



ARTIGO ORIGINAL

Transtorno disfórico pré-menstrual e sintomas depressivos em acadêmicas do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina

Premenstrual dysphoric disorder and depressive symptoms in academics of Medical School from University of Southern Santa Catarina

Catharine de Lurdes Riedi¹, Viviane Pessi Feldens², Daniele Vinholes³

Resumo

O presente trabalho foi estabelecido para avaliar a prevalência do transtorno disfórico pré-menstrual e sintomas depressivos em acadêmicas de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, verificando assim uma possível associação entre eles. Estudo transversal, realizado de fevereiro a junho de 2013 em uma amostra final de 84 acadêmicas. Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, a escala de autoavaliação de síndrome de transtorno pré-menstrual de Steiner e o inventário de Beck para depressão. Foi realizada análise estatística bivariada e multivariada com regressão logística, nível de significância de 5%. Encontrou-se uma alta prevalência de sintomas pré-menstruais (39,2%) e depressivos (45,2%) e uma importante associação entre eles ($p=0,000$). Consideramos esse o principal resultado do trabalho, o que pode sugerir o transtorno disfórico pré-menstrual como uma expressão clínica de transtorno de humor.

Descritores: Distúrbios menstruais. Ciclo menstrual. Depressão.

Abstract

This study sets out to assess the prevalence of premenstrual dysphoric disorder and depressive symptoms in medicine students from the University of Southern Santa Catarina, thus verifying a possible association between them. The cross-sectional study conducted from February to June 2013 resulted in a final sample of 84 students. The instruments used were a demographic questionnaire, the Steiner rating scale of premenstrual tension syndrome and the Beck Depression Inventory. Both bivariate and multivariate statistical analysis was performed, resulting in a logistic regression significant at a 5% level. A high prevalence of premenstrual symptoms (39,2%) and depression (45,2%) and a significant association between them ($p=0.000$) was found. We consider this association the main result of this work, suggesting premenstrual dysphoric disorder as a clinical expression of mood disorder.

Key words: Menstrual disorders. Menstrual cycle. Depression.

1. Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC. Membro ativo da Liga Acadêmica de Pediatria de Tubarão, Santa Catarina.
2. Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC. Doutora em Psicologia –Universidad del Salvador – USAL.
3. Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC. Doutora em Epidemiologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

Introdução

O período pré-menstrual representa vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, que iniciam na semana anterior à menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual, caracterizando a síndrome pré-menstrual (SPM). Apesar de os sintomas serem comuns entre as mulheres, para que seja considerada a síndrome, devem causar prejuízo nas atividades rotineiras, no trabalho, na escola ou no convívio social ⁽¹⁻³⁾.

O transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) é uma variante da SPM, que apresenta alterações no comportamento, humor, cognição e sintomas somáticos, sendo um quadro mais grave, com repercussões em vários aspectos da vida da mulher. Sabe-se que mulheres sofrem com sintomas pré-menstruais desde os tempos mais remotos. Entretanto, hodiernamente, com a maior expectativa de vida e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, além de haver um maior controle de natalidade, o público feminino experimenta mais ciclos menstruais durante a vida, fazendo com que esses sintomas não possam mais ser tolerados ^(1,3).

Embora os hormônios sexuais tenham importância central evidenciada na etiologia do TDPM, estudos não confirmaram correlação do excesso ou abstinência de estrógeno, déficit de progesterona, ou mudanças nas taxas de estrógeno/progesterona. Em mulheres sensíveis, a oscilação normal nos níveis de estrógenos e progesterona no ciclo menstrual atua sobre a função serotoninérgica, levando às manifestações do distúrbio. A interação entre os sistemas é multifatorial e complexa, podendo o quadro até mesmo ser geneticamente determinado. Noradrenalina, GABA, allopregnanolone (Allo, um metabólito da progesterona ansiolítico que age no receptor GABA), endorfinas e fatores envolvidos na homeostase de cálcio podem estar todos envolvidos ^(2,4-6).

Abraham classificou a SPM em quatro subgrupos, de acordo com os sintomas apresentados, quais sejam: SPM-A é a mais comum, apresentando-se com intensa ansiedade, irritabilidade e tensão nervosa. A SPM-H é a segunda mais frequente, e se caracteriza por edema, dores abdominais, mastalgia e ganho de peso. Na SPM-C, o sintoma principal é a cefaléia, podendo ocorrer aumento do apetite, desejo incontrolável de ingerir alimentos doces, fadiga, palpitações e tremores. A SPM-D manifesta-se por intensa depressão, insônia, choro fácil, esquecimento e confusão. Estudos realizados no Brasil mostraram uma prevalência de SPM entre 8% e 86%, sendo os sintomas relatados como os mais graves a irritabilidade (86%), o cansaço (71%), a depressão e a cefaléia (62%, cada) ^(2,7).

Os principais fatores de risco para o TDPM são a

idade superior a 30 anos, fluxo menstrual abundante, a hereditariedade e a história de vários ciclos menstruais não interrompidos por gravidez. Urge pontificar que o estresse, a dieta e uso excessivo de substâncias como cafeína, álcool, xantina ou nicotina também influenciam. O diagnóstico é clínico, podendo ser realizado pela anamnese, pelo exame físico e pelos exames complementares, quando necessário ^(4,8,9).

De acordo com o quadro sintomatológico, a depressão é um quadro prevalente no período pré-menstrual. Por isso, alguns estudos acerca desse assunto foram feitos. Atualmente, a depressão apresenta-se como uma doença que afeta cerca de 10 a 15% da população, sendo que entre as mulheres esse índice sobe para 20% (sintomas mais intensos e prevalentes em períodos pré-menstruais, principalmente pela diminuição de serotonina a nível cerebral). Pode-se observar uma correlação positiva entre os sintomas depressivos e TDPM, sugerindo que este possa ser um subtipo clínico de transtorno depressivo. Apesar disso, a intensidade da sintomatologia depressiva pré-menstrual é comparativamente mais branda do que a habitualmente encontrada em pacientes com depressão maior. Não se pode afirmar que a depressão pode levar a uma maior susceptibilidade para TDPM ou se o contrário é verdadeiro, pois estudos prévios encontraram as duas relações temporais ^(1,10).

Baseando-se nessa possível relação, medicamentos psicotrópicos - principalmente os antidepressivos - vêm sendo testados nas últimas décadas para o tratamento do TDPM. Apenas três substâncias foram aprovadas pela Food and Drug Administration (FDA) para o tratamento do TDPM: a fluoxetina, a sertralina e a paroxetina ^(7,8,11).

Estudos epidemiológicos mostraram que 75% a 80% das mulheres apresentam sintomas pré-menstruais. Cerca de 10% das mulheres entrevistadas declararam terem sintomas perturbadores, impondo a necessidade de auxílio profissional. Entre 2% e 8% do público em idade reprodutiva relatam sintomas severos o suficiente para desequilibrar suas vidas social, familiar e profissional. Esse desequilíbrio se deve ao fato de que muitas não entendem que seu estado se deve a manifestação de uma doença que pode ser tratada e por isso convivem com os sintomas por longos períodos sem procurar ajuda especializada. Apesar disso, um número cada vez maior de mulheres em idade reprodutiva vem verbalizando as repercussões físicas e emocionais do TDPM, sendo os sintomas emocionais referidos como os de maior intensidade. Portanto, têm que o sofrimento acima exposto constitui um problema de saúde pública, com consequências importantes nas áreas pessoal, econômica e de equidade, tanto para o público feminino afetado quanto para a sociedade ^(1,3,5).

A partir dessa justificativa, este trabalho tem como principal objetivo avaliar a prevalência do TDPM e sintomas depressivos entre acadêmicas da Universidade do Sul de Santa Catarina, descrever o perfil sociodemográfico e verificar se existe uma possível associação entre TDPM e depressão.

Métodos

Estudo transversal, desenvolvido na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), de março a junho de 2013. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina, sob o número 12.350.4.01.III.

A amostra foi composta por 127 acadêmicas devidamente matriculadas entre a primeira e oitava fase do curso de medicina da Unisul, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas 28 acadêmicas com ciclos menstruais irregulares, 15 acadêmicas com Síndrome do Ovário Policístico e 5 com Hipotireoidismo, já que estas patologias podem afetar os ciclos; sendo que cinco apresentaram ao mesmo tempo ciclos menstruais irregulares e ovários policísticos, uma hipotireoidismo e ciclos irregulares e uma hipotireoidismo e ovários policísticos, resultando uma amostra final de 84 acadêmicas.

A coleta de dados foi realizada por intermédio de abordagem das universitárias em sala de aula, onde primeiramente foram explicados os objetivos da pesquisa e, depois, distribuídos os três questionários utilizados, quais sejam: um sociodemográfico, abordando idade, relacionamento, antecedentes menstruais, sexuais e obstétricos, história mórbida pregressa com a presença de comorbidades e um item referente a percepção da acadêmica sobre a presença de sintomas pré-menstruais e o quanto isso a afetava; a Escala de Autoavaliação de Síndrome de Transtorno Pré-menstrual de Steiner, que define o diagnóstico de TDPM, contendo 11 itens; e o Inventário de Depressão de Beck, composto por 21 itens. Frisa-se que os dois últimos questionários foram validados para a versão brasileira^(12,13).

Para a definição da presença ou ausência de TDPM na escala de Steiner foram seguidos os critérios listados no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM IV), de acordo com o qual é obrigatória a presença de 5 ou mais sintomas nos dois últimos ciclos menstruais e de pelo menos um dos sintomas relatados nos itens 1 (humor deprimido, sentimento de desesperança ou sentimento de depreciação), 2 (ansiedade marcante, tensão ou sentimento de “estar no limite”), 3 (instabilidade afetiva marcante) e 4 (raiva ou irritabilidade pronunciada, ou aumento significativo de conflitos pessoais)⁽³⁾.

Para a classificação dos sintomas depressivos, pesquisados segundo o Inventário de Beck⁽¹³⁾, estabeleceu-se para uma pontuação menor que 10 a ausência de depressão, de 10 a 18 pontos depressão leve a moderada, 19 a 29 pontos depressão moderada a grave e 30 a 63 pontos depressão grave.

Foi realizada uma análise descritiva e analítica para expor os resultados obtidos. A análise estatística bivariada foi efetivada por meio de tabela de referência cruzada com obtenção do qui-quadrado (variáveis dicotômicas) e Teste t de Student para amostras independentes para as variáveis contínuas. O modelo final foi obtido por meio de regressão logística e multivariada com regressão logística, nível de significância de 5%. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas. Os dados foram arquivados em planilha eletrônica tipo Excel e o pacote estatístico utilizado para análise foi o SPSS versão 20.0.

Resultados

A amostra final foi de 84 acadêmicas. O perfil da amostra revelou uma idade média de 21,57 anos (DP= 3,067), sendo que a maioria - 62,8% acadêmicas - tinha entre 20 e 23 anos. 58,3% (49 acadêmicas) estavam em um relacionamento sério. Em relação aos antecedentes menstruais, a média de idade da menarca foi de 12 anos (DP= 1,26). Quanto aos antecedentes sexuais, a idade média da sexarca foi de 17,6 anos (DP= 0,214), e 95,2% (80 acadêmicas) faziam uso de algum tipo de método contraceptivo, dentre os quais se sobressaíram o anticoncepcional oral (ACO) - 81% / 68 acadêmicas - e o preservativo masculino - 65,5% / 55 acadêmicas.

Na amostra estudada encontramos 39,2% - 33 acadêmicas - portadoras de TDPM. Os sintomas mais encontrados foram os depressivos, instabilidade afetiva, irritabilidade, mudanças de apetite e sintomas físicos como mastalgia, edema, cefaléia, mialgia, artralgia e ganho de peso.

Há uma prevalência de 45,2% (38 acadêmicas) com sintomas depressivos. O principal resultado encontrado, sendo uma variável independente para o estudo, foi associação da depressão com o TDPM, com uma significância de 0,000.

As variáveis submetidas à análise bivariada encontram-se na Tabela 1.

Discussão

Mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade e com menos de trinta anos, que são praticamente a totalidade da população do estudo em questão, apresen-

tam uma maior prevalência de TDPM, dado que têm conhecimento maior sobre seu próprio corpo e assim notam o aparecimento de sintomas de uma forma cíclica ^(2,9).

Em relação a menarca, a idade média foi de 12 anos, resultado encontrado também em outros trabalhos. De acordo com estudos realizados, quanto mais cedo as mulheres menstruam, mais predispostas estão ao aparecimento de sintomas pré-menstruais e também sintomas depressivos ^(1,14,15).

Em relação ao fato de estarem ou não em um relacionamento, não há diferença na prevalência, nem no risco para desenvolvimento de TDPM ($P=0,62$), resultado semelhante ao estudo de Silva e Colaboradores ⁽²⁾.

Ciclos anovulatórios, como os induzidos pelo uso de ACO, estão relacionados a uma menor sintomatologia pré-menstrual, mas isso não se aplica a mulheres portadoras de TDPM. Na análise bivariada, o uso de ACO não teve associação com o referido transtorno. Esse resultado pode ser corroborado pelos trabalhos de Antunes e Bianco, em que aquele encontrou que os transtornos psiquiátricos ligados à variação pré-menstrual não parecem melhorar com o uso de pílulas anticoncepcionais, e este que o uso de ACO pode estar relacionado com graus mais elevados da depressão em mulheres predispostas a este sintoma ^(14,16). Contraditoriamente, o trabalho de Silva e Colaboradores encontrou um fator de proteção para mulheres em uso de ACO de 17%, quando comparado com a situação daquelas que não usavam esse método, assim como sugere o trabalho de Pires e colaboradores. Esses medicamentos têm sido comumente prescritos por ginecologistas para tratamento do TDPM ^(2,6,10).

As acadêmicas participantes do estudo foram indagadas sobre a crença de apresentarem ou não TDPM e, dentre as que acreditavam terem sintomas, 58% não tinham critérios para o referido transtorno segundo Steiner. Diferentemente das que declararam não ter sintomas, 100% não tinham pelo score {OR- 1,71 (1,42 – 2,07 IC 95%)}. Resultado semelhante já foi encontrado em estudo, no qual apenas metade das mulheres que acreditavam ter sintomas realmente apresentavam o TDPM segundo critérios ⁽²⁾.

Quando aplicado o questionário de Steiner o resultado obtido foi de 39,2% de prevalência de TDPM, o que já foi encontrado em trabalhos anteriores, com o mesmo tipo de estudo e critérios para classificação do transtorno ^(1,17). É sabido que cada vez mais mulheres em idade reprodutiva vêm verbalizando sintomas físicos e emocionais a respeito do TDPM, sendo que a maior ênfase é em relação aos emocionais. Esses sintomas podem ocasionar prejuízos em ordem familiar, social e profissional, colocando em evidência os principais mo-

tivos pelos quais o transtorno vem ganhando o campo de pesquisa em diagnóstico e tratamento, visando melhora de qualidade de vida para essas mulheres ^(10,18).

O resultado mais importante do trabalho em questão, que corrobora o de estudos anteriores, diz respeito a associação entre TDPM e Depressão. Encontrou-se uma significância de $p = 0,000$ para este cruzamento, onde acadêmicas com sintomas depressivos, apontados pelo questionário, têm uma razão de chance 5,52 vezes maior de apresentarem TDPM, sendo a depressão uma variável com caráter independente ^(10,18). Os episódios depressivos são mais comuns durante os anos reprodutivos – como a amostra estudada no presente estudo - e podem iniciar ou se tornar mais intensos em períodos pré-menstruais. Existem muitos sintomas em comum entre TDPM e depressão, apesar de que os sintomas depressivos são mais brandos no TDPM ^(3,8,10).

Em que pese o exposto, ainda não se sabe se a Depressão predispõe ao desenvolvimento do TDPM ou se essa afirmação acontece do modo inverso. São necessários estudos para estabelecer se a piora clínica durante a fase lútea representaria uma exacerbação de transtorno preexistente ou uma sobreposição do TDPM a outra condição em curso ^(10,19,20).

Referências

1. Carvalho VCP, Cantilino A, Carreiro NMP, Sá LF, Sougey EB. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Rev Psiquiatr RS*. 2009;31(2):105-111
2. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa ACG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev Saúde Pública* 2006;40(1):47-56
3. Carvalho VCP, Cantilino A, Gonçalves CRK, Moura RT, Sougey EB. Prevalência da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre Estudantes Universitárias. *NEUROBIOLOGIA*, 73 (1) jan./mar., 2010
4. Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 19, n. 3, dez. 2003.
5. Valadares GC, Ferreira LV, Filho HC, Silva MAR. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiqu. Clín.* 33 (3); 117-123, 2006
6. Brilhante AVM, Bilhar APM, Carvalho CB, Karbage SAL, Pequeno Filho EP, Rocha ES. Síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual: as-

pectos atuais. FEMINA | Julho 2010 | vol 38 | nº 7)

7. Approbato MS, Silva CDA, Perini GF, Miranda TG, Fonseca TD, Freitas VC. Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. RBGO - v. 23, nº 7, 2001
8. Cheniaux E. Tratamento da disforia pré-menstrual com antidepressivos: revisão dos ensaios clínicos controlados. J Bras Psiquiatr, 2006;55(2): 142-147.
9. Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. Arq Ciênc Saúde 2006 jul-set;13(3)
10. Pires ML, Calil HM. Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. Rev Bras Psiquiatr.1999;21(2):118-27.
11. Santos LAS, Soares C, Dias ACG, Penna N, Castro AOS, Azeredo VB. Estado nutricional e consumo alimentar de mulheres jovens na fase lútea e folicular do ciclo menstrual. Rev. Nutr., Campinas, v. 24, n. 2, abr. 2011.
12. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica, 25(5):245-250, 1998.
13. Gorenstein, C. & Andrade, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. Brazilian Journal of Medical and Biological Research 29:453-457,1996.
14. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. Influência do ciclo menstrual em episódios depressivos. Arq Cienc Saude UNIPAR. 2004;8(1):11-7.)
15. Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. J Bras Psiquiatr. 2005;54(1):57-68.
16. Antunes G, Rico VV, Gouveira Junior A. Variações da ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do uso de pílulas anticoncepcionais. Interação Psicol. 2004;8(1):81-7.
17. Silva CM. Síndrome pré-menstrual: prevalência e fatores associados na população urbana de Pelotas [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2004.
18. Azevedo MR, Saito MI, Berenstein E, Viegas D. Síndrome pré-menstrual em adolescentes: um estudo transversal dos fatores biopsicossociais. Arq Med ABC. 2006;31(1):12-7.
19. Halbreich U, Endicott J. Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica 1985;71:331-8.

20. Graze KK, Nee J, Endicott J. Premenstrual depression predicts future major depressive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica 1990;81:201-5.

Tabela 1. Análise Bivariada

| Variável | | TDPM Não | | TDPM Sim | | Total | P** | RC (IC 95%) |
|-----------------------------|-----|----------|------|----------|------|-------|-------|-------------------|
| | | N | % | N | % | | | |
| Depressão | Não | 36 | 78,3 | 10 | 21,7 | 46 | 0,000 | 5,52 (2,12-14,35) |
| | Sim | 15 | 39,5 | 23 | 60,5 | 38 | | |
| Anticoncepcional Oral | Não | 10 | 62,5 | 6 | 37,5 | 16 | 0,871 | |
| | Sim | 41 | 60,3 | 27 | 39,7 | 68 | | |
| Crença da presença de TDPM* | Não | 5 | 100 | 0 | 0 | 5 | 0,064 | |
| | Sim | 46 | 58,2 | 33 | 41,8 | 79 | | |
| Em um Relacionamento | Não | 24 | 47,1 | 27 | 52,9 | 51 | 0,620 | |
| | Sim | 13 | 40,6 | 19 | 59,4 | 32 | | |

*TDPM: Transtorno Disfórico Pré-menstrual.

**p=0,05

Endereço para correspondência

Viviane Pessi Feldens
 Rua: Santos Dumont, 882. Apto 403
 Tubarão, SC - 88.701.611
 E-mail: viviane.pessi@gmail.com