRO e cols., 1978).

Há teorias relacionando a SPM aos **peroxilipídeos**, sendo que os níveis de colesterol têm mais variações em mulheres. Extensa revisão da literatura não comprovou relação nítida dessas modificações com o ciclo menstrual, havendo aumento médio de 12% no nível de HDL nos períodos menstrual e da ovulação, além de níveis de triglicérides e LDL transitoriamente maiores no período ovulatório, ao redor de 9% e 11% respectivamente (LYONS-WALL e cols., 1994).

Há indícios de diminuição da **resistência orgânica** na fase pré-menstrual, que facilitaria o desenvolvimento das infecções herpéticas e monilíase vaginal de repetição, bastante descritas nessa fase (FRIEDMANN & JAFFE, 1985). Sabe-se que a atividade da interleucina I é aumentada depois da ovulação, bem como a dosagem plasmática do 5-alfa-androstenediol glicuronídeo, o que redundaria em diminuição na capacidade de fagocitar agressores (BOGGESS, WILLIAMSON, HOMM, 1990). Esse fato poderia ter importante significado prático, como por exemplo, a escolha do melhor momento para cirurgias eletivas.

Acredita-se que o **interesse sexual** sofra modificações durante o ciclo e muitos inferem que, à semelhança dos animais, seria mais intenso no período ovulatório, decaindo em seguida, por mecanismo biológico de estímulo à reprodução. Entretanto, o acompanhamento de 150 mulheres com SPM e 18 voluntárias, com relatos diários e determinação de estrógenos e pregnanediol urinários, observou variações nos dois grupos, que não se correlacionaram com

qualquer fase determinada do ciclo, nem com os níveis hormonais, mas que eram diretamente associadas com sentimentos de bem-estar (DENNERSTEIN e cols., 1994).

Durante a fase lútea muitas mulheres evacuam com dificuldade e têm **trânsito intestinal** retardado, com fezes amolecidas e mais freqüentes por ocasião do fluxo. Essas mudanças seriam relacionadas ao controle do peristaltismo, tendo sido descartado que ocorram alterações da fisiologia anorretal em estudo que não detectou mudanças nas medidas da sensibilidade retal, motilidade induzida por distensão, complacência ou volume requerido para induzir relaxamento do esfíncter anal interno (JACKSON e cols., 1994).

As profundas mudanças impostas pela atividade reprodutiva à fisiologia feminina também puderam ser sentidas na análise de um grupo de mulheres jovens, com ciclo regular e sem queixas pré-menstruais, que constatou sono com ondas lentas muito pequenas por toda a segunda fase e diminuição da latência dos movimentos oculares rápidos (REM) na fase lútea média, acompanhada de aumento na porcentagem de sono REM (ARMITAGE & YONKERS, 1994). Segundo READING (1992) há também mudanças na **esfera cognitiva** no decorrer do ciclo, sem diferenças entre mulheres com ou sem SPM.

2.5 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Já foram catalogados mais de 150 sintomas relacionados à Síndrome Pré-Menstrual. BUDOFF (1983), procurando organizá-los, classificou-os em:

- ? *Psicológicos* - ansiedade, irritabilidade ou hostilidade, depressão, acessos de pranto, distúrbios do sono, tensão nervosa, agitação, dificuldade de concentração.
- ? *Neurológicos* - dores de cabeça, vertigens, desmaios.
- ? *Mamários* - mamas inchadas, sensíveis e doloridas.
- ? *Gastrointestinais* - prisão de ventre, distensão abdominal, espasmo, desejo compulsivo de doces ou outros alimentos.
- ? *Urinários* - urinar com menos frequência.
- ? *Dermatológicos* – acne, seborréia.
- ? *Outros* - aumento do apetite e sede, fadiga, edema de extremidades.

As alterações emocionais são as mais frequentes, sendo irritabilidade o sintoma preponderante, que provoca sofrimento e conseqüências mais funestas à vida familiar e social, pois pode degenerar em acessos de fúria, geralmente terminando em profusa crise de choro. O estudo sueco já citado constatou irritabilidade moderada em 31% e severa em 3% das mulheres (ANDERSCH e cols., 1986).

Os sintomas físicos também são extremamente comuns, como o **edema**, documentado na fase pré-menstrual em mais de 92% das mulheres no estudo acima, mesmo entre algumas que negavam desconforto (ANDERSCH e cols., 1986). Há autores que apregoam sua relação íntima com alterações de humor (FRIEDMAN & JAFFE, 1985) ou ainda, que estaria vinculado à gênese das outras alterações, resultando em dores e diminuição da coordenação motora ao atingir as articulações, pernas pesadas e doloridas, quando nos membros inferiores ou cefaléia por edema cerebral (FERRIANI, PHILBERT, DUARTE, 1984).

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 tenha sido considerada indicadora de perigo, GOODWIN e cols. (1995) constataram, após controlado o efeito de outros fatores de risco, maiores índices de sensibilidade mamária pré-menstrual em doentes com câncer de mama.

A queixa de **cefaléia** também é muito freqüente na fase pré-menstrual, acreditando-se que o estrogênio estimularia a produção de adrenoceptor na vasculatura, bloquearia a recaptção da serotonina e inibiria a enzima de degradação da MAO, produzindo vasodilatação, pela liberação de peptídeos vasoativos (DIGRE & DAMASIO, 1987). A cefaléia pode ser um sintoma inespecífico, que acompanha vários processos patológicos, ou constituir-se em entidade diferenciada: a chamada **enxaqueca menstrual**, que incide na semana anterior ou durante a menstruação, e corresponde a 8% das enxaquecas, também é atribuída a distúrbio da transmissão serotoninérgica, tendo sido constatada queda nos níveis de 5-hidroxitriptamina nas plaquetas no início do quadro (RASKIN, 1991).

Da mesma forma, várias patologias sofrem agravamento ou desencadeamento de crises no período pré-menstrual e poderiam estar relacionadas com a SPM . Entre os processos sob essa influência citam-se:

? Epilepsia

? Enxaqueca

? Asma

? Acne

? Alergias

? Alergia endócrina

? Angina	? Herpes genitais	? Artrite reumatóide
? D. psiquiátricas	? Úlceras aftosas	? Dermatite atópica
? Angioedema hereditário	? Psoríase	? Líquen plano
? Dermatite herpetiforme	? Rosácea	? Porfirias
? Micose fungóide	? Miastenia gravis	? S. Behcet
? Varizes	? Anafilaxia	? Lupus
? Dermatite aftosa	? Distúrbios do sono	

(JOHNSON, 1987, BOGESS e cols., 1990)

O estudo dessas doenças poderia facilitar o entendimento da SPM, assim como o esclarecimento de mecanismos do ciclo reprodutivo poderia colaborar no controle dessas patologias.

O curso da **epilepsia**, por exemplo, mostrou, em várias séries, estreita relação com fases do ciclo (GUERREIRO, 1989). Pacientes com EEG ou tomografia de crânio anormais mostraram mais crises pré-menstruais, sendo sugerido que os hormônios femininos alteram a excitabilidade cerebral se há patologia de base (GUERREIRO & RAMOS, 1991). Os estrogênios têm propriedades "epileptogênicas", enquanto a progesterona protege contra crises, sendo consistentes os relatos de melhora na fase lútea média, precipitando-se ataques quando se inicia a falência do corpo lúteo ou níveis de estrogênios começam a elevar-se (MATTSON & CRAMER, 1985).

Outra patologia com nítida relação com o ciclo é a **asma**, com mais de 40% das doentes experimentando piora pré-menstrual (GIBBS e cols., 1984;

ELIASSON, DENSMORE, DEGRAFF 1986). Há indícios de que as mulheres têm maior sensibilidade de resposta beta 2-adrenoceptor sistêmica durante a fase lútea (HANLEY, 1981; WHEELDON e cols., 1994). No entanto, não há nada conclusivo com relação ao papel dos esteróides sexuais ou prostaglandinas (ELIASSON, DENSMORE, SCHERZER, 1987). Como a progesterona (P) diminui a contratilidade do músculo liso, sua ação no esôfago poderia ter importância no desencadeamento dos quadros relacionados ao refluxo gastroesofágico (BOGGESS e cols., 1990).

Há também relatos de piora pré-menstrual de **doenças dermatológicas** como acne, psoríase, lupus, dermatite atópica, líquen plano, rosácea, dermatite herpetiforme ou aftosa, angioedema hereditário e micose fungóide, sendo também descrita dermatite auto-imune por progesterona. Na acne, muitas pacientes têm maiores níveis de testosterona ou conversão aumentada para deidrotestosterona, mais ativa na unidade pilossebácea, sendo que os níveis de prolactina (PRL) também podem estar aumentados. Na dermatite atópica, mais de 33% das pacientes apresentam piora pré-menstrual e a gestação também tem efeito adverso, observado em 52% dos casos, mas 24%, ao contrário, melhora (KEMMETT & TIDMAN, 1991).

As taxas de **depressão** são muito baixas antes da puberdade e igual entre os sexos, mas por volta dos 14 anos, a feminina torna-se progressivamente mais alta, até os 34 ou 35 anos, quando a incidência de primeiros episódios diminui (WEISSMAN, 1997). Nos EUA, extenso levantamento mostrou incidência de doença mental duplicada nas mulheres, com pico entre 30 e 44 anos, faixa em que

a prevalência de depressão chega a 11,5%, sendo que 21% das mulheres terão pelo menos um episódio depressivo em sua vida (YONKERS & CHANTILIS, 1995).

Além de depressão, mulheres têm mais síndrome do pânico, fobias, doença obsessivo-compulsiva, somatização, ansiedade e desordens do apetite, sendo essa maior vulnerabilidade atribuída a fatores hormonais (PAYKEL & PRIEST, 1992; STEINER, 1992). É comum a ocorrência de exacerbação pré-menstrual dessas patologias, sendo registrado aumento nas internações por depressão (ALMEIDA, 1996) e casos de psicose recorrente nessa fase (LOVESTONE, 1992).

Essas constatações levam alguns a considerar a SPM uma doença exclusivamente psíquica; todavia, tal asserção é contraposta aos dados biológicos acumulados. Estudos constataram menores índices de neuroticismo e de incidência de história psiquiátrica anterior em grupos com SPM típica, quando comparadas às mulheres sem sintomas ou com exacerbação de patologia de base (HAMMÄRBACK & BÄCKSTRÖM, 1989; HARLOW, 1991a). Dessa maneira, quando não fosse feita a diferenciação das pacientes sintomáticas, casos com doença psiquiátrica franca seriam identificados como SPM, provocando erros na interpretação dos resultados (WEST, 1989).

Alterações do sono também têm frequência dobrada em mulheres, especialmente dos 20 aos 60 anos (REIMÃO, 1993). Estão descritos três tipos de alterações relacionadas ao ciclo ovárico: a insônia pré-menstrual, a insônia menopausal e a hipersonia pré-menstrual. Publicação recente descreveu a parasonia

pré-menstrual, uma desordem caracterizada por terrores e sonambulismo e confirmada na polissonografia (SCHENK & MAHOWALD, 1995).

A exacerbação dessas patologias reafirma a importância da ciclicidade reprodutiva para a biologia feminina, produzindo maior vulnerabilidade física e psíquica na segunda fase do ciclo. Sabe-se também que tem impacto positivo, como por exemplo, a proteção cardiovascular durante a menacme, que se busca manter com a terapia de reposição hormonal na pós-menopausa. Também há indícios de impactos nos processos de degenerescência, em cujo desvendar a Medicina está dando alguns passos, que forjam novos caminhos para a pesquisa e a prática médica.

A análise crítica de aspectos clínicos e epidemiológicos da SPM pode contribuir para a racionalidade de um assunto tão eivado de paixões, com implicações no papel da mulher frente a si mesma, mas também na própria condição humana perante a natureza e a construção do mundo.

2.6 ALGUMAS TEORIAS PROPOSTAS PARA GÊNESE DA SPM

Produção excessiva de estrogênios	BÄLKSTRÖM e cols., 1981; HAUSSON e cols., 1989; REDEI & FREEMAN, 1995.
Diminuição de progesterona ou relação aumentada E/ P	DALTON, 1984; WATTS e cols., 1985; SHAHARA e cols., 1991; CERIN e cols., 1993.
Aumentos de andrógenos ou cortisol ou ACTH diminuído	WATTS e cols., 1985; STRICKLER, 1987; BURNET e cols., 1991; REDEI & FREEMAN, 1995.
Hiperprolactinemia	BUDOFF, 1983, 1987; ATILA, 1987; MISEY, 1987.
Hiperaldosteronismo	GRAY e cols., 1968; CERIN e cols., 1993.
Níveis aumentados de FSH	BUTT e cols., 1983; COULSON, 1986.
Perfil circadiano de melatonina	PARRY e cols., 1990.
Doenças da tireóide ou da liberação do TSH	HALL, 1983; SCHMIDT, KAHN, RUBINOW, 1987; ROY-BYRNE e cols., 1987b.
Alterações nos peroxilipídeos	CERIN e cols., 1993
Alterações de Cálcio ou Paratormônio	LEE & KANIS, 1994; THYS-JACOBS & ALVIR, 1995.
Depleção de Magnésio	POSACI e cols., 1994; ROSENSTEIN e cols., 1994.
Alteração relação Zinco-Cobre	POSACI e cols., 1994; CHUONG & DAWSON, 1994
Alterações na glicemia	DIAMOND e cols., 1989.
Ingestão de alto teor de açúcar	CHUONG & DAWSON, 1994; ROSSIGNOL & BOUNLANDER 1990; JOHSON, CARR-NAGLE, BERGERON, 1995.
Deficiência de folatos, B6, B12	ABOU-SALEH & COPPEN, 1986.
Queda do nível de opióides endógenos	RAPKIN e cols., 1989; TULEINHEIMO e cols., 1987; CHUONG, HSI, GIBBONS, 1994; SHAARA e cols., 1991;
GABA aumentado	HALBREICH e cols., 1996;
Alteração de prostaglandinas	DAWOOD, 1990.
Deficiência de Melatonina	CLARE, 1985

3. Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Contribuir para a compreensão dos determinantes da Síndrome Pré-Menstrual, através da análise de dados clínicos e epidemiológicos.

3.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar a frequência e as formas clínicas de SPM.
2. Analisar a associação de características como idade, cor, padrão do ciclo menstrual, gestações, abortamentos, idade à menarca e à primeira gestação com a SPM.
3. Analisar a associação de SPM com atividade sexual e suas disfunções e o método anticoncepcional em uso.
4. Analisar associação de SPM com hábitos como tabagismo e ingestão de produtos cafeinados.

5. Analisar a associação de SPM com estado marital, qualidade do relacionamento com o companheiro, trabalho, renda e escolaridade.
6. Analisar a associação entre SPM e dismenorréia.
7. Avaliar os quadros clínicos exibidos pelas mulheres com formas graves, sua duração, época de aparecimento e busca de tratamento.
8. Analisar a associação de SPM com doenças, como: hipertensão na gestação, asma, epilepsia, alergias, artrites, calculose renal e doenças psiquiátricas.
9. Avaliar os danos resultantes dos sintomas, percebidos pelas pacientes com formas graves.

4. Casuística e Métodos

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este foi um estudo descritivo do tipo corte transversal realizado em mulheres em idade reprodutiva que se encontravam em serviços de saúde para atendimento ginecológico de rotina, não-ginecológico ou acompanhantes de pessoa a consulta.

4.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Os sujeitos foram selecionados entre mulheres que aguardavam consulta na sala de espera do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e do Posto de Saúde da Vila Costa e Silva, no município de Campinas, no período de abril a novembro de 1992.

4.3 TAMANHO AMOSTRAL

Dados de literatura mostram grande discrepância na frequência de sintomas pré-menstruais na população feminina, oscilando entre 5% a 80%. Utilizando-se como parâmetro os estudos de ROSSEINSKY & HALL, 1974, que constatarem 15% de quadros severos, a amostra deveria conter 194 casos para uma margem de erro alfa de 0,05 e beta de 0,2 (KAHN & SEMPOS, 1989).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres de 20 a 44 anos, que estavam na sala de espera dos serviços de saúde no dia escolhido para a pesquisa, para consulta ginecológica de rotina, atendimento não-ginecológico ou acompanhamento de familiares.

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- ? Queixas ginecológicas, exceto corrimentos ou busca de método anticoncepcional.
- ? Problema de saúde que comprometesse o estado geral ou o bem-estar físico da paciente no momento da entrevista.
- ? Amenorréia há mais de seis meses.
- ? História anterior de histerectomia.
- ? Gravidez.

4.6 VARIÁVEIS E CONCEITOS

4.6.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

PRESENÇA DE SPM, classificada em:

- ? *NÃO* - Mulheres que negaram a presença de sintomas no período pré-menstrual.
- ? *LEVE* - Entrevistadas que relataram um ou mais sintomas no período, graduados como leves ou moderados.
- ? *MODERADA* - Mulheres que referiram um ou mais sintomas intensos, mas não identificaram danos em sua vida pessoal, familiar ou de relacionamentos.
- ? *GRAVE* - Mulheres que identificaram pelo menos um sintoma como intenso, causando danos a sua vida.

4.6.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- ? *IDADE* - Anos de idade completos no momento da entrevista.
- ? *COR* - Avaliação pelo pesquisador de cor *branca* ou *não-branca*.
- ? *ESTADO MARITAL* - As mulheres que descreveram seu estado conjugal como casadas ou amasiadas foram consideradas *com companheiro*; as solteiras, separadas e viúvas, incluídas no grupo *sem companheiro*.
- ? *RELACIONAMENTO COM O COMPANHEIRO* - Como sente o relacionamento com seu companheiro, se *bom* ou *ruim*.

- ? *IDADE À MENARCA* - Anos de idade completos em que teve a primeira menstruação.
- ? *REGULARIDADE DO CICLO MENSTRUAL* - Considerado *regular* se a variação média de dias entre o início de uma menstruação e a seguinte for de 23 a 37 dias, quantidade de fluxo normal e dias de sangramento entre três a sete dias. Em qualquer outra situação, considerado *irregular*.
- ? *GESTAÇÕES* - Se já teve alguma gestação anteriormente: *sim* ou *não*.
- ? *IDADE À PRIMEIRA GRAVIDEZ* - Anos de idade completos ao engravidar pela primeira vez.
- ? *ABORTOS* - Número de perdas gestacionais até 20 semanas de gravidez.
- ? *ATIVIDADE SEXUAL* - Se exercia atividade sexual ao tempo da entrevista, ou nos últimos três meses, *sim* ou *não*.
- ? *DISFUNÇÃO SEXUAL* - Se declarou sentir desejo sexual e orgasmo freqüentes foi considerada *sem* disfunção; em qualquer outra situação considerada *com* disfunção.
- ? *USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS* - Método para evitar a gravidez em uso no momento da entrevista, podendo ser: *não usa*; *hormonal*: se usa anticoncepcional oral ou injetável; *laqueadura* e *outros*: se declarou usar DIU, coito interrompido, vasectomia ou condom.
- ? *TABAGISMO* - Uso de cigarros de papel, corda ou fumo e quantidade diária, podendo ser: *não fuma*; *até dez cigarros por dia* e *mais de dez cigarros por dia*.

- ? *USO DE CAFEINADOS* - Hábito de uso de produtos ricos em cafeína, como chás e café, podendo ser *não*; *pouco*: se consome até três xícaras médias por dia e *muito*: se mais que isso.
- ? *TRABALHO FORA* - Se exerce exclusivamente tarefas domésticas foi classificada como *não*; nas outras situações, como *sim*.
- ? *RENDA FAMILIAR* - Composta por ingressos de todos que moram na casa, em salários mínimos, dividida em: *até quatro*, *de cinco a dez*, *mais de dez salários*.
- ? *ESCOLARIDADE* - Anos completos cursados na escola regular, classificados em: *até quatro anos*, *de cinco a oito anos* e *mais de oito anos*.
- ? *DANOS CAUSADOS PELOS SINTOMAS* - O que a paciente percebe como prejuízo causado pela existência da sintomatologia, configurado como: *perda de dia de trabalho*, *dificuldade em realizar tarefas*, *deterioração de relacionamentos* e outros.
- ? *INÍCIO DOS SINTOMAS* - Número de dias antes do início da menstruação em que se iniciam os sintomas relatados.
- ? *ÉPOCA DE INÍCIO* – Descrever desde quando percebe os sintomas.
- ? *DOENÇAS* - Se apresenta ou já apresentou algum dos quadros: *alergias*, *calculose renal*, *asma*, *pressão alta na gravidez*, *artrite*, *ataques*, *desmaios*, *crise nervosa ou depressão*, que necessitou de tratamento médico ou internação.
- ? *DISMENORRÉIA* - Relato de sentir sintomas no período menstrual, *sim* ou *não*, podendo ser cólicas, dor de cabeça, enjôos, diarreia ou outro, sendo *intensa* se algum sintoma graduado como muito, ou então *leve*.

4.7 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Foi utilizada uma ficha para coleta de dados especialmente elaborada, pré-testada, preenchida em entrevista pessoal realizada pelos pesquisadores diretamente com as pacientes, em local reservado (ANEXO 1).

4.8 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e uma entrevistadora voluntária, profissional de enfermagem da rede de saúde e do HC da UNICAMP, com longa experiência em atenção à mulher, submetida a treinamento específico. As mulheres foram abordadas na sala de espera de um dos serviços selecionados e inquiridas sobre o motivo da consulta e aceitação em responder ao questionário, sendo informadas dos objetivos e da desvinculação do atendimento que esperavam. Após concordância verbal buscava-se local que permitisse manter a privacidade. Os questionários foram revisados pelo autor e os dados digitados em arquivo codificado no programa d Base, limpos, realizada a consistência e analisados utilizando o sistema SAS (SAS INSTITUTE, 1992).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise utilizaram-se as seguintes técnicas estatísticas baseadas em GRIZZLE, STARMER & KOCK, 1969; AGRESTI, 1990; STOKES, DAVIS & KOCK, 1995:

- ? Teste Exato de Fisher e Teste de Cochran-Mantel-Haenszel para estudo de associações.
- ? Análise de Regressão Logística - para estudar o efeito dos vários fatores de interesse sobre a ausência ou presença em vários graus de intensidade de sintomas pré-menstruais foram ajustados modelos de regressão logística. Estes ajustes consideraram como resposta (**variável dependente**) os graus leve, moderado, grave e sem, e como efeitos (**variável independente**) os vários fatores sob estudo. O Teste do X^2 considerou significativos níveis de p até 5%.
- ? tabelas de contingência, cálculos de *odds ratio* e de intervalos de confiança exatos para proporções.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

Por tratar-se 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 DECLARATION DE HELSINKI (1990).

5. Resultados

Das 254 mulheres entrevistadas, 35 (13,8%) negaram sintomas no período pré-menstrual e 110 (43,3%) declararam pelo menos um sintoma intenso resultando em algum dano à sua vida, que foram classificadas como forma grave. Outras 57 (22,4%) tinham forma leve, com sintomas leves ou moderados, enquanto 52 (20,5%) exibiram forma moderada, pois declararam pelo menos um sintoma intenso, mas sem causar danos (Tabela 1).

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES SEGUNDO FREQUÊNCIA E FORMAS CLÍNICAS DE SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL

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

A distribuição das formas clínicas de SPM não apresentou diferença estatisticamente significativa segundo a idade (Tabela 2).

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM POR IDADE

IDADE (anos)	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
20-24	22,9	26,3	21,2	20,9
25-29	14,3	33,3	21,2	24,5
30-34	25,7	21,0	17,3	24,6
35-39	17,1	8,8	25,0	19,1
40-44	20,0	10,5	15,4	10,9
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 5,11$ 3 GL $p=0,1642$

Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas de SPM segundo a cor (Tabela 3).

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM SEGUNDO A COR

COR	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Branca	74,3	71,4	70,6	77,3
Não-branca	25,7	28,6	29,4	22,7
<i>n</i>	(35)	(56)	(51)	(110)

$\chi^2 = 1,11$ 3 GL $p=0,7744$

Analisando-se o estado marital, os dados mostraram diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas de SPM, havendo maior prevalência de forma grave entre as com coabitação com companheiro (Tabela 4).

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
SEGUNDO COABITAÇÃO COM COMPANHEIRO

Companheiro	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Com	77,1	56,1	69,2	83,6
Sem	22,9	43,9	30,8	16,4
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 14,58$ 3 GL $p=0,022$

A qualidade de relacionamento da mulher com seu companheiro não se associou com diferença estatisticamente significativa na distribuição das formas clínicas de SPM (Tabela 5).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM CONFORME
QUALIDADE DE RELACIONAMENTO COM O COMPANHEIRO

Relacionamento	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Bom	87,1	88,9	91,3	88,3
Ruim	12,9	11,1	8,7	11,7
<i>n</i>	(31)	(45)	(46)	(103)

$\chi^2 = 6,16$ 3 GL $p=0,4051$

A distribuição das formas clínicas de SPM não se associou significativamente com a idade à menarca (Tabela 6).

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
SEGUNDO A IDADE À MENARCA*

Idade à Menarca (anos)	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
20-24	22,9	26,3	21,2	20,9
9-10	5,7	7,1	13,5	6,4
11-12	40,0	26,8	36,5	38,5
13-14	37,1	48,2	30,8	44,0
15-18	17,2	17,9	19,2	10,1
<i>n</i>	(35)	(56)	(52)	(109)

$\chi^2 = 2,39$ 3 GL $p=0,3168$

* as idades foram comparadas por freqüência, sendo a tabela apenas demonstrativa

A distribuição das formas clínicas de SPM não apresentou diferença estatisticamente significativa conforme o padrão do ciclo menstrual, se regular ou irregular (Tabela 7).

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
CONFORME PADRÃO DO CICLO MENSTRUAL

Ciclo	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Regular	85,7	82,5	80,8	71,8
Irregular	14,3	17,5	19,2	28,2
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 4,548$ 3 GL $p=0,208$

A distribuição das formas clínicas de SPM teve associação estatisticamente significativa com o método anticoncepcional em uso. Não houve diferença significativa entre usuárias de métodos hormonais e sem uso de método, mas as laqueadas comparadas às usuárias de métodos hormonais apresentaram maior percentual de casos graves (Tabela 8).

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM SEGUNDO O
MÉTODO ANTICONCEPCIONAL (MAC) EM USO

MAC	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Hormonais	40,0	33,3	23,1	34,6
Laqueadura	14,3	8,8	28,8	28,2
Não usa	37,1	40,4	32,7	20,9
Outros	8,6	17,5	15,4	16,3
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 17,748$ 9 GL $p=0,038$
 Hormonais /sem uso $\chi^2=25,84$, 3 gl, $p=0,1195$.
 Laqueadas / hormonais $\chi^2=8,10$, 3 gl, $p= 0,0440$

A distribuição das formas clínicas de SPM não mostrou associação estatística com ter atividade sexual (Tabela 9).

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
CONFORME ATIVIDADE SEXUAL

Atividade sexual	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Não	17,1	26,3	15,4	11,8
Sim	82,9	73,7	84,6	88,2
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 5,783$ 3 GL $p=0,123$

A distribuição das formas clínicas de SPM não manifestou relação estatisticamente significativa com disfunção sexual (Tabela 10).

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS
DE SPM CONFORME DISFUNÇÃO SEXUAL

Disfunção sexual	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Sem	79,3	83,3	81,8	73,2
Com	20,7	16,7	18,2	26,8
<i>n</i>	(29)	(42)	(44)	(97)

$\chi^2 = 2,387$ 3 GL $p=0,496$

A distribuição das formas clínicas de SPM manifestou relação estatisticamente significativa com o número de gestações, sendo que as que nuligestas apresentaram menor frequência de SPM do que as que já estiveram grávidas (Tabela 11).

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM CONFORME GESTAÇÕES

Gravidez	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Com	94,3	61,4	78,8	84,5
Sem	5,7	38,6	21,2	15,5
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 17,898$ 3 GL $p=0,001$

A distribuição das formas clínicas de SPM não teve diferença estatisticamente significativa com a idade à primeira gravidez (Tabela 12).

TABELA 12
DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
SEGUNDO A IDADE À PRIMEIRA GESTAÇÃO*

Idade à 1ª Gestaçã	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
13-19	45,4	25,7	46,3	41,3
20-28	42,4	68,6	41,5	46,7
29 e +	12,2	5,7	12,2	12,0
<i>n</i>	(33)	(35)	(41)	(92)

$\chi^2 = 2,39$ 3 GL $p=0,3168$

* A idade à primeira gestação foi analisada por frequência de idades, sendo a tabela apenas demonstrativa

A distribuição das formas clínicas de SPM não teve diferença estatisticamente significativa com ter tido abortos anteriores (Tabela 13).

TABELA 13
DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
SEGUNDO A OCORRÊNCIA DE ABORTOS

Aborto	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Não	77,1	82,5	75,0	81,8
Sim	22,9	17,5	25,0	18,2
<i>n</i>	(33)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 1,428$ 3 GL $p=0,699$

A distribuição das formas clínicas de SPM não mostrou diferença estatisticamente significativa com o hábito de fumar e intensidade do tabagismo (Tabela 14).

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS
DE SPM CONFORME GRAU DE TABAGISMO

Cigarros/dia	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Não fuma	74,3	75,4	67,3	68,2
Até 10	11,4	19,3	21,2	20,0
Mais de 10	14,3	5,3	11,6	11,8
<i>n</i>	(33)	(56)	(50)	(109)

$\chi^2 = 3,847$ 6 GL $p=0,697$

A distribuição das formas clínicas de SPM não mostrou diferença estatisticamente significativa segundo o uso de substâncias cafeinadas (Tabela 15).

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS DE
SPM SEGUNDO O HÁBITO DE USO DE CAFEINADOS

Uso de café	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Não	31,4	35,1	40,4	30,9
Pouco	37,2	40,3	28,9	28,2
Muito	31,4	24,6	30,8	40,9
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 6,470$ 3 GL $p=0,373$

A distribuição das formas clínicas de SPM mostrou diferença estatisticamente significativa conforme o tipo de trabalho. As mulheres que trabalhavam no lar tiveram maior prevalência de formas graves (Tabela 16).

TABELA 16
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS
DE SPM CONFORME TRABALHO NO LAR OU FORA

Trabalho	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
No lar	57,1	40,3	38,5	62,7
Outro	42,9	59,7	61,5	37,3
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 11,93$ 3 GL $p=0,0076$

A distribuição das formas clínicas de SPM não apresentou diferença estatisticamente significativa segundo a renda familiar em salários mínimos (Tabela 17).

TABELA 17
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS
DE SPM CONFORME A RENDA FAMILIAR

Salários	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Até 4	44,8	61,2	56,0	61,6
5 a 10	37,9	32,7	28,0	31,3
Mais de 10	17,2	23,6	16,0	7,1
<i>n</i>	(29)	(55)	(50)	(99)

$\chi^2 = 7,215$ $p=0,301$

A distribuição das formas clínicas da SPM não manifestou diferença estatística segundo o grau de escolaridade da mulher (Tabela 18).

TABELA 18
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS FORMAS CLÍNICAS
DE SPM CONFORME O GRAU DE ESCOLARIDADE

Escolaridade (anos)	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Até 4	5,7	10,5	5,8	7,3
5-8	68,6	61,4	53,9	69,1
Mais de 8	25,7	28,1	40,3	23,6
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 6,122$ 6 GL $p=0,410$

A distribuição das formas clínicas de SPM variou significativamente segundo incidência de dismenorréia. As pacientes que sofriam de dismenorréia tiveram significativamente maior prevalência de formas graves (Tabela 19).

TABELA 19
PRESENÇA DE DISMENORRÉIA SEGUNDO AS FORMAS CLÍNICAS DE SPM (n=254)

Dismenorréia	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Não	57,1	31,6	23,1	20,9
Sim	42,9	68,4	76,9	79,1
<i>n</i>	(35)	(57)	(52)	(110)

$\chi^2 = 16,49$ 3 GL $p=0,0009$

A dismenorréia apresentou mais quadros graves entre as mulheres com forma grave de SPM (Tabela 20).

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE SPM
SEGUNDO O GRAU DE DISMENORRÉIA (n=181)

Dismenorréia	S P M (%)			
	Não	Leve	Moderada	Grave
Leve	60,0	38,5	25,0	26,4
Intensa	40,0	61,5	75,0	73,6
<i>n</i>	(15)	(39)	(40)	(87)

Realizou-se a comparação entre as que apresentaram formas graves com as que não tiveram sintomas somadas com as que tiveram forma leve e moderada, observando-se diferenças significativas segundo ter ou não companheiro ($p=0,001$), o método anticoncepcional ($p=0,027$) e o tipo de trabalho ($p=0,032$), como o observado na análise anterior. A importância da gravidez foi reduzida ($p=0,084$) e houve diferenças significativas segundo o padrão do ciclo, com maior prevalência no grupo com ciclos irregulares ($p=0,039$).

Os antecedentes ou presença de “doenças nervosas” ($p=0,299$), alergias ($p=0,542$), calculose renal ($p=0,695$), ataques ($p=0,601$) e artrite ($p=0,499$) não apresentaram diferenças entre as mulheres com forma grave de SPM. Antecedentes de hipertensão na gravidez e asma, mais prevalentes nas mulheres com forma grave, também não apresentaram diferença estatística ($p=0,818$ e $0,277$) (Tabelas 21 e 21a).

TABELA 21

COMPARAÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE SPM (FORMA GRAVE x NÃO + FORMA LEVE + MODERADA) SEGUNDO ALGUMAS VARIÁVEIS

Variável	SPM	Sem	Prevalência	OR	IC 95%	P
Idade						0,518
20-29	50	47	42,0			
30-39	48	54	47,0	1,23	(0,70 - 2,16)	
40-44	12	21	36,6	0,79	(0,33 - 1,87)	
Cor						0,328
Branca	85	102	45,4	1,33	(0,72 - 2,47)	
Não-branca	25	40	38,5			
Companheiro						0,001
Com	92	95	49,2	2,64	(1,37 - 1,09)	
Sem	18	49	26,5			
Relacionamento						0,813
Bom	91	91	45,5			
Ruim	12	12	48,0	0,90	(0,37 - 2,24)	
Ciclo						0,039
Irregular	31	25	55,3	1,87	(0,98 - 3,55)	
Regular	79	119	39,9			
MAC						0,027
Outros e sem	38	73	34,2			
Laqueadura	31	25	55,3	2,38	(1,17 - 4,85)	
Hormonal	38	45	45,8	1,62	(0,87 - 3,03)	
Vida sexual						0,077
Com	97	115	45,7	1,88	(0,88 - 4,06)	
Sem	13	29	30,9			
Disfunção Sexual						0,137
Com	26	21	55,3	1,64	(0,81 - 3,31)	
Sem	71	94	43,0			
Gestações						0,084
Com	93	109	46,0	1,76	(0,88 - 3,51)	
Sem	17	35	36,7			
Abortamentos						0,510
Com	20	31	39,2	0,81	(0,41 - 1,58)	
Sem	90	113	44,3			

TABELA 21a
COMPARAÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DE SPM (FORMA GRAVE x NÃO + FORMA LEVE + MODERADA) SEGUNDO ALGUMAS VARIÁVEIS

Variável	SPM	Sem	Prevalência	OR	IC 95%	p
Trabalho						0,032
Lar	69	61	53,1	2,13	(1,25-3,65)	
Fora	43	81	34,7			
Salários						0,388
Até 4	61	75	44,8	1,26	(0,72-2,22)	
Cinco ou mais	38	59	39,2			
Tabagismo						0,768
Não fuma	75	104	41,9			
Até 10/dia	22	26	45,8	1,17	(0,59-2,33)	
Mais de 10	13	14	48,1	1,29	(0,53-3,11)	
Cafeinados						0,113
Não usa	34	52	39,5			
Pouco	31	51	37,8	1,08	(0,55-2,10)	
Muito	45	41	52,3	1,68	(0,68-3,22)	
Escolaridade						0,323
Até 4 anos	8	11	42,1			
5 a 8 anos	76	87	46,6	1,20	(0,42-3,48)	
Mais de 8 anos	26	46	36,1	0,78	(0,25-2,45)	
Dismenorréia						0,016
Sim	87	94	48,1	2,01	(1,09 - 3,72)	
Não	23	50	31,5			
Hipertensão gesta						0,818
Sim	20	22	47,6	1,08	(0,52 - 2,26)	
Não	73	87	45,6			
Asma						0,277
Sim	10	8	55,5	1,70	(0,59-4,92)	
Não	100	136	42,4			
Alergias						0,542
Sim	36	42	46,2	1,18	(0,67-2,09)	
Não	74	102	42,0			
Artrite						0,499
Sim	17	18	48,6	1,28	(0,59-2,77)	
Não	93	124	42,5			
D. nervosas						0,299
Sim	24	24	50,0	1,40	(0,71-2,74)	
Não	86	120	41,7			
Calculose renal						0,695
Sim	7	11	38,9	0,82	(0,28-2,39)	
Não	103	133	43,6			
Ataques						0,944
Sim	4	5	55,6	1,05	(0,23-4,63)	
Não	106	139	43,3			0,601*

* Teste Exato de Fisher

Entre as 110 mulheres com forma grave de SPM o sintoma irritabilidade foi relatado por 95 (86,4%), seguido por cansaço em 78 (70,9%) e depressão em 68 (61,8%). Cefaléia também foi assinalada por 68 dessas mulheres (61,8%), mastalgia por 65 (59,1%) e dor abdominal por 60 (54,5%) (Tabela 22).

TABELA 22

SINTOMAS RELATADOS PELAS MULHERES COM FORMA GRAVE DE SPM

Sintomas	n	%
Irritação	95	86,4
Cansaço	78	70,9
Depressão	68	61,8
Cefaléia	68	61,8
Mastalgia	65	59,1
Dor abdominal	60	54,5
Dor nas costas	40	36,4
Inchaço nas pernas	38	34,5
Indecisão	23	23,6
Menos desejo sexual*	21	19,1
Outros**	21	19,1

*Nove mulheres referiram aumento de desejo sexual no pré-mênstruo.

**OUTROS: enjôos, má digestão, inapetência=12; dor nas pernas =17; mais desejo sexual = 9; diarreia = 2; dores articulares ou generalizadas = 5; insônia = 3; inchaço abdominal =3; inchaço nas mãos = 2; batedeira, ansiedade, palpitações = 3.

A imensa maioria das mulheres com forma grave referiu mais de um sintoma (94,5%); apenas seis mulheres apresentavam sintoma único, sendo 3 irritabilidade, 2 cefaléia e 1 cansaço (Tabela 23).

TABELA 23
NÚMERO DE SINTOMAS REFERIDOS PELAS
MULHERES COM FORMA GRAVE DE SPM

Número de Sintomas	N	%
Único	6	5,5
Dois a Quatro	29	26,3
Cinco ou mais	75	68,2
Total	110	100,0

As queixas de dores e inchaço, distensão abdominal, cansaço, enjôos, diarréia, batedeira e perda de sono foram consideradas físicas. Nervosismo, irritabilidade, depressão, indecisão e alterações do desejo sexual ou do apetite foram categorizados como psíquicas. A grande maioria das mulheres (76,4%) apresentou associação dos dois tipos de sintomas (Tabela 24).

TABELA 24
TIPO DE SINTOMAS PREDOMINANTES RELATADOS PELAS MULHERES

Sintomas predominantes	n	%
Físicos	14	12,7
Psíquicos	12	10,9
Físicos e psíquicos	84	76,4
Total	110	100,0

O quadro clínico mais comum descrito pelas mulheres associou irritabilidade ou depressão com cansaço e cefaléia ou dores na mamas, pernas, abdômen e costas (Tabela 25).

TABELA 25

Quadros Clínicos	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

Entre as mulheres com forma grave de SPM, 24,8% referiram sintomas restritos a um ou dois dias. Outras 32,4 % tinham sintomas por três a quatro dias. Mais 31,7% relataram sofrê-los por até sete dias e 11,4% por mais de uma semana a 14 dias (Tabela 26).

TABELA 26

**DURAÇÃO DOS SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS
NAS MULHERES COM FORMA GRAVE DE SPM**

Duração dos sintomas	n	%
1 a 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

A maioria das mulheres com forma grave de SPM não soube precisar a época de início de seus sintomas. As restantes declararam apresentar os sintomas desde a menarca (63,5%), após o casamento (11,5%), após a laqueadura (9,6%) e após a primeira gravidez (9,6%) (Tabela 27).

TABELA 27
ÉPOCA EM QUE SE INICIOU O QUADRO CLÍNICO
NAS MULHERES COM FORMA GRAVE DE 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
Total	52	100

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

Apenas 46 (41,8%) mulheres com forma grave de SPM relataram já ter procurado auxílio médico, recebendo os tratamentos indicados no quadro abaixo (Tabela 28).

TABELA 28
NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL DE MULHERES COM FORMA GRAVE
DE SPM QUE PROCURARAM TRATAMENTO E O QUE FOI INDICADO

Tratamento indicado	N	%
Nenhum	26	56,5
Analgésicos	11	23,9
Mudou o método anticoncepcional	3	6,5
Outros	3	6,5
Tranquilizantes e orientação	1	2,2
Analgésicos e tranquilizantes	1	2,2
Cinarizina e tranquilizantes	1	2,2
Total	46	100

Obs.: Entre as mulheres com forma grave, 65 (58,2%) nunca procuraram tratamento.

O dano mais identificado pelas mulheres com forma grave da SPM foi dificuldade na realização das tarefas, relatado por 78 (70,9%), seguido por brigas 52 (47,3%) (Tabela 29).

TABELA 29
DANOS CAUSADOS PELOS SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS
NAS MULHERES COM SPM

Dano	n	%
Dificuldade nas tarefas*	78	70,9
Brigas	52	47,3
Sofrimento da família	14	12,7
Incômodo	21	19,1
Descontrole emocional	2	1,9
Gastos	1	0,9

*Dificuldade nas tarefas: perda de dia de trabalho = 9; distração= 1.

Quase metade (41,8%) das mulheres com SPM descreveram mais de um dano, sendo que 29 (54,3%) associavam dificuldades no trabalho com brigas (Tabela 30).

TABELA 30
ASSOCIAÇÃO DE DANOS REFERIDOS PELAS MULHERES COM SPM

Associação de danos	N	%
Dificuldade nas tarefas e brigas	25	54,3
Dificuldade nas tarefas e família sofre	9	19,5
Dificuldade nas tarefas, brigas e outras	4	8,7
Outras	8	17,4
Total	46	100

Das 254 mulheres entrevistadas, 181 (71,3%) relataram sintomas no período menstrual. Cólicas ou dor abdominal foram referidos por 70,2% e as restantes, dor de cabeça (38,5%), distúrbio gastrointestinal (28,2%), irritabilidade (7,2%) e outros (Tabela 31).

TABELA 31
SINTOMAS DAS MULHERES QUE RELATARAM DISMENORRÉIA

Sintoma	n	%
Cólicas ou dor abdominal	127	70,2
Cefaléia	66	36,5
Distúrbio gastrointestinal	51	28,2
Irritabilidade, nervosismo	13	7,2
Dor nas costas	12	6,6
Dor ou moleza nas pernas	11	6,1
Cansaço, moleza, fraqueza	8	4,4
Outros **	8	4,4

* entre as com dismenorréia.

** Outros: tonturas=2, dor na vagina=2, inapetência=1, esquecimento=1, retenção líquida=1, aumenta diurese=1.

*** Distúrbio gastrointestinal: Enjôos=30, diarreia =16, constipação=2, dor de estômago =2.

6. Discussão

"a natureza as fez feiticeiras - É o gênio próprio à mulher e seu temperamento. Ela nasceu Fada. Pela volta regular da exaltação, ela é Sibila (...). Por sua fineza, sua malícia (muitas vezes fantástica e benfazeja), ela é Feiticeira, e faz a sorte ou, pelo menos adormece, engana os males."

JULES MICHELET, 1867.

Desde a Antigüidade sabe-se que as mulheres sofrem de SPM, embora o mal provavelmente não fosse tão difundido em épocas em que se casavam ainda adolescentes, iniciando sucessivas gestações e prolongados períodos de amamentação, vivenciando, portanto, poucos ciclos menstruais durante a sua vida. A incidência de outras doenças mais sérias, a reduzida expectativa de vida e o confinamento da mulher ao lar, contribuía para minimizar o problema. Agora que elas se propõem às mais complexas tarefas e evitam ativamente a gravidez, a síndrome desponta como um entrave biológico que não pode ser tolerado.

Quando Frank descreveu esse quadro em 1931, a situação da mulher na sociedade era bem diversa da atual. A mudança de perspectiva refletiu-se no conceito sobre suas necessidades biológicas e, ao ocupar outra esfera na

organização social, a mulher atingiu posição para reivindicar uma nova abordagem sobre os seus problemas, o que fez, de maneira geralmente sutil ou, às vezes, em espalhafatosos movimentos de rua.

Os meios de comunicação absorveram rapidamente as mudanças e colaboraram para que se consolidassem, abrindo páginas e imagens para temas que só eram objeto de conversas sussurradas até 30 anos atrás, espalhando "out-doors" de absorventes íntimos nas avenidas, discutindo a pílula, o aborto e a menstruação, que deixou de ser palavra maldita, sempre substituída por eufemismos como "aqueles dias", "incômodo" e milhares de outros codinomes, cultos ou de baixo calão.

Essa revolução cultural, entretanto, não fez desaparecer conceitos profundamente arraigados da "impureza" da menstruação, que desde o Levítico espalham-se por toda as civilizações, sendo aquilo que leva perigo às colheitas e aos doentes e azeda o vinho. A mulher atual tenta colocá-la como um fato puramente biológico, mas colide com seu significado social e pessoal.

Não é raro, mesmo entre médicos, a crença de que os sintomas da SPM devem-se a dificuldades emocionais e escondem frustrações, especialmente as relacionadas à esfera da feminilidade. Ou ainda, são apenas a "incorporação" dos preconceitos, ligados à menstruação, vigentes na sociedade. Essa mesma visão norteava os discursos sobre a dismenorréia, até serem comprovadas suas alterações fisiopatogênicas.

Uma patologia tão peculiar apresenta imensas dificuldades para a

elaboração de uma metodologia de análise sendo os indicadores disponíveis muito variados, dependentes do tipo de levantamento e dos critérios adotados. Provavelmente fatores ambientais e culturais também interferem na intensidade do problema, complicando sua investigação. A nossa sociedade vive momentos particularmente difíceis e o cidadão comum vivencia com freqüência sentimentos de desconforto, incertezas e medo, que podem intervir no desencadeamento de sintomas, especialmente da esfera emocional.

Em nossa avaliação mais de 86% das mulheres revelaram algum padecimento; algumas (22,4%) de pouca ou mediana intensidade, mas a maioria (62,5%) qualificou pelo menos um sintoma como intenso, 20,5% sem perceber danos causados por eles, mas 43,3% identificando algum impacto negativo à sua vida familiar, profissional, afetiva ou social.

Levantamento com mais de 2.000 entrevistas realizado na França, em 1979, pela INTERNATIONAL HEALTH FOUNDATION, mostrou resultados semelhantes aos nossos, com 15% de ausência de sintomas e 40% de quadros severos. HARGROVE & ABRAHAM (1982) também encontraram 50% dos casos dentro dos critérios que utilizaram para caracterizar a doença, em amostra com cerca de 1.400 mulheres. Todavia, a maioria dos autores situa esses índices entre 5% e 20%, por exigirem critério muito rigoroso para identificar o caso, geralmente através de avaliação por longos períodos.

Estes altos índices de prevalência são concordantes com a vivência entre as mulheres, que freqüentemente reportam os malefícios dessa condição,

sendo excepcionais as que desconhecem as agruras desse quadro, como também os maridos que não identificam sinais de hostilidade temporária em suas companheiras. Como o escopo deste trabalho foi realizar apenas um inquérito instantâneo e sabendo-se que os sintomas e sinais que compõem o quadro têm recorrência e intensidade que variam mês a mês, aventamos a possibilidade de as entrevistadas, ao responderem as questões, terem informado o quadro geral do que acontece em muitos dos seus ciclos, não em todos, nem tampouco consecutivamente.

Uma condição tão generalizada pode circunscrever-se no universo da doença? A metodologia utilizada para diagnosticar a forma grave, o relato de pelo menos um sintoma sentido como intenso e danoso, parece suficiente para caracterizar um agravo ao indivíduo, uma condição fora dos limites da saúde, que deve ser terapêuticamente abordada, curada ou aliviada. As mulheres identificam o quadro e gostariam de livrar-se dele. A questão é se a SPM significa doença ou manifestação de um processo. A avaliação de dados epidemiológicos pode servir a essa discussão, o que nos dispomos a realizar.

A importância da idade no desenvolvimento de SPM é bastante controvertida e em nosso trabalho não se associou a diferenças na distribuição das formas clínicas, resultado concordante com o observado por alguns autores (REID & YEN, 1981; SANDERS e cols., 1983; FRIEDMAN & JAFFE, 1985) e divergente da maioria, que cita incidência mais acentuada na terceira década de vida (HARGROVE & ABRAHAM, 1982; WOODS e cols., 1982; CAVALCANTI & VITIELLO, 1987) ou após os 25 anos (COULSON, 1986;

DIEGOLI e cols., 1994).

Em nossa amostra a prevalência foi até menor no grupo com mais de 40 anos, embora sem significado estatístico, consonante com extensa avaliação que constatou diminuição da severidade dos sintomas com a idade, apontando o final dos 20 e a primeira metade dos 30 como os anos mais vulneráveis (FREEMAN e cols., 1995). A AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE (1997) admite que, embora esta patologia seja mais comumente diagnosticada entre mulheres de 30 a 40 anos, a freqüência atual é similar entre adolescentes e idosas. A mulher madura provavelmente é mais ativa e determinada na procura de solução, por condições peculiares de vida e aprendizado, estando assim mais presente nas estatísticas.

Sabe-se que a incidência de algumas patologias hormônio-dependentes varia entre as raças, como, por exemplo, a miomatose uterina que é mais freqüente nas negras, ou a osteoporose nas brancas. A SPM é entendida como patologia dessa natureza (REID & YEN, 1981; HAUSSÖN e cols., 1989; REDEI & FREEMAN, 1995), mas, no presente estudo, não observamos a influência da cor no desenvolvimento do quadro e não temos conhecimento de qualquer autor que encontrasse essa diferença. Ao contrário, afirma-se que incide igualmente entre as diferentes raças e culturas (JANIGER, RIFENBURGER, KERSH e cols., 1972; JOHNSON, 1987).

Quanto ao estado marital, a prevalência de formas graves mostrou-se significativamente maior entre as que vivem em união com um companheiro. A

importância desta condição também é destacada na literatura, a convivência conjugal tendo impacto no desenvolvimento de SPM (SANDERS e cols., 1983; DIEGOLI e cols., 1994). No México, o acompanhamento de 35 casais observou, em todos, a comunicação conjugal significativamente diminuída durante o período pré-menstrual, mesmo naqueles cujas mulheres negavam sintomatologia cíclica, indicando que deviam apresentar alterações, aparentemente imperceptíveis, que afetavam de algum modo o relacionamento do casal (MARVAN & MARTINEZ-MILLAN, 1995).

Encontrar explicação biológica para esta associação é difícil, restando teorizar que as mulheres que têm convivência sob teto comum com o sexo oposto teriam atenção mais particularizada sobre o comportamento do seu ciclo menstrual, por motivos de concepção, contracepção e/ou vida sexual. Também pelo alerta do companheiro, que reclama do nervosismo e azedume, às vezes também irritando-se, pois a mulher nesses períodos tem diminuída sua capacidade de expressar raciocínios com clareza, é mais intransigente e brusca nas colocações, o que facilita mal-entendidos e rancores.

Uma das nossas entrevistadas declarou espontaneamente que, na proximidade da menstruação, vê-se tomada por sentimentos de raiva inusitada ao marido, o que também já foi descrito em algumas grávidas, que desenvolvem aversão a seus companheiros, com intolerância até ao cheiro que exalam. Essa informação leva-nos a conjecturar sobre a hipótese de existência de “fero-hormônios” na espécie humana, como manifestação de um traço atávico, a natureza rejeitando o agente da reprodução, nocivo à uma possível

gravidez incipiente. Mas, talvez não seja necessário buscar razões tão profundas para explicar o quadro, as rugas simplesmente aconteçam por liberação de agressividade, que se volta não só à pessoa mais próxima, o marido, mas também aos filhos, à vizinha, ao vendedor ou até mesmo ao motorista que lhe deu uma pequena "fechada" no trânsito.

É possível que a qualidade da união seja a medida dos efeitos da hostilidade e um mau relacionamento poderia ter efeito desencadeador ou agravante do quadro, embora nossa avaliação não tenha detectado impacto dessa variável. Quase 80% das mulheres consideraram seu relacionamento conjugal bom, o que deve ser encarado com reservas, por ser natural que as entrevistadas não façam confidências a um pesquisador recém-apresentado e ainda, a avaliação de um relacionamento não comporta tanta simplificação a ser definida com um simples qualificativo.

Analisamos também condições do aparelho reprodutor feminino que pudessem intervir no desencadeamento do problema, como idade à menarca que poderia ter importância relacionada ao tempo de vida reprodutiva e à sua normalidade. A distribuição desse fator não mostrou qualquer relação com o desenvolvimento da síndrome, como já constatado anteriormente por outros autores (SANDERS e cols., 1983).

O padrão do ciclo menstrual, tanto em intervalo, quanto em intensidade e duração do fluxo, mostrou, nas com ciclos irregulares, maior prevalência de forma grave, no mesmo sentido do observado por FRIEDMANN & JAFFE

(1985), mulheres com ciclos curtos, de 20 a 25 dias, apresentando mais sintomas que as de ciclos de 26 a 30 dias. Na análise de SANDERS e cols. (1983), a periodicidade do ciclo não teve significado, mas a duração do sangramento tendeu a ser maior nas mulheres com SPM.

Considerando as dificuldades para o estabelecimento da regularidade do ciclo, utilizamos uma definição para intervalo e dias de fluxo que, embora universal, é bastante abrangente. Essa preocupação justifica-se porque as teorias mais importantes para a gênese da SPM apoiam-se em alterações hormonais que poderiam interferir na ciclicidade. Alguns autores acreditam que a SPM só ocorra em ciclos ovulatórios e apesar de não ter sido comprovada essa associação, bem estabelecida na dismenorréia, aconselham anovulatórios para tratamento. Acreditam que as mudanças fisiológicas dos níveis hormonais têm papel desencadeador do processo, o estrogênio em alta sensibilizaria estruturas para a ação da progesterona, o que seria evitado pela estabilidade da dose diária fornecida pelo anovulatório (REID & YEN, 1981; WOODS, MOST, DERY, 1982; HARLOW, 1991a; RUBINOW & SCHMIDT, 1995).

Nossa observação não corrobora essas idéias, pois usuárias de métodos hormonais mostraram quadros até ligeiramente mais freqüentes e graves, embora sem diferença estatística, em relação às que não usavam método algum. Alguns levantamentos retrospectivos também não encontraram diferenças (SANDERS e cols., 1983; FRIEDMANN & JAFFE, 1985; YUK e cols., 1991). Todavia, outros autores observaram índices maiores entre usuárias, inferindo que determinadas mulheres teriam sensibilidade especial

para os esteróides, tanto endógenos, que contribuiriam para o desenvolvimento de SPM, como exógenos, que desencadeariam quadros de alterações de humor (RUBINOW & SCHMIDT, 1995).

Estas constatações levam à necessidade de critérios para a administração dessas substâncias às mulheres que sofrem de SPM, que poderiam ter o quadro intensificado. Por outro lado, aquelas que relatam nervosismo com o uso de “pílulas” deveriam ter o uso desaconselhado. Provavelmente elas mesmas abandonem, pelo mal-estar provocado, o que as reduz nas amostras de estudo. É da observação pessoal de qualquer médico da área, e também da literatura, relatos tanto de melhora com a administração de pílulas combinadas, quanto de piora (RUBINOW e cols., 1985).

Infelizmente não analisamos o uso de pílula anticoncepcional no passado, descrito como significativamente maior entre mulheres com SPM (CHUONG & BURGOS, 1995). É uma perspectiva interessante, que supõe a ação de um fator já em desuso. O mesmo raciocínio vigora para a importância da gravidez, como veremos adiante, sendo sugeridas alterações duradouras nos níveis de prolactina, que também podem derivar do uso de anovulatórios orais.

Já a ligadura tubária associou-se significativamente, em nossa população, à maior prevalência de SPM, contrariamente a outras comparações que não demonstraram diferenças entre laqueadas e usuárias de outros métodos, tanto na severidade dos sintomas, quanto em níveis hormonais (SANDERS e cols., 1983; ROJANSKY & HALBREICH, 1991). Levantamento realizado na

UNICAMP constatou 85,8% das mulheres submetidas à essa intervenção achando que trouxe mais benefícios que prejuízos a sua vida, embora 47,2% relacionassem alterações menstruais, 17,8% mudanças na sua saúde de modo geral e 7% piora na qualidade da vida sexual (OSIS e cols., 1997).

A segurança de não engravidar, aliada à suposta manutenção da função hormonal com a laqueadura, faz-nos conjeturar sobre possíveis mecanismos culturais subjacentes à gênese dos fatores psicológicos ligados à ocorrência de SPM. Atualmente vem-se investigando a existência da "Síndrome Pós-Laqueadura", manifestada por alterações menstruais iniciadas tardiamente após o procedimento, não tendo sido comprovados indícios de ocorrência de modificações hormonais após essa cirurgia, que pudessem ter relação com o desenvolvimento da SPM, contrabalançando o benefício da tranqüilidade do exercício da vida sexual sem riscos de gravidez indesejada (GENTILE, KAUFMAN, HELBIG, 1998).

O papel da sexualidade nas desordens afetivas foi uma das grandes contribuições de Freud ao conhecimento humano, embora ele próprio tenha condenado o uso indiscriminado que se fez de suas idéias (GAY, 1994). Em diálogo sobre os diagnósticos entre KAMMERER & WARTEL (1989), afirma-se que, até hoje a histeria continua sendo considerada, tanto pela opinião pública quanto por médicos não-psiquiatras, uma doença vergonhosa da mulher por falta de prazer sexual.

A SPM é vista, por alguns, de maneira semelhante, uma insatisfação

reprimida manifestando-se de forma bizarra pelos sintomas. Todavia, em nossa avaliação, a prevalência de formas graves foi até maior entre as mulheres com vida sexual ativa. A existência de uma disfunção sexual não interferiu no desenvolvimento e nas formas clínicas da SPM, estando de acordo com a literatura especializada (SANDERS e cols., 1983; FRIEDMANN & JAFFE, 1985).

A diminuição de desejo sexual no pré-mênstruo foi admitida por 26,4% das mulheres com SPM, enquanto outras 14,5% responderam espontaneamente que, ao contrário, tinham aumento. Esses dados contradizem conjeturas sobre a sexualidade feminina, a exemplo dos animais, estar submetida ao desejo natural de gravidez.

Ter engravidado anteriormente é fato aceito por vários autores como importante para o desenvolvimento de SPM, que, acreditam, iniciar-se-ia quando do retorno da ciclicidade após o primeiro parto (SANDERS e cols., 1983; COULSON, 1986). Para MUSEY e cols. (1987) a explicação para este fenômeno estaria na possibilidade da gravidez levar à depleção de PRL por dois a 12 anos, mas o peso de novas responsabilidades e o temor de uma próxima gestação poderiam interferir nessas diferenças.

Encontramos maior prevalência de formas graves entre as que já estiveram grávidas, mas análise estatística mais rigorosa minimizou o significado dessa diferença. O ciclo grávido-puerperal provoca tantas e tão profundas modificações no organismo feminino que não é estranha a possibilidade de algumas serem duradouras; no entanto, estudiosos

respeitados não admitem um papel negativo (REID & YEN, 1981), havendo até, em uma série, sido encontrada freqüência maior de SPM entre nuligestas (CAVALCANTI & LEAL, 1978). A idade em que se deu a primeira gravidez não mostrou relevância no desencadeamento do quadro, nem na sua intensidade.

O impacto da desagradável experiência de um aborto tampouco se confirmou, contrariamente à relação significativa entre esses eventos registrada por SANDERS e cols. (1983). Não tivemos oportunidade, pela exiguidade do tamanho amostral para este fim, de estudar a influência de abortos provocados que, imaginamos, poderiam envolver profundos sentimentos do desejo natural de maternidade e de auto-punição.

Outros aspectos que procuramos elucidar referem-se à interferência de hábitos e comportamentos estimulantes do Sistema Nervoso Central, como uso de substâncias contendo cafeína ou o tabagismo, que não mostraram impacto significativo. O hábito de fumar tem sido implicado em muitos processos patológicos e parece ter relação com depleção estrogênica, sabendo-se que a menopausa ocorre, em média, dois anos mais cedo em fumantes. Recentemente foram mensurados níveis reduzidos de MAO B nas plaquetas de usuários de tabaco, o que levaria a um aumento na atividade da dopamina e conferiria propriedades antidepressivas (BONN, 1996). A par da ação química dos componentes do cigarro, poderíamos inferir ser este de maior utilização entre pessoas mais ansiosas e, portanto, mais predispostas a alterações emocionais.

O alto consumo de cafeína tem sido apontado como "atiçador" da SPM, sendo que na maioria dos livros-textos de ginecologia encontra-se a recomendação de diminuir a ingestão de xantinas para atenuar os sintomas pré-menstruais. Em algumas séries esse consumo esteve altamente relacionado com presença e severidade, para a maioria dos efeitos estudados, além de ser dose-dependente (ROSSIGNOL, 1985; ROSSIGNOL & BONNLANDER, 1990; ROSSIGNOL e cols., 1991).

Os nossos dados não corroboraram essas assertivas, a freqüência de SPM foi independente do uso dessas substâncias, apesar da maior prevalência entre as que consomem mais. A intranqüilidade íntima pode induzir ao maior uso, por compulsão ou busca de alívio. O maior consumo, entre pessoas mais ansiosas, as deixará mais alertas para seus temores, mas o uso moderado parece não ter papel algum, em nosso meio.

Outra polêmica que envolve os estudiosos refere-se às atividades laborais das mulheres. Em termos de inserção no trabalho, encontramos menor prevalência da SPM nas mulheres que trabalham fora de casa, comparadas às que só lidam com tarefas domésticas. Não houve diferenças no nível de escolaridade e renda familiar que pudessem explicar essa importância, havendo vários estudos com resultado idêntico, restando cogitar que a convivência social, as possibilidades de reconhecimento de valor e a atenção dirigida ao trabalho diluem "venenos" da fase pré-menstrual, havendo vários estudos com resultado idêntico (SANDERS e cols., 1983; FRIEDMAN & JAFFE, 1985).

Contraditoriamente, levantamento realizado em São Paulo encontrou SPM mais freqüente entre mulheres que trabalhavam fora, ao estudar comparativamente um grupo que procurava tratamento e um de voluntárias, resultado atribuído às condições de estresse a que estariam mais sujeitas as que labutam além dos limites domésticos (RESENER e cols, 1993). A mulher que tem de competir no mercado de trabalho, provavelmente, é mais ativa na busca de tratamento, por sentir mais o peso das responsabilidades.

Em análise de mulheres com depressão, YONKERS & CHANTILIS (1995) concluíram que o trabalho fora de casa exerce papel positivo se confere suporte social e reconhecimento; do contrário, age como fator de risco, abrindo outro ângulo de análise do problema, com seus múltiplos aspectos confundidores.

O nível de renda não mostrou influência no desenvolvimento dos sintomas, resultado que merece ser visto com reservas, pois expressivo número de mulheres não soube definir seu padrão familiar. As mulheres estudadas provavelmente eram de condições econômicas muito semelhantes, como usuárias de serviços da rede pública de saúde, voltados às pessoas das camadas mais pobres. Apesar do não significado estatístico, relatos de sintomas foram maiores entre as mulheres de renda baixa, comparadas às de maior renda.

Como o nosso trabalho utilizou a percepção do dano para separar as mulheres com SPM, o nível educacional poderia ter influência sobre as respostas, mas o grau de escolaridade não se mostrou relacionado à prevalência da síndrome, dado diferente de observação norte-americana que

constatou mais sintomas nas mulheres de menor nível educacional (FRIEDMAN & JAFFE, 1985).

A percepção das alterações relacionadas ao ciclo e seus danos poderia estar sujeita a distorções. FAÚNDES e cols. (1993), ao analisar os registros diários de sintomas por três ciclos de 35 mulheres, acompanhados por mensuração do nível de LH, concluiu que a maioria tinha percepção de variações claras em determinados sintomas que se relacionavam às variações hormonais do ciclo ovárico, não sendo fácil, entretanto, transformá-los em indicadores úteis dos dias férteis, como era seu objetivo.

A presença de irritabilidade e/ou nervosismo foi relatada por mais de 88% das mulheres com forma grave de SPM. Esta alteração constitui a face mais característica do quadro, sendo responsável pelas controvérsias sobre a origem real da síndrome, por alguns vista simplesmente como manifestação de uma “perversão” psicológica. Essa imagem, tanto quanto nas doenças mentais, advém de um conceito de que é possível a dominação desse estado, não o sendo feito por deficiência pessoal, intelectual ou de caráter.

Na seqüência, os sintomas mais relacionados foram cansaço por 70,9% e depressão por 61,8%. A fadiga tem sido atribuída à hipoglicemia, alteração de prostaglandinas ou disfunção tireoidiana (REID & YEN, 1981; HALL, 1983; BUDOFF, 1983; DAWOOD, 1990), enquanto depressão tem sido relacionada à deficiência de vitamina B6 ou mais especificamente de

serotonina (RAPKIN, 1989; TULEINHEIMO, LAATIKAINEN, SALMINEN, 1987; SHAARA e cols., 1991).

Essas manifestações, juntamente com a irritabilidade, podem ser expressão de um único processo, dependendo da personalidade e estilo de vida de cada uma. O cansaço físico pode levar à irritação ou depressão e vice-versa. Os sentimentos de depressão podem ser associados aos de raiva, ressentimento, desespero, fúria e ódio, de tudo e de todos (SACKS, 1992).

O termo depressão é de uso recente, substituindo melancolia, e em Medicina difere um pouco do sentido de distúrbio do humor como é utilizado entre leigos, podendo existir até depressões sem esse distúrbio, ditas mascaradas (ZARIFIAN, 1989). Esse deve ser o processo subjacente nas pacientes irritadiças. Apenas três mulheres que relataram depressão não se queixavam também de irritabilidade.

Pouco mais de 10% do grupo afetado, não apresentavam um desses acometimentos. Trabalho com seleção prospectiva, objetivando avaliar o efeito da vitamina B6 no tratamento da SPM, encontrou 97% das mulheres selecionadas relatando irritabilidade e 79% depressão que, em estudo randomizado, duplo-cego, não melhoraram com a suplementação do nutriente (HAGEN, NESHEIM, TUNTLAND, 1985).

A depressão é atribuída, no meio psiquiátrico, a uma falha na formação da identidade na criança, gerada, segundo alguns, por "ausência" da figura materna, ou paterna, por outros. Freud a considerava "uma neurose narcísica"

(QUINET, 1997). Todavia, avolumam-se achados de alterações orgânicas na depressão, sendo configuradas três teorias para sua gênese: a das catecolaminas, a serotoninérgica e a dopaminérgica, por diminuição desses neurotransmissores no espaço sináptico. Diversos hormônios modulam a sensibilidade dos receptores de noradrenalina e serotonina, o que se relacionaria à frequência com que doenças endócrinas associam-se a estados de alteração de humor (SIMÕES e cols., 1996).

O antecedente de doença psiquiátrica esteve presente em 21% das mulheres com SPM e em apenas 11% das assintomáticas ou com pouco sintomas. Existem registros de problema psiquiátrico de base em até 50% das pacientes em busca de tratamento para SPM, especialmente depressão endógena ou distúrbio bipolar (SANDERS e cols, 1983; HALBREICH e cols, 1985; HARRINSON e cols, 1985). Por seu lado, extensa revisão do assunto revelou séries com até 65% de diagnósticos de SPM em pacientes com depressão e de 30% a 60% de doenças psiquiátricas em mulheres com SPM, bem mais que a prevalência média de 10% na faixa etária estudada (YONKERS & CHANTILIS, 1995).

São descritas analogias e diferenças entre as duas entidades. Níveis de cortisol mais altos, verificados na depressão, foram também relatados no pré-mênstruo na SPM (BUTT, WATTS, HOLDER, 1983; REDEI & FREEMAN, 1995), mas não confirmados em outros ensaios (MORTOLA e cols., 1989; CERIN e cols, 1993). O perfil circadiano da melatonina e os níveis de GABA estariam alterados em ambos os quadros (PARRY, BERGA, KRIPKE, 1990;

HALBREICH e cols., 1996), diverso da resposta à estimulação pelo TSH-RH e do padrão cognitivo, só modificados na depressão (REID & YEN, 1981; WATTS e cols., 1985; RAPKIN, 1989).

Para CARNEY (1981), as mulheres portadoras da síndrome são "intelectualizadas, neuróticas, introvertidas e de personalidade obsessiva". Todavia, análises criteriosas discriminando os grupos com SPM típica e magnificação, encontraram, entre as primeiras, maior índice de extroversão, mas não de neuroticismo, assim como em relação às assintomáticas (SANDERS e cols., 1983; HAMARBÄCK & BACKSTRÖM, 1989).

RUBINOW & SCHMIDT (1995) sugeriram que um estado disfórico experimentado repetidamente poderia facilitar o desenvolvimento gradual ou a expressão de uma desordem afetiva, em indivíduos geneticamente predispostos. A depressão pré-menstrual tanto poderia preceder o desenvolvimento de depressão maior, como ser manifestação de resolução incompleta dessa patologia, tendo o período apenas maior vulnerabilidade biológica (ROY-BYRNE e cols., 1987a; KATHOL, 1987; PEARLSTEIN, 1995).

A cefaléia pré-menstrual foi assinalada por 61,8% das mulheres com forma grave de SPM, nível semelhante ao constatado por HAGEN e cols., (1985), com documentação prospectiva, enquanto BEDONE e cols., (1995) encontraram essa queixa em 86% de um grupo com SPM, em avaliação retrospectiva. A análise de um grupo de mulheres de 22 a 29 anos, que procuravam tratamento para enxaqueca, apontou apenas as que tinham o

quadro precedido por aura, com significativamente mais crises relacionadas ao ciclo nos primeiros três dias da menstruação (JOHANNES e cols., 1995). É possível que as mulheres com cefaléia pré-menstrual, pela resolução espontânea, sejam mais conformadas e nem procurem tratamento, não figurando, portanto, nessas estatísticas.

A cefaléia é atribuída a alterações da serotonina ou da glicemia. FRANCIS (1993), em comentário no jornal Folha de São Paulo sobre a origem da palavra marmelada, contribui inadvertidamente para a segunda hipótese, relatando que Mary Stuart, rainha da Escócia, na prisão em que permaneceu 19 anos, por ordem de Elisabeth I da Inglaterra, tinha horríveis dores de cabeça pré-menstruais, que melhoravam quando suas damas de companhia, francesas, preparavam-lhe um doce de laranja e entravam na cozinha cantando "*Marie est malade*". Essa informação, ele a teria visto em peça em cartaz na *Broadway*, e em um almanaque infantil, quando criança.

A mastalgia, reportada por 59,1% das mulheres com forma grave de SPM, também apresentou comportamento semelhante ao registrado por HAGEN e cols., (1985). É atribuída à ação da PRL, cujos níveis alterados alguns crêem ser a causa da SPM. Foi constatada sua elevação em mais de 40% das doentes (HALBREICH & EDINCOTT 1985), embora outras séries tenham contestado esta diferença (LOPES e cols., 1985; WATTS e cols., 1985; CERIN e cols., 1993). Os níveis apresentam variações fisiológicas, com pico na época ovulatória e mais altos na fase lútea que na folicular (CLARE, 1985).

A PRL, durante a fase lútea média atua como estimulante do corpo amarelo, mas, em grandes doses tem efeito contrário, com conseqüente diminuição na produção de progesterona. Sua secreção parece estar sob dependência frenadora da dopamina, importante neurotransmissor nos processos mentais e a hiperprolactinemia indicaria sua redução, que é relacionada ao desenvolvimento de depressão (BENEDEK-JASZMANN & STURVENT, 1976; ATILA, 1987).

Recentemente tem se destacado o papel das prostaglandinas no desenvolvimento da mastalgia, especialmente do grupo E, sendo que se recomenda, para alívio, a administração de ácidos graxos essenciais, que corrigiriam a alteração (HORROBIN, 1993).

A dor abdominal, apontada por 54,5% das mulheres com SPM, poderia derivar da 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 P, 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 dor nas pernas, que lhe poderia ser correlata, aludida espontaneamente por mais 13,6%. Esses índices estão bem abaixo dos reportados por outros autores, que chegam a 92% (ANDERSCH e cols., 1986). Em geral, acredita-se que seja manifestação de retenção hídrica mas, recentemente, apontou-se

evidências de redistribuição de líquidos e não de retenção, pois, mulheres com SPM exibiram mudanças cíclicas significativas no fluxo transcapilar do tecido subcutâneo durante a fase progestacional, sem aumento do volume plasmático (TOLLAN e cols., 1993).

As teorias em voga atribuem o edema à ação da P, que levaria à flacidez da parede venosa, com prejuízo à drenagem, ou por atuar como agonista da aldosterona induzindo natriurese, em seguida compensada por aumento no eixo renina-angiotensina ou conversão para deoxicorticosterona (AUGUSTO & URBANETZ. 1985). Sabe-se que o nível de renina varia durante o ciclo, sendo menor na fase folicular, com máximo no dia seguinte ao pico do LH (HERTOGH e cols., 1989), fato que estaria relacionado a maior concentração de aldosterona, com freqüência constatada na fase lútea das mulheres com SPM (CERIN e cols., 1993). Outros supõem a existência de hiperestrogenismo, que ativaria a produção de angiotensinogênio e renina, com formação de angiotensina, cuja ação no córtex supra-renal elevaria a produção de aldosterona (FERRIANI e cols., 1984).

A identificação de deficiência na capacidade de decisão restringiu-se a 23,6% das mulheres com SPM, sabendo-se de antemão que essa percepção é complexa e dependente do ritmo de vida de cada uma, de sua capacidade intelectual e personalidade, da atenção para o problema, além de suas necessidades ou possibilidades de tomar decisões. Provavelmente é apenas uma decorrência do estado depressivo, pois sempre figurou acompanhado de depressão ou irritabilidade e nervosismo.

Os nossos dados não indicaram associação entre história de hipertensão na gravidez e SPM, apesar da frequência ligeiramente maior de formas graves entre as com esse antecedente. DALTON (1984), defendeu a relação com a toxemia gravídica, afirmando que mulheres que têm SPM seriam mais sujeitas a desenvolver pré-eclâmpsia ou depressão puerperal e, ainda, que 90% das que tiveram pré-eclâmpsia e/ou depressão desenvolveriam SPM no retorno das menstruações. As novas teorias sobre o edema aproximam esses quadros.

Tanto na hipertensão gestacional, quanto na dismenorréia e na SPM, existem indícios de ação das prostaglandinas. Há evidências que as implicam, principalmente as pertencentes à série E, na regulação da secreção de GnRH, diretamente, por produção intraneural de PG E2 ou por mediar os efeitos das catecolaminas na secreção de GnRH (KEMP, BARACAT, LIMA, 1994). Na toxemia cogita-se um desequilíbrio na produção de tromboxano A2 e prostaciclina I2.

Os outros antecedentes pesquisados, asma, alergias, calculose renal, artrite e epilepsia não mostraram relação com a forma grave de SPM, embora em torno de 10% das mulheres com SPM relataram já ter sofrido crises de asma. Calculose renal poderia estar associada a distúrbio do metabolismo do cálcio, que também tem sido presumido na SPM. CERIN e cols., (1993) não encontraram diferenças na calcemia ou magnesemia, mas observaram elevação maior do PTH na fase ovulatória de mulheres com SPM e ensaio clínico com suplemento de cálcio observou melhora em humor, retenção hídrica

e dor durante as fases lútea e menstrual (THYS-JACOBS & ALVIR, 1995). Acredita-se que a SPM pode ter relação com o desenvolvimento de osteoporose após a menopausa (LEE & KANIS, 1994).

O relato de sintomas desagradáveis no período do fluxo menstrual, a dismenorréia, atingiu 71,3% de todas as mulheres, sendo severa em 48,8%, nível dentro dos parâmetros reportados na literatura, que variam entre 50% a 70% (BORTOLETTO e cols., 1995). A freqüência desse quadro foi maior entre as mulheres com forma grave de SPM. É possível que algumas tenham confundido os quadros, mas provavelmente ambos têm algo em comum, já que quase todos os trabalhos encontram a mesma situação, alguns até com 100% de associação (SANDERS e cols., 1983; STEEGE, STOUT, RUPP, 1985). Neste trabalho, a coexistência das duas entidades aconteceu em 75% das mulheres com forma grave, semelhante ao observado por CHUONG e cols. (1988), que encontraram o mesmo percentual em mulheres com SPM e só 15% nas controles.

Qual seria o elo de ligação entre esses processos? Nas mulheres que sofrem de dismenorréia há aumento de prostaglandinas e diminuição de prostaciclina no endométrio, além de aumento na produção de leucotrienos e elevação da vasopressina circulante, condições que parecem ser apenas de produção local, por isquemia dos capilares (PARISER e cols., 1985; DAWOOD, 1990; BORTOLETTO e cols., 1995). O uso de contraceptivo oral seguramente alivia a dismenorréia, fato atribuído à diminuição da reatividade à PG F2 ? e vasopressina (HAUKSSÖN e cols., 1989). Em pacientes com dismenorréia

primária mensurou-se níveis de E2 mais elevados na fase lútea, o que, como já citado, alguns asseveram também acontecer na SPM.

Apesar dessa consistente base biológica, há quem atribua a dismenorréia a uma doença da civilização, pois mulheres de culturas primitivas teriam poucos males menstruais. Para PAGLIA (1992) *"na vida tribal a mulher tem uma identidade abrangente ou coletiva, a religião tribal cultua a Natureza e a ela subordina-se. Na avançada sociedade ocidental, que tenta melhorar ou ultrapassar a Natureza e que erigiu o individualismo e a realização pessoal como modelos, a crua realidade da condição feminina emerge com dolorosa clareza. Quanto mais a mulher corre em busca de identidade e autonomia pessoais, quanto mais desenvolve a sua imaginação, mais feroz será a luta contra a natureza - quer dizer, com as obstinadas leis físicas de seu próprio corpo"*.

O processo doloroso pode ser exacerbado em situações de ansiedade, medo ou tensão, e também ser alterado por aspectos cognitivos e crenças (RAPKIN, 1990). Provavelmente, as mulheres primitivas tinham pouca percepção de seu corpo e também de seus sentimentos e anseios. A mulher ocidental vive uma vida menos estafante e mais confortável que suas antepassadas e ganhou muito em saúde e qualidade de vida, tendo mais conhecimento e maior atenção para o funcionamento do seu corpo.

Entretanto, a maioria (52,7%) das mulheres entrevistadas não soube precisar quando haviam iniciado seus sintomas, levando-nos a pensar em

processo insidioso, que demora a ser percebido. Entre as que se lembravam, 63,5% os percebiam desde as primeiras menstruações e por volta de 10% após o casamento, igual número após a primeira gravidez e também a laqueadura e 5% após o uso da pílula anticoncepcional, apesar dessas variáveis terem mostrado impacto.

KEYE Jr, HAMMOND, STRONG (1986), encontraram média de tempo com sintomas de 11,1 anos, sendo mais de 35% relatando início na adolescência e 52% após nascimento de um filho. Suas mulheres haviam consultado três médicos em média, por este motivo, algumas oito ou nove, o que expressa as diferenças culturais que permeiam a abordagem da SPM, pois somente 40% das mulheres mais afetadas em nossa população procuraram médico por esta causa.

FRIEDMAN E JAFFE (1985) afirmam não haver relação entre sentir os sintomas e procurar médicos. Isso acontece, provavelmente, pela transitoriedade do processo, por resignação, ou talvez por descrédito nas possibilidades de alívio. Quando procurados, mais de 56% dos profissionais, segundo elas, não consideraram que estavam diante de um problema a ser tratado, aproximadamente 24% ativeram-se ao alívio de alguns sintomas, especialmente os dolorosos e 15% prescreveram outras medidas.

Sabemos que alguns sintomas podem ser de curta duração, poucas horas ou um dia, esvaindo-se em uma noite de sono, mas isso não foi observado nas respostas de nossas entrevistadas. Apenas um terço das

mulheres com forma grave revelou sofrimento de um ou dois dias, sendo que mais de 10% declararam vigência por mais de uma semana. Provavelmente, isso deve-se à multiplicidade de sintomas, experimentada por mais de 94%, não sendo necessariamente concomitantes. Esse aspecto só poderia ser analisado em um trabalho prospectivo.

Segundo BACKSTRÖM (1992) a SPM agrava-se quando se iniciam os fenômenos regressivos do corpo lúteo, por volta do 24º ou 25º dia do ciclo, cinco a seis dias após o pico da P. A surpreendente observação de SCHMIDT e cols. (1991) de que os sintomas, tanto psíquicos quanto somáticos, continuaram na mesma data projetada, quando a menstruação foi induzida logo após a ovulação, por mifepristone ou luteólise com HCG, faz pensar que o evento desencadeador aconteça no primeiro período do ciclo.

O dano provocado pelos sintomas pré-menstruais mais identificado pelas mulheres foi a dificuldade na realização de tarefas, assinalado por 70% das afetadas, com 10% chegando a perder dia de trabalho. Os outros danos foram relacionados à interação com outros indivíduos, especialmente familiares, com mais de 50% referindo brigas e, igual percentagem, associação de eventualidades.

Em nosso trabalho a avaliação de dano foi incorporada à definição da síndrome, como preconizado por destacados pesquisadores na área. Tivemos mais 22,4% das mulheres que disseram ter um ou mais sintomas intensos, mas que não reconheceram, ou não souberam exprimir, danos causados por eles; sendo, por isso, consideradas como forma moderada. O critério de

desconsiderar como doença os casos menos intensos é bastante discutível. Os relatos sempre representam o passado, pois são ligados a um ciclo mutável por natureza, a cada instante e no decorrer dos anos.

Os trabalhos de DALTON na década de 50, na Inglaterra, e o trabalho de CAVALCANTI em Recife, no final dos anos 70, mostraram indiscutível tendência de acidentes e violência envolvendo mulheres no período pré-menstrual, sendo que o brasileiro encontrou 75% dos delitos, 94% dos homicídios, 88% das agressões, 94% dos acidentes de trânsito e 100% das tentativas de suicídio nesse período (CAVALCANTI & LEAL, 1978). Estudo norte-americano estimou prejuízo de cinco milhões de dólares à indústria, com a diminuição da produtividade pré-menstrual, nos anos 80 (LEVER, BRUSH, HAYNES, 1982).

SIMONE DE BEAUVOIR (1982) em 1949 afirmava: *“em média as mulheres vivem tanto quanto os homens, mas adoecem muito mais vezes e durante muitos períodos não dispõem de si mesmas. A mulher como o homem, é seu corpo, mas seu corpo não é ela, é outra coisa. Socialmente, a mulher ter ovários e útero são as condições singulares que a encerram na sua subjetividade; diz-se, de bom grado, que ela pensa com suas glândulas. O homem esquece soberbamente que sua anatomia também comporta hormônios e testículos.”*

A distinção entre as esferas somática e psíquica nem sempre é fácil, mas, na nossa avaliação, mais de 75% apresentavam sintomas dessas duas

naturezas, associando irritabilidade ou depressão com quadros dolorosos ou edema.

Apesar dos sintomas físicos serem muito incômodos, sem dúvida, são os da esfera psíquica que têm maior repercussão, causam maiores sofrimentos e danos mais sérios e perenes, tanto no que tange aos relacionamentos familiares e sociais, quanto na tomada de decisões e no desempenho pessoal e profissional. A repercussão negativa torna-se mais evidente à medida que a mulher assume um papel mais exigente na vida, é chefe da família, ocupa posições de destaque, exerce atividades perigosas e tem que tomar decisões.

O reconhecimento da existência da SPM pode contribuir para a disseminação de preconceitos, a mulher vista como um ser instável, portanto, não-confiável para grandes decisões e cargos de comando. Algumas feministas até pretenderam negá-la, atribuindo os sintomas às condições sociais que cercearam o desenvolvimento feminino ou, quando muito, a uma distorção psicológica gerada por essas condições.

Será que fatores psicossociais podem ter uma expressão tão extensa e repercussão em tantos processos biológicos, a ponto de causar tantas alterações, comprovadas por tão eminentes pesquisadores? Geralmente, doenças degenerativas têm relação com idade ou paridade, as hormonais com raça, as infecciosas e mentais com padrões de vida. Influências múltiplas são comuns nas doenças funcionais. Os nossos achados apontam para vínculos tanto biológicos, quanto culturais e sociais.

A incidência de doenças mentais é influenciada pelo meio social, pelo ambiente, por condições econômicas e culturais. Quadros de conversão histérica, tão comuns em mulheres até a década de 60, diminuíram sensivelmente nos plantões de pronto-socorro, a ponto de ser dito pelo presidente da Associação Psiquiátrica Francesa que "a histeria se evapora de algumas classificações contemporâneas; além disso, seus aspectos sintomáticos evoluíram muito desde Charcot, Freud e Janet, não se apresentando mais sob formas espetaculares. O processo de conversão é agora mais sutil" (KAMMERER & WARTEL, 1989).

Muitas doenças orgânicas têm manifestações psíquicas, especialmente as neurológicas e as endócrinas. As anemias e processos carenciais podem se expressar por irritabilidade, provinda do corpo insatisfeito em suas necessidades vitais; todavia, o quadro não é muito expressivo. Nas doenças da tireóide essas alterações são mais marcantes, irritabilidade e fragilidade emocional são freqüentes no hipertireoidismo. O hipotireoidismo, por sua vez pode degenerar em quadros severos de agressividade e o hiperparatireoidismo também é rico em manifestações emocionais, podendo alterar completamente a personalidade.

Na perspectiva da sociobiologia, a SPM pode ser vista como o "chamado da floresta". PAGLIA (1992) diz que a *mulher pré-menstrual, levada à irritação ou à fúria ouve sinais do cérebro reptílico*". A dança dos hormônios faria o cérebro despir-se da civilização por momentos que se tornam abismos cheio de perigos, em um pressuposto de que há um selvagem dentro de cada um de nós, que temos instintos agressivos (WRIGHT, 1996).

MONTAGU (1978) contrapôs-se a esta interpretação da natureza humana, afirmando que a prática da agressividade na pré-história foi imensamente exagerada, os seres humanos viveram a maior parte da história de sua evolução de modo bem mais altruístico e pacífico. Ele aceita que haveria uma contribuição genética para quase toda forma de comportamento, mas o comportamento específico dos seres humanos não é determinado geneticamente. Os comportamentos agressivos na espécie humana fundam-se em razões, objetivos e, especialmente, defesa.

Outra possibilidade é ser vista como um choro biológico pela gravidez frustrada, uma revolta da natureza feminina, cujo desejo secreto é reproduzir-se. Como se o cérebro "lesse" os níveis hormonais pós-ovulatórios e se ressentisse por não haver elevação de HCG ou progesterona, aplicando, por uma espécie de raiva atávica, um castigo a esse corpo que não respeitou o desígnio máximo da natureza.

A SPM poderia ter razões evolutivas, sendo um mecanismo de preservação do organismo que vai se reproduzir, que se "ensimesma" para construir o ninho e torna-se hostil à aproximação do outro que pode colocá-lo em risco. A doença seria uma exacerbação dessa resposta, que degenera em funesta depressão ou incoordenação motora, que até coloca em risco o elemento que carrega a reprodução da vida, em mecanismo biológico semelhante a um quelóide, que corrompe o maravilhoso processo da regeneração cutânea.

O ciclo menstrual é condição inseparável da feminilidade. Seu desenrolar, muitas vezes penoso, precisa ser mais divulgado e discutido, para a mulher aprender a enfrentar suas dificuldades, da mesma maneira que convive com absorventes e tampões, que por inevitáveis, aprimoram-se em conforto e segurança.

Conciliar o mecanismo biológico com as necessidades da vida social, que despreza a bioquímica e a fisiologia, gerando o que Kant denominou "a incompatibilidade do humano com o mundo" é uma tarefa a ser realizada. A SPM não é apenas um problema do universo feminino. Sua compreensão pode ajudar no desvendar de processos que atingem todos os seres humanos e a união de homens e mulheres, para compreendê-la e enfrentá-la, pode tornar o mundo mais compatível com a nossa humanidade.

7. Conclusões

1. Quase a totalidade das mulheres admitiu manifestações desagradáveis na fase pré-menstrual, e metade delas identificou danos a sua vida, especialmente no desenvolvimento de tarefas e/ou no relacionamento interpessoal.
2. A SPM foi associada a fatores psicossociais, como ter companheiro de vida conjugal e trabalho exclusivamente doméstico, mas também com fatores biológicos como ter ciclos irregulares, ligadura tubária ou dismenorréia.
3. A SPM não foi associada à idade, cor, gestações, idade da menarca e primeira gestação, antecedentes de abortamentos e de hipertensão na gravidez, calculose renal, asma, artrites, alergias, epilepsia ou doenças psiquiátricas.
4. A SPM não foi associada com atividade sexual e suas disfunções, nem ao uso de métodos anticoncepcionais hormonais.
5. A SPM não foi associada à ingestão de substâncias cafeinadas ou tabagismo.

6. A SPM não foi associada à qualidade do relacionamento do casal, nível de renda ou escolaridade.
7. O quadro clínico, de início impreciso ou desde as primeiras menstruações, foi composto por múltiplos sintomas, geralmente associando irritabilidade ou depressão, com dores abdominais ou cefaléia e edema, atingindo, para a maioria, até 7 dias.
8. Poucas mulheres procuraram tratamento por esta causa. A maioria dos profissionais, segundo as que procuraram, não considerou que estava diante de um problema a ser tratado.

8. Summary

Premenstrual Syndrome is a condition not well defined nor well understood, and there isn't a consensus in the majority of its aspects. With the purpose of evaluating its determinant factors, a descriptive cross sectional study was performed in 254 women about presence and intensity of symptoms in the premenstrual period. Four groups were identified: the ones with no symptoms, representing 13.8%; the ones with light symptoms, 22.4%; the ones with moderate symptoms, a total of 20.5%; and the ones identified as presenting severe symptoms, 43.8%. The use of logistic regression analysis, odds ratio, and confidence tests, has established the association of severe symptoms with living with a partner, having undergone a tubal ligation, or not being a workingwoman. There were no significant differences regarding age, color of the skin, quality of conjugal relationship, age at first gestation and at menarche, use of hormonal contraceptives, sexual activity and its dysfunctions, gestations, miscarriages, use of caffeine, smoking habit, education level, and income. The severe form of symptoms was more prevalent in women with dysmenorrhea or irregular menstrual cycle. History of psychiatric diseases, hypertension during

gestation, asthma, allergies, renal calculus, seizures and arthritis, did not show any differences. Among the ones presenting the severe form, the most reported symptom was irritability (88%), followed by fatigue in 70.9%, depression and cephalgia (61.8% each). Also, 94% of these women presented more than one symptom and 76.4% presented an association of physical and psychological symptoms. A few women looked for treatment and were told by the professionals that they did not need any treatment. It was concluded that the premenstrual syndrome has affected almost all women, half of them intensely, generally for a few days, and it was associated to biologic and psychosocial conditions.

9. Referências Bibliográficas

ABOU-SALEH, M.T. & COPPEN, A. - The biology of folate in depression : implications for nutritional hypotheses of the psychoses. **J. Psychiat. Res.**, **20**:91-101, 1986.

AGRESTI, A. Categorical data analysis. John Wiley & Sons, Inc, New York, 1990.

ALMEIDA, A.M.M. - Transtorno disfórico pré-menstrual: entidade distinta ou comorbidade? **Rev. Psiqu. Clín.**, **23**:59-68, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. (3rd ed. Ver). Washington, DC., 1987.

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE - **Premenstrual Syndrome (PMS): A Guide for Patients**, 1ª ed, 1997.

ANDERSCH, B.; WENDESTAM, C.; HAHN, L.; OHMAN, R. - Premenstrual complaints: 1. Prevalence of premenstrual symptoms in a Swedish urban population. **J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.**, **5**:39-46, 1986.

ARMITAGE, R. & YONKERS, K. - Case report: menstrual-related very short REM latency in a healthy normal control. **Sleep**, **17**:345-7, 1994.

- ATILA, H.W. - Effects of prolactin on steroidogenesis by human luteal cells culture. **Fertil. Steril.**, **47**:947-52, 1987.
- AUGUSTO, N. & URBANETZ, A. A. - Síndrome de tensão pré-menstrual. **Femina**, **13**:682-90, 1985.
- BÄCKSTRÖM, C.T.; BOYLE, L.T.; BAIRD, D.T. - Persistence of symptoms of premenstrual tension in hysterectomized women. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, **88**:530-6, 1981.
- BÄCKSTRÖM, C.T. - Neuroendocrinology of premenstrual syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **35**:612-28, 1992.
- BATES, G.W.; GARZA, D.E; GARZA, M.M. - Distúrbios do ciclo menstrual. **Clin. Ginecol. Obstét. Am. Norte**, **2**:299-309, 1990.
- BEAUVOIR, S. - **O segundo sexo**. Nova Fronteira. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1980. 525p.
- BEDONE, A .J.; CAPPI-MAIA, E.M.; MONTEIRO, I.M.U. - Tensão pré-menstrual. Resultados clínicos com cinco tipos de tratamento. **Ver. Bras. Ginecol.**, **17**:295-303, 1995.
- BENEDEK-JASZMANN, L.J. & STURTEVANT, H. - Premenstrual tension and functional infertility. **Lancet**, **22**:1095-8, 1976.
- BOGGESS, K.A.; WILLIAMSON, H.O.; HOMM, R.J. - Influência do ciclo menstrual sobre doenças sistêmicas. **Clín. Ginecol. Obstét. Am. Norte**, **2**:319-38, 1990.
- BONN, D. - Monoamina oxidase pode explicar os comportamentos dos fumantes. **Lancet**, **347**:527, 1996.

- BORTOLETTO, C.C.R.; GONÇALVES, W..J.; WAKAVAIACHI, V.M.B.;
HAIDAR, M.A.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. - Dismenorréia Primária:
Etiopatogenia e Terapêutica. **Femina**, **23**: 439-44, 1995.
- BUDOFF, P.W. - The use of Prostaglandin Inhibitor in the treatment of PMS. **J. Repr. Med.**, **28**:461-77, 1983.
- BUDOFF, P.W. - Use of Prostaglandin Inhibitors in the treatment of PMS. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:453-65, 1987.
- BURNET, R.B.; RADDEN, H.S.; EASTERBROOK, E.G.; MCKINNON, R.A.
Premenstrual syndrome and spironolactone. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, **31**:366-8, 1991.
- BUTT, W.R.; WATTS, J.F.; HOLDER, G. - The biochemical background to the premenstrual syndrome. In: TAYLOR, R.W. (ed). - **Premenstrual Syndrome**. Medical News Tribune, London 16, 1983.
- CAMARGO, D.A. - **Incidência de sintomas de tensão pré-menstrual em uma amostra de mulheres brasileiras** - Campinas, 1990. [Tese - Mestrado - PUCCAMP].
- CARNEY, M.W. - Menstrual disturbance: a psychogenic disorder? **Clin. Obstet. Gynecol.**, **8**:103-9, 1981.
- CAVALCANTI, R.C. & LEAL, W.B. - Síndrome da tensão pré-menstrual. **Rev. Ass. Nac. Ginecol. Obstet.**, **11**:25-9, 1978.
- CAVALCANTI, S.M.O.C. & VITIELLO, N. - Síndrome de tensão pré-menstrual. **Femina**, **15**:776-80, 1987.

CERIN, A.; COLLINS, A.; LANDGREN, B.M.; ENEROTH, P. - Hormone and biochemical profiles in premenstrual syndrome. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **72**:337-43, 1993.

CHIHAI, H.J. - Síndrome pré-menstrual: Atualização para o clínico. **Clín. Obstét. Ginecol. Am. Norte**, **2**:445-66, 1990.

CHUONG, C.J.; COULAM, C.B.; BERGSTRALH, E.; O'FALLON, W.M.; STEINMETZ, G.I. - Clinical trial of naltrexone in premenstrual syndrome. **Obstet. Gynecol.**, **72**: 332-6, 1988.

CHUONG C.J.; HSI, B.P.; GIBBONS, W.E. - Periovulatory beta-endorphin levels in premenstrual syndrome. **Obstet. Gynecol.**, **83**:755-60, 1994.

CHUONG, C.J. & DAWSON, E.B. - Zinc and copper levels in premenstrual syndrome. **Fertil. Steril.**, **62**:313-20, 1994.

CHUONG, C.J. & BURGOS, D.M. - Medical history in women with premenstrual syndrome. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.** **16(1)**: 21-7, 1995.

CLARE, A.W. - Premenstrual syndrome: Single or multiple causes ?. **Can. J. Psychiatry**, **30**:474-82, 1985.

COULSON, C.J. - Premenstrual syndrome-are gonadotropins the cause of this condition? **Med. Hypot.**, **19**:243-55, 1986.

CHRISTENSEN A.P. & OEI, T.P. - The efficacy of cognitive behaviour therapy in treating premenstrual dysphoric changes. **J. Affect. Disord.**, **33**:57-63, 1995.

CUMMING, D.C.; CUMMING, C.E.; KRAUSHER, R.J.; FOX, E.E. - Towards a definition of PMS.II: A factor analytic evaluation of premenstrual change in women with symptomatic premenstrual change. **J. Psychosom. Res.**, **35**: 713-20, 1991.

- DALTON, K. - **The premenstrual syndrome and progesterone therapy**. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1984.
- DAMASIO, A.R. - **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano**. - São Paulo, Companhia das Letras, 1996. 330p.
- DAWOOD, M.Y. - Dysmenorrhea. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **33**:168-73, 1990.
- DECLARATION DE HELSINKI – Recomendaciones para guiar a los medicos en la investigation biomedica en seres humanos. **Bol. Sanit. Panam.** **108**(5-6), 1990.
- DENNERSTEIN, L.; GOTTS, G.; BROWN, J.B.; MORSE, C.A.; FARLEY, T.M.; PINOL, A. - The relationship between the menstrual cycle and female sexual interest in women with PMS complaints and volunteers. **Psychoneuroendocrinology**, **19**:293-304, 1994.
- DE PIRRO, R.; FUSCO, A.; BERTOLI, A.; GRECO, A.V.; LAURO, R. - Insulin receptors during the menstrual cycle in normal women. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **47**:1387- 91, 1978.
- DIAMOND, M.P.; SIMONSON, D.C.; DE FRONZO, R.A. - Menstrual cyclicity has a profound effect on glucose homeostasis. **Fertil. Steril.**, **52**:204-9, 1989.
- DIEGOLI, M.S.C.; FONSECA, A.M.; DIEGOLI, C.A.; HALBE, H.W.; BAGNOLLI, V.R.; PINOTTI, J.A. - Síndrome pré-menstrual: estudo da incidência e variações sintomatológicas. **Rev. Ginecol. Obstet.**, **5**:238-42, 1994.
- DIGRE, K. & DAMASIO, H. - Menstrual migraine: differential diagnosis, evaluation and treatment. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:117-24, 1987.

- ELIASSON, O.; DENSMORE M.J.; DEGRAFF A.C. - Morbidity in asthma in relation to the menstrual cycle. **J. Allergy Clin. Immunol.**, **77**:87-91, 1986.
- ELIASSON, O.; DENSMORE, M.J.; SCHERZER, H.H. - The effect of sodium meclofenamate in premenstrual asthma: a controlled clinical trial. **J. Allergy Clin. Immunol.**, **79**:909-13, 1987.
- FAÚNDES, A.; RAMOS, M.; DÍAZ, M.; CASTRO, S. - Percepção de mudanças físicas e psíquicas durante o ciclo menstrual em relação ao dia ovulatório. **Rev. Ginecol. Obstet. São Paulo**, **4**:77-84, 1993.
- FERRIANI, R.A.; PHILBERT, P.M.P.; DUARTE, G. - Síndrome pré-menstrual. **Rev. Med. Hosp. Clín. Fac. Med. Ribeirão Preto - USP**, **17**:97-9, 1984.
- FRANCIS. P - "Lettice & Lovage". In Diários de Nova York. **Folha de São Paulo** 23 de outubro de 1993.
- FREEMAN, E.W.; RICKELS, K.; SCHWEIZER, E.; TING, T. - Relationship between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. **Psychol. Med.**, **25**:309-15, 1995.
- FRIEDMAN, M.D. & JAFFE, A. - Influence of life-style on the premenstrual syndrome- analysis of a questionnaire survey **J. Reprod. Med.**, **30**:715-9. 1985.
- GAY, P - **Freud: uma vida para o nosso tempo** - São Paulo, Companhia das Letras, 1989. 719p.
- GENTILE, G.P.; KAUFMAN, S.C.; HELBIG, D.W. - Is there any evidence for a post-tubal sterilization syndrome? **Fertil. Steril.**, **69**:179-86, 1998.

- GIBBS, C.J.; COUNTS, I. I.; LOCK, R.; FINNEGAN, R.J.; WHITE, R.J. - Premenstrual exacerbation of asthma. **Thorax**, **39**:833-8, 1984.
- GOODWIN, P.J.; DEBOER, G.; CLARK, R.M.; CATTON, P.; REDWOOD, S.; HOOD, N.; BOYD, N.F. - Cyclical mastopathy and premenopausal breast cancer risk. Results of a case-control study. **Breast Cancer Res. Treat.**, **33**:63-73, 1995.
- GOTTS, G.; MORSE, C.A.; DENNERSTEIN, L. - Premenstrual complaints: an idiosyncratic syndrome. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, **16**:29-35, 1995.
- GRAY, M.J.; STRAUSFELD, K.S.; WATANABE, M.; SIMS, E.A.H. - Aldosterone secretory rates in the normal menstrual cycle. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **28**:1269-75, 1968.
- GRIZZLE, J.E.; STARMER, C.F.; KOCK, G.G. Analysis of categorical data by linear models. **Biometrics**, **25**:489-504, 1969.
- GUERREIRO, C.A. - **Contribuição ao estudo da relação ciclo menstrual e crises epilépticas**. Campinas, 1989. [Tese - Doutorado - FCM/UNICAMP].
- GUERREIRO, C.A. & RAMOS, M.C. - Premenstrual seizure increase: influence of age, duration of disease, seizure frequency, previous complaint of perimenstrual accentuation, EEG and CT scan findings. **Arq. Neuropsiquiatria**, **49**:27-32, 1991.
- HAGEN, I.; NESHEIM, B.I.; TUNTLAND, T. - No effect of vitamin B6 against premenstrual tension. A controlled clinical study. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **64**:667-70, 1985.

- HALBREICH, U.; ENDICOTT, J.; CHACT, S.; NEE, J. - The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assesment Form. **Acta Psychiatr. Scand.**, **65**: 46-65, 1982.
- HALBREICH, U.; ENDICOTT, J.; LESSER, J. - The Clinical Diagnosis and Classification of Premenstrual Changes. **Can. J. Psychiatr.**, **30**:489-97, 1985.
- HALBREICH, V. & ENDICOTT, J. - Relationship of Dysphoric Premenstrual Changes to Depressive Disorders. **Acta Psychiatr. Scand.**, **71**:331-6, 1985.
- HALBREICH, U.; PETTY, F.; YONKERS, K.; KRAMER, G.L.; RUSH, A.J.; BIBI, K.W. - Low plasma gamma-aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. **Am. J. Psychiatry**, **153**:718-20, 1996.
- HALL, R.C.W. - Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. **Psychosomatics**, **24**:7-15, 1983.
- HAMMARBÄCK, S. & BÄCKSTRÖM, T. - Relationship between symptom severity and hormone changes in women with premenstrual syndrome. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, **10**:25-42, 1989.
- HANLEY, S.P. - Asthma variation with menstruation. **Br. J. Dis. Chest.**, **75**:306 - 11, 1981.
- HARGROVE, J.T. & ABRAHAM, G. E. - The incidence of premenstrual tension in a gynecologic clinic. **J. Repr. Med.**, **27**:721-4, 1982.
- HARLOW, S.D. - Epidemiology and premenstrual syndrome: theories abound but where is the supporting evidence? **Epidemiology**, **2**:399-401, 1991a.

- HARLOW, S.D. - Premenstrual syndrome - psychiatric or gynaecological disorder? **Ann. Med.**, **23**:625-33, 1991b.
- HARRINSON, W.M.; ROBKIN, J.G.; ENDICOTT, J. - Psychiatric evaluation of premenstrual syndrome. **Psychosomatics**, **26**:789-94, 1985.
- HAUKSSÖN, A.; EKSTRÖM, P.; JUCHNICKA, E.; LAUDANSKI, T.; ÄKERLUND, M. - The influence of a combined oral contraceptive on uterine activity and reactivity to agonists in primary dysmenorrhea. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **68**:31-4, 1989.
- HERTOGH, R.; VANKRIEKEN, L.; DE GASPARO, M., THOMAS, K. - Immunoradiometric assays of total renin and gonadotropins in serum during the menstrual cycle. **Fertil. Steril.**, **52**:209-15, 1989.
- HORROBIN, D.F.; PHIL, D. - The role of essential fatty acids and prostaglandins in the premenstrual syndrome. **J. Repr. Med.**, **28**:465-71, 1993.
- INTERNATIONAL HEALTH FOUNDATION (1979) *The Premenstrual Syndrome*. A report from the International Health Foundation, Geneva. (15BN 92-9003-115-8).
- JACKSON, N.A.; HOUGHTON, L.A.; WHORWELL, P.J.; CURRER, B. - Does the menstrual cycle affect anorectal physiology?. **Dig. Dis. Sci.**, **39**:2607-11, 1994.
- JANIGER, O., RIFENBURGER, R.; KERSH, R. - Cross cultural study of PMS. **Psychosomatics**, **13**:226-33, 1972.
- JOHANNES, C.B.; LINET, M.S.; STEWART, W.F.; CELENTANO, D.D.; LIPTON, R.B; SZKLO, M. - Relationship of headache with the phase of the menstrual cycle among young women: a daily diary study. **Neurology**, **45**:1076-82, 1995.

- JOHNSON, S.R. - The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:367-77, 1987.
- KAHN, H.A. ; SEMPOS, C.T. – **Statistical Methods in Epidemiology**. Oxford University Press, New York, 1989. 292p.
- KAMMERER, T. & WARTEL, R. - Diálogo sobre os diagnósticos In: **A querela dos diagnósticos**. Coleção O Campo Freudiano no Brasil. Jorge Zahar Editor, 1989, Rio de Janeiro. 1989. P.27-44.
- KATHOL, R.G. - Evaluation of psychiatric symptoms in patients presenting with symptoms of premenstrual tension syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**: 409-17,1987.
- KEMP, C.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. - Prostaglandinas em ginecologia e obstetrícia. **Rev. Bras. Med. Ginecol. Obstet.**, **5**:86-93, 1994.
- KEMMETT, D. & TIDMAN, M.J. - The influence of the menstrual cycle and pregnancy on atopic dermatitis. **Br. J. Dermatol.**, **125**:59-61, 1991.
- KEYE Jr., W.R.; HAMMOND, D.C.; STRONG, T. - Medical and psychologic characteristics of women presenting with premenstrual symptoms. **Obstet. Gynecol.**, **68**:634-7, 1986.
- KLOCK, S.C. - Premenstrual syndrome, postpartum depression and menopausal depression. **Clin. North Am.**, **3**: 149-62, 1992.
- LEE, S.J. & KANIS, J.A. - An association between osteoporosis and premenstrual symptoms and postmenopausal symptoms. **Bone Miner.**, **24**:127-34, 1994.

- LEVER, J.; BRUSH, M.; HAYNES, B. - **Tensão pré-menstrual: a doença não reconhecida**. 1ª ed. Martins Fontes Editora, São Paulo, 1982.105p.
- LOPES, J.R.C.; DIETZE, M.A.C.; BARBOSA, A.C.P.; CARNEIRO NETO, P.; SALES, K.A. - A tensão pré-menstrual, uma síndrome hiperprolactinêmica? **Femina**, **13**:136-8, 1985.
- LOVESTONE, S. - Periodic psychosis associated with the premenstrual cycle and increased blink rate. **Br. J. Psych.**, **161**:402-4, 1992.
- LYONS-WALL, P.M.; CHOUDHURY, N.; GERBRANDY, E.A.; TRUSWELL, A.S. - Increase of high-density lipoprotein cholesterol at ovulation in healthy women. **Atherosclerosis**, **105**:171-8, 1994.
- MARINELLI, M. - Síndrome pré-menstrual - Um problema de mulher? **Femina**, **25**:267-80, 1997.
- MARVAN, M.L. & MARTINEZ-MILLAN, M.L. - Comunicacion marital y sintomas premenstruales. **Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.**, **41**:24-8, 1995.
- MASSIL, H.Y. & O'BRIEN, S. - Approach to the management of premenstrual syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:443-52, 1987.
- MATTSON, R. H. & CRAMER, J.A. - Epilepsy, hormones and drugs. **Epilepsia**, **26S**:40-8, 1985.
- MENDONÇA, M.; DESLANDES, B.S.; CARVALHO, C.N. - Síndrome de tensão pré-menstrual. **J. Bras. Ginecol.**, **99**:59-64, 1989.
- MUSEY, V.C.; COLLINS, D.C.; MUSEY, P.I.; MARTINO-SALTZMAN, D.; PREEDY, J.R.K. Long-term effect of a first pregnancy on the secretion of prolactin. **New Engl. J. Med.**, **316**:229-34, 1987.

MITCHELL, E.S.; WOODS, N.F.; LENTZ, M.J. - Differentiation de women with three perimenstrual symptom patterns. **Nurs. Res.**, **43**:25-30, 1994.

MONTAGU, A. - **A natureza da agressividade humana**. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1978. 284p.

MORTOLA J.F.; GIRTON, L.; BECK, L.; YEN, S.S.C. - Depressive episodes in PMS. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **161**:1682-9, 1989.

MORTOLA, J.F. - Issues in the diagnosis and research of premenstrual syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **35**:587-99, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - **IX Código Internacional das Doenças**, Genebra, 1978

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. - **X Código Internacional das Doenças**, Genebra, 1989.

OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; BENTO, S.F.; VIANA, S.A.; FAÚNDES, A. - Efeitos da laqueadura tubária na vida das mulheres. In: **VI International Conference on Maternal and Neonatal Health**. Campinas, 3-5 nov 1997.

PAGLIA, C. – **Personas Sexuais – Arte e Decadência de Nefertite a Emily Dickinson**. Companhia das Letras. São Paulo, 1992. 655p.

PARISER, S.F.; STERN, S.L.; SHANK, M.L.; FALKO, J.; O'SHAUGHNESSY, R.W.; FRIEDMAN, C.I. - Premenstrual syndrome: concern, controversies and treatment. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **153**:599-604, 1985.

PARRY, B.L.; BERGA, S.R.; KRIPKE, D.F. - Altered vaweform of plasma nocturnal melatonin secretion in Premenstrual Depression. **Arch. Gen. Psych.**, **47**:1139-47, 1990.

PAYKEL, E.S. & PRIEST, R.G. - Recognition and management of depression in general practice: consensus statement. **Br. Med. J.** **305**: 1199-202, 1992.

PEARLSTEIN, T.B. - Hormones and depression: What are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy?. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **173**:646-53, 1995.

PIRES, M.L.N. & CALIL, H.M. - Síndrome pré-menstrual. **Cons. Méd.**, **8**:16-8, 1991.

POSACI, C.; ERTEN, O.; UREN, A.; ACAR, B.; DOKUZ, E.Y.L. - Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual tension syndrome. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **73**:452-5, 1994.

QUINET, A. - A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão., melancolia. In: ALMEIDA, C.P. & MOURA, J.M. - **As formas clínicas da dor de existir**. 1ª ed. Editora KALIMEROS - Escola Brasileira de Psicanálise. Rio de Janeiro , 1997. 389p.

RAPKIN, A. - Mood and cognitive style in PMS. **Obstet. Gynecol.**, **74**:644-9, 1989.

RAPKIN, A. J. - Neuroanatomy, neurophysiology and neuropharmacology of pelvic pain. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **33**:119-28, 1990.

RASKIN, N.H. - Serotonin receptors and headache. **New Engl. J. Med.**, **325**:353-4, 1991.

READING, A.E. - Cognitive models of premenstrual syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **35**:693-700, 1992.

REDEI, E. & FREEMAN, E.W. - Daily plasma estradiol and progesterone levels over the menstrual cycle and their relation to premenstrual symptoms.

Psychoneuroendocrinology, **20**:259-67, 1995.

REID, R.L. & YEN, S.S.C. - Premenstrual syndrome. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **139**:85-104, 1981.

REIMÃO, R. - Epidemiologia da insônia no Brasil. In: **IX Congresso Mundial de Psiquiatria**. Associação Mundial de Psiquiatria, Rio de Janeiro, 1993.

RESENER, E.V.; SANTOS, J.E.; FERRRIANI, L.A; MOURA, M.D.; SÁ, M.F.S. - Uso de questionário para o diagnóstico de síndrome pré-menstrual.

Femina, **21**:1072-82, 1993.

ROJANSKY, N. & HALBREICH, U. - Prevalence and severity of premenstrual changes after tubal sterilization. **J. Reprod. Med.**, **36**:551-5, 1991.

ROSENSTEIN D.L.; ELIN, R.J.; HOSSEINI, J.M.; GROVER, G.; RUBINOW, D.R. - Magnesium measures across the menstrual cycle in premenstrual syndrome. **J. Biol. Psychiatry**, **35**:557-61, 1994.

ROSSIGNOL, A. M. - Caffeine-containing beverages and premenstrual syndrome in young women. **Am. J. Public Health**, **75**:1335-7, 1985.

ROSSIGNOL, A.M. & BONNLANDER, H. - Caffeine-containing beverages, total fluid consumption, and premenstrual syndrome. **Am. J. Public Health**, **80**: 1106-10, 1990.

ROSSIGNOL, A.; BONNLANDER, H.; SONG, L.; PHILLIS, J.W. - Do women with premenstrual symptoms self-medicate with caffeine? **Epidemiology**, **2**: 403-8, 1991.

- ROSSEINSKY, D.R. & HALL, P.G. - An evolutionary theory of premenstrual tension. **Lancet**, **2**:1024, 1974.
- ROY-BYRNE, P.P.; HOBAN, M.C; RUBINOW, D.R. - The Relationship of Menstrually Related Mood Disorders to Psychiatric Disorders. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:386-96, 1987a.
- ROY-BYRNE, P.P.; RUBINOW, D.R.; HOBAN, M.C.; GROVER, G.N.; BLANK, D. - TSH and Prolactin Response to TRH in Patients with Premenstrual Syndrome. **Am. J. Psychiatry**, **144**:480-4, 1987b.
- RUBINOW, D.R.; HOBAN, C.; ROY-BYRNE, P.; GROVER, G.N.; POST, R. - Premenstrual syndromes: past and future research strategies. **Can. J. Psyc.**, **30**:469-73, 1985.
- RUBINOW, D.R. & SCHMIDT, P.J. - The treatment of premenstrual syndrome: forward into the past. **New Engl J. Med.**, **332**:1574-75, 1995.
- SACKS, O. **Enxaqueca**. Companhia das letras. São Paulo, 1992. 429p.
- SANDERS, D.; WARNER, P.; BÄCKSTRÖM, T.; BANCROFT, J. - Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. I. Changes in mood and physical state: description of subjects and method. **Psychosom. Med.**, **45**: 487-501, 1983.
- SAS INSTITUTE INC. SAS User's Guide: Statistics, Version 6 edition. Cary, N.C.: SAS Institute INC, 1992.
- SCHENK, C.H. & MAHOWALD, M.W. - Two cases of premenstrual sleep terrors and injurious sleep-walking. **J. Psychosom. Obstet. Gynecol.**, **16**:79-84, 1995.

- SCHMIDT, P.J.; KAHN, R.A.; RUBINOW, D.R. - Thyroid function in premenstrual syndrome. **New Engl. J. Med.**, **317**: 1537-42, 1987.
- SCHMIDT, P.J.; NIEMAN, L.K.; GROVER, G. N.; MULLER, K. L. ; MERRIAN, G.R.; RUBINOW, D.R - Lack of effect of induced menses on symptoms in women with premenstrual syndrome. **New Engl. J. Med.** **324**:1174-9, 1991.
- SHAARA, W.Y M.; SHAABAN, H.A.; EID, M.M.; ABDEL-AZIZ, O. - Plasma beta-endorphin level in cases of luteal phase defect. **Fertil. Steril.**, **56**:248-53, 1991.
- SIMÕES. R.D.; BARACAT, E.C.; HAIDAR, M.A.; PATRIARCA, M.T., LIMA, G.R. - Estrogênio e Depressão. **Compacta Ginecol.**, **11**:4-6, 1996.
- SMITH, S. & SCHIFF, I. - The premenstrual syndrome - diagnosis and treatment. **Fertil. Steril.** **52**: 527-44, 1989.
- STEEGE, J.F.; STOUT, A.L.; RUPP, S.L. - Relationships among premenstrual symptoms and menstrual cycle characteristics. **Obstet. Gynecol.**, **65**:398-402, 1985.
- STEINER, M. - Female-specific mood disorders. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **35**: 599-611, 1992.
- STOKES, M.E.; DAVIS, C.S.; KOCH, G.E. Categorical data analysis using the SAS system. SAS Institute Inc, 1995.
- STRICKLER, R.C. - Endocrine Hypotheses for the Etiology of Premenstrual Syndrome. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **30**:377-84, 1987.

- THYS-JACOBS, S. & ALVIR, M.J. - Calcium-regulating hormones across the menstrual cycle: evidence of a secondary hyperparathyroidism in women with PMS. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **80**:2227-32, 1995.
- TOLLAN, A.; OLAN, P.; FADNES, H.O.; MALTAU, J.N. - Evidence for altered transcapillary fluid balance in women with the premenstrual syndrome. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **72**:238-42, 1993.
- TULENHEIMO, A.; LAATIKAINEN, T.; SALMINEN, K. - Plasma B-endorphin immunoreactivity in premenstrual tension. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, **94**:26-9, 1987.
- VITIELLO, N. - Aspectos médicos e psicossociais da tensão pré-menstrual. **Femina**, **8**:725-8, 1985.
- WATTS, J.F.; BUTT, W.R.; EDWARDS, R.L.; HOLDER, G. - Hormonal studies in women with PMS. **Br. J. Obstet. Gynecol.**, **92**:247-55, 1985.
- WEISSMAN, M. - Sexo frágil, sexo deprimido? Entrevista a revista **ORGYN VIII**, 1997.
- WEST, C.P. - The Characteristics of 100 women presenting to a gynecological clinic with premenstrual complaints. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.** **68**: 743-747, 1989.
- WHEELDON, N.M.; NEWNHAM, D.M.; COUTIE, W.J.; PETERS, J.A.; MCDEVITT, D.G.; LIPWORTH, B.J. - Influence of sex-steroid hormones on the regulation of lymphocyte beta 2-adrenoceptors during the menstrual cycle. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, **37**:583-8, 1994.
- WOODS, N.; MOST, A.; DERY, G. K. - Prevalence of premenstrual symptoms. **Am. J. Public Health**, **72**:1257-64, 1982.

WOODS, N.F.; LENTZ, M.J.; MITCHELL, E.S.; KOGAN, H. - Arousal and stress response across the menstrual cycle in women with three perimenstrual symptom patterns. **Res. Nurs. Health**, 17:99-110, 1994.

WRIGHT, R. - **O Animal Moral: porque somos como somos: a nova ciência da psicologia evolucionista**. - Editora Campus, Rio de Janeiro, 1996. 416p.

YONKERS, K.A. & CHANTILIS, S.J. - Recognition of depression in obstetris / gynecologic practices. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, 173:632-8, 1995.

YUK, V.J.; CUMMING, C.E.; FOX, E.E., CUMMING, D.C. - Frequency and severity of premenstrual symptoms in women taking birth controls pills. **Gynecol. Obstet. Invest.**, 31:42-5, 1991.

ZARIFIAN, E. - Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: **A Querela dos Diagnósticos**. Coleção O Campo Freudiano no Brasil. Jorge Zahar Editor Rio de Janeiro, 1989. p.45-52.

10. Bibliografia de Normatizações

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/
PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

11. Anexos

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS RELACIONADOS AO CICLO MENSTRUAL Nº ____ / ____ DIA ____ / ____ / ____

V. TEM PROBLEMAS QUE APARECEM NO PERÍODO PREMENSTRUAL? S N EC CAS SOLT SEP VIU AMA

ASSINALE OS QUE V. SENTE E A INTENSIDADE : LEVE (L) MODERADA (M) INTENSA (I)

1. DOR NAS MAMAS	(L)	(M)	(I)	6. DOR DE CABEÇA	(L)	(M)	
(I)							
2. INCHAÇO NAS PERNAS	(L)	(M)	(I)	7. DEPRESSÃO, TRISTEZA	(L)	(M)	(I)
3. DOR ABDOMINAL	(L)	(M)	(I)	8. DOR NAS COSTAS	(L)	(M)	(I)
4. CANSAÇO, MOLEZA	(L)	(M)	(I)	9. INDECISÃO	(L)	(M)	(I)
5. IRRITAÇÃO, NERVOSO	(L)	(M)	(I)	10. MENOS DESEJO	(L)	(M)	
(I)							

OUTROS _____

—

QUAL O DANO? PERDA DE DIA DE TRABALHO DIFICULDADE NAS TAREFAS BRIGAS
GASTOS
FAMÍLIA SOFRE INCÔMODO

OUTRO _____

—

ACONTECE TODOS OS CICLOS QUASE SEMPRE AS VEZES

QUANTOS DIAS ANTES DA MENSTRUACÃO 1-2 DIAS 3-4 DIAS 1 SEMANA ATÉ 2 SEM

QUANDO **COMEÇOU** **A** **SENTIR**

JÁ PROCUROU AUXÍLIO MÉDICO POR ISSO? N S : **COMO FOI TRATADA** NÃO ERA NADA ANALGÉSICOS

OUTROS _____

SENTE SINTOMAS NO PERÍODO MENSTRUAL N 1 - 2 **DIATODO** O quê?(Diga se **MUITO (M)** ou **POUCO(P)**
CÓLICAS (M) (P) DOR DE CABEÇA (M) (P) ENJÔO (M) (P) DIARRÉIA (M) (P)

OUTRO _____

JÁ PROCUROU AUXÍLIO MÉDICO POR ISSO? N S : **COMO FOI TRATADA?** NÃO ERA NADA ANALGÉSICOS

OUTROS _____

QUAL O DANO? PERDA DE DIA DE TRABALHO DIFICULDADE NAS TAREFAS MAL ESTAR GASTOS

OUTROS _____

SEU CICLO MENSTRUAL: VARIA DE _____ a _____ dias SANGRA _____ / _____ dias MUITO POUCO NORMAL

1ª **MENST** _____ / _____ ! anos 1ª **GRAV** _____ / _____ anos G _____ P _____ AE _____ AP _____ FV _____

DUM _____ / _____ / _____

VIDA SEXUAL SIM NUNCA AGORA NÃO TEM DESEJO S N RARO **ORGASMO** S N

RARO

MAC PIL DIU CON TAB LAQ VASEC DEPO OUT

TABAGISMO NÃO ATÉ 5 CIG ATÉ 10 ATÉ 20 MAIS DE 20 **BEBE CHÁ OU CAFÉ** NÃO MUITO POUCO

V. TEM OU TEVE ALERGIA ASMA PEDRA NO RIM CRISE NERVOSA

DEPRESSÃO PRESSÃO ALTA NA GRAVIDEZ ARTRITE ATAQUES

O SEU RELACIONAMENTO COM O COMPANHEIRO É BOM? S N JÁ TEVE OUTRA UNIÃO DURADOURA ANTES S N

TEM PROBLEMA COM FAMILIARES

TRABALHO NO LAR FORA (descrever atividade e
horário)_____

RENDA FAMILIAR ATÉ 2 SM 2 a 5 SM 5 a 10 SM MAIS DE 10 HAB RURAL FAVELA ALVENARIA

ESCOLARIDADE ATÉ 2 ANOS ATÉ 4 5 a 8 2º GRAU SUPERIOR IDADE _____ anos