

Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual

Prevalence and sociability of women with premenstrual syndrome

Isabela C. Rodrigues¹; Elmari de Oliveira²

¹Aluna do 2º ano de Graduação em Enfermagem*; ²Docente de Enfermagem Geral*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Resumo Resumo

O presente estudo teve um caráter descritivo, realizado com uma amostra casual de 101 mulheres de 15 a 40 anos entre estudantes e funcionárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, com o objetivo de estudar a prevalência da Síndrome Pré-Menstrual (SPM), destacando o modo como essas mulheres vivenciam e enfrentam a SPM; quais os sintomas característicos e as possíveis causas e conseqüências que possam interferir socialmente. O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado preenchido pelos próprios sujeitos da pesquisa que consentiram participar da mesma. Como resultados, notamos que mesmo entre faixas etárias distintas, a sintomatologia da SPM está presente, sendo que 99% das mulheres têm a percepção desses sintomas característicos e 81,2% relatam algum tipo de interferência da síndrome no seu cotidiano. Dentre os sintomas questionados, a ansiedade com 72,4%, a facilidade de choro com 61,4% e a irritabilidade com 54,4%, foram os mais queixados. Segundo os referenciais mais usados na área da saúde atualmente, aproximadamente 97,2% das mulheres poderiam ser classificadas como portadoras da SPM - CID-10, e segundo o DSM-IV, 82,4%. Esses números contraditórios das classificações das doenças sejam pelo CID-10 ou pelo DSM-IV, mostram a falta de estudos mais aprofundados sobre assunto que definam com clareza os diagnósticos e propicie uma melhor qualidade de vida para as mulheres, fazendo com que a menstruação que é um elemento inerente à natureza feminina, se torne um momento de transtornos e sofrimento.

Palavras-chave Mulheres; Síndrome Pré-Menstrual; Sinais e Sintomas; Qualidade de Vida.

Abstract This is a descriptive study, comprising a casual sample of 101 women, ages ranging from 15 to 40 years, among students and workers of the Medical School of São José do Rio Preto, SP, FAMERP. The objective of the study was to observe the prevalence of Premenstrual Syndrome (PMS), emphasizing in what way these women have been living with and facing the PMS; its characteristic symptoms, possible causes and consequences that can interfere socially. The instrument used to collect data was a semi-structured questionnaire fulfilled by the subjects of the study who accepted to be enrolled in the study. The results showed that even in different age groups, the PMS symptoms were present: 99% of the women could notice these symptoms, and 81.2% related them to some interference in their daily life. Among the most complained symptoms were: anxiety 72.4% of the cases, to cry easily 61.4%, and irritability 54.4%. According to the specialized references used in the health field nowadays, nearly 97.2% of the women can be classified as having PMS - CID-10, and according to DSM-IV, 82.4%. These contradictory numbers of the disease classification either for the CID-10 or the DSM-IV show a lack of specific studies on the issue. These could define clearly the diagnosis, consequently a better quality of life for these women. Therefore, menstrual cycle should not be considered moments of trouble or pain, but an inherent element related to female human nature.

Keywords Women; Premenstrual Syndrome; Signs and Symptoms; Quality of Life.

Introdução

Síndrome Pré-Menstrual (STPM) pode ser definida como sendo um conjunto de perturbações caracterizadas por manifestações somáticas, afetivas, cognitivas e comportamentais que geralmente aparecem na fase pós-ovulatória do ciclo menstrual, aproximadamente entre o décimo quarto dia do ciclo com fenômeno

apical antes da menstruação e rápido declínio nos primeiros quatro dias do ciclo. Dependendo da intensidade pode interferir em alguns aspectos na vida da paciente que tendem a maiores conflitos familiares, menor ênfase aos valores, objetivos intelectuais e recreativos, além de perda de autonomia e inovação no campo do trabalho 1.

Os primeiros relatos sobre sintomas como cefaléia e agitação pré-menstrual já foram referidos há 2000 a.C., em papíros de Ebers e Kahun e descritos por Hipócrates¹. No entanto, ainda hoje, apesar dos avanços da ciência e dos equipamentos da mais alta tecnologia, a medicina ainda não conseguiu resolver uma das complicações mais desagradáveis para vida da mulher, que é a STPM 2, isso devido à subjetividade dos sintomas e à causa ainda não identificada que traz várias controvérsias 3.

O diagnóstico é clínico, realizado pela anamnese, pelo exame físico e pelos exames complementares quando necessário 1. Os sintomas são influenciados por fatores ambientais externos, como o estresse e a tensão diária, indiscrições nutricionais como refeições inadequadas ou raras e uso excessivo de substâncias, como cafeína, álcool, xantina ou nicotina 4. Estes sintomas incluem alterações emocionais (tensão, ansiedade, depressão, irritabilidade), comportamentais (modificações nos hábitos de trabalho, tendência para provocar brigas, crises de choro), cognitivas (concentração diminuída, indecisão), somáticas (dores lombares, cefaléias), motoras (alterações na coordenação, inabilidade), entre outras diversas 3.

Dividido em medidas gerais, começando com o esclarecimento do significado da síndrome junto à paciente, administração de medicamentos, dieta, condicionamento físico, sono e trabalho balanceados 1.

Por ainda ser pouco conhecida, a síndrome pré-menstrual não tem um tratamento muito satisfatório, o que se sabe é da necessidade de ser individualizado e em casos de distúrbios emocionais mais graves, ser associado ao trabalho psiquiátrico 4.

Em face da situação atual é que realizamos o presente estudo com o objetivo de fazer um levantamento de dados sobre a síndrome; estudar sua prevalência; conhecer como as mulheres vivenciam e enfrentam a mesma, quais os sintomas mais característicos e as possíveis causas e conseqüências para sua vida social.

Material e Método

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e descritivo, realizado com uma amostra casual simples, em um total de 101 mulheres, com idades entre 15 a 40 anos, alunas e funcionárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, que consentiram participar do estudo, após assinarem o termo de consentimento.

O instrumento para a coleta dos dados foi um questionário semi-estruturado, preenchido pelos sujeitos da pesquisa no período correspondente aos meses de maio e junho de 2006, que posteriormente, foram analisados e discutidos.

Esse projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e, após a devida aprovação iniciou-se o estudo, obedecendo às normas éticas relacionadas ao envolvimento de seres humanos.

Resultados

Entre essas 101 mulheres que participaram da pesquisa, 62,4% estão na faixa etária entre 15 e 21; 68,3% informaram não exercer trabalho remunerado com 28,7%, tendo uma renda mensal entre 1001 e 1500 reais e 83,2% afirmaram estudar atualmente, sendo o nível de escolaridade predominante o universitário com 78,2%, categorizando a amostra como uma população jovem, com acesso semelhante à informação (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil da amostra de alunas e funcionárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São Paulo, 2006.

Perfil da amostra	nº	%
Idade		
15 – 21	63	62,4
22 – 28	22	21,8
29 – 35	6	5,9
> 36	9	8,9
Não Mencionaram	1	1
Trabalho Remunerado		
Sim	32	31,7
Não	69	68,3
Renda Mensal		
200 a 1000	21	20,8
1001 a 1500	29	28,7
1501 a 2000	6	5,9
2001 a 2500	4	4
2501 a 3000	11	10,9
Acima de 3001	10	9,9
Não Mencionaram	20	19,8
Estudo atual		
Sim	84	83,2
Não	17	16,8
Escolaridade		
2º grau incompleto	2	2
2º grau completo	19	18,8
Nível universitário	79	78,2
Não responderam	1	1

Quando questionadas sobre algum problema ginecológico, 10,9% disseram ter algum tipo, destacando as seguintes patologias: síndrome dos ovários policísticos (3), ciclo menstrual irregular (1), inflamação no colo do uterino (1), candidíase vulvovaginal (1) e não especificou (1). No entanto, são patologias que dependem de uma série de fatores, o que impossibilita fazer algum tipo de relação com a síndrome pré-menstrual sem se ter à causa específica do problema, portanto, as mulheres que apresentam essas patologias foram incluídas na pesquisa e suas repostas analisadas com as da maioria^{5,6,7}.

Em relação à prática de exercícios físicos, 73,3% informaram não ter o hábito e as 27 mulheres que fazem exercício físico citaram atividades como: caminhada (14), academia/musculação (5), caratê (2), ginástica (1), ciclismo (1) e quatro mulheres não especificaram.

Quanto à alimentação, 59,4% afirmaram não fazer dieta alimentar frequentemente e das 40,6% das mulheres que responderam positivamente, 33,7% informaram que a realizam para emagrecer. Sobre o ciclo menstrual, 66,3 % disseram ter sua primeira menstruação entre 11 e 13 anos, 59,4% continuam tendo um ciclo mensal regular, de 28 dias - 59,4%, com a duração de cinco dias de sangramento - 42,6%. Também 49,5% afirmam fazer uso de remédios que regulam o ciclo. Entre os mais citados estão os anticoncepcionais orais (47,5%).

Sobre a maternidade, 13,9% disseram ter filhos, com uma média de 2,1 filhos, sendo 11,9% com realização de parto cirúrgico. Quatro mulheres confirmaram a realização de abortos.

As mulheres também foram questionadas sobre a presença de cólicas no período menstrual, sendo que 45,5% disseram sentir

às vezes, com pouca frequência e 42,6% afirmaram ter todo o mês, com 53,4% das mulheres apresentando as cólicas nos primeiros dias da menstruação e 54,4% responderam fazer uso de algum medicamento para interrompê-las. Dentre os medicamentos mais citados estavam os compostos por ácido mefenâmico (18 mulheres), cetoprofeno (16 mulheres) e piroxicam (6 mulheres).

Quando questionadas especificamente sobre a síndrome pré-menstrual, 67,3% disseram sentir outros sintomas no ciclo menstrual com frequência e 31,7% afirmaram senti-los, mas não com frequência, sendo que 43,5% delas sentem esses sintomas dias antes da menstruação, com uma média de 3,9 dias antes.

Quanto aos sintomas apresentados, 72,4% afirmaram sentir ansiedade; 61,4% facilidade de choro, 59,4% sensibilidade nas mamas, 54,4% irritabilidade, e 40,6% inchaço, estando entre os mais citados (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de alunas e funcionárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – São Paulo, segundo outros sintomas no período menstrual, 2006.

Sintomas	nº	%
Ansiedade	75	72,4
Facilidade de choro	62	61,4
Sensibilidade nas mamas	60	59,4
Irritabilidade	55	54,4
Espinhas	43	42,6
Inchaços	41	40,6
Cefaléia	40	39,6
Dores nas costas	34	33,7
Tensão	27	26,7
Depressão	25	24,7
Impulsividade	22	21,8
Concentração diminuída	22	21,8
Dores Abdominais	21	20,8
Desejo de certos alimentos	21	20,8
Dores musculares	16	15,8
Queda de cabelos	12	11,9
Indecisão	10	10
Enjôos	10	10
Corrimento vaginal	10	10
Cabelos oleosos	10	10
Tonturas	9	8,9
Diarréia	8	7,9
Insônia	8	7,9
Outros	6	5,9
Cabelos secos	4	4
Falta de apetite sexual	2	2
Palpitações	2	2
Tremores	1	1
Alteração de coordenação	1	1

Das 101 mulheres entrevistadas, 73,2% apresentaram mais de cinco sintomas mensais e 81,2% afirmaram interferência dos sintomas na sua vida social, sendo 18,8% com resposta afirmativa – “sim” e 62,4% “um pouco”. Considerando o diagnóstico do DSM-IV, apenas 82,4% seriam portadoras da síndrome pré-menstrual, na qual 73,2% teriam cinco sintomas ou mais e entre essas 74 mulheres, 61 teriam algum tipo de influência desses sintomas

na sua vida.

Levando em conta a classificação internacional das doenças – CID-10, 97,2% seriam portadoras da síndrome, já que apenas duas mulheres disseram não ter sintomas e uma omitiu a resposta, além de não considerar a interferência na vida cotidiana.

Quando questionadas sobre o início dos sintomas, 49,5% responderam senti-los desde a primeira menstruação e 36,6% responderam tê-los às vezes, não tendo percepção exata do seu início.

Sobre o tratamento, 78,2% disseram não tomar nenhuma atitude frente aos sintomas e 10,9% afirmaram tomar medicação específica para cada um deles.

Relacionado ao comportamento, 46,6% declaram que a percepção das outras pessoas para consigo neste período é normal, apenas 26,7% disseram serem vistas com atitude explosiva ou impulsiva e 17,8% com comportamento melancólico e desatento.

Sobre a convivência com elementos estressores, 68% das mulheres responderam ter um convívio constante e 71,3% afirmaram a relação de agravamento dos sintomas da síndrome pré-menstrual em momentos de estresse. Esse agravamento dos sintomas também foi descrito por duas mulheres quando há ingestão de determinados alimentos, principalmente, à base de caféina e 61,4% relataram a influência na piora dos sintomas no período menstrual, excluindo a possibilidade de ocorrência de outros distúrbios psíquicos e relacionando positivamente com a síndrome pré-menstrual.

Discussão dos resultados

Hoje se acredita que as mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade e com menos de trinta anos, como a amostra abordada neste estudo, apresentam uma maior prevalência para com a síndrome pré-menstrual, já que têm um maior acesso ao conhecimento dos sintomas e assim estão mais alertas para as modificações cíclicas em seu corpo⁸. A mulher do início do século procurava casar-se logo após a menarca e engravidava sucessivamente. Hoje o casamento é mais tardio e a fertilidade pode ser comprometida em razão do uso extensivo de métodos contraceptivos e, assim, a menstruação passou a estar mais presente na vida da mulher e a ocupar um período maior na sua vida². O estilo de vida, as atividades que fazem parte do cotidiano, a pressão da mídia, do grupo e da família podem repercutir não somente sobre o ciclo menstrual como também sobre sua percepção e significado¹⁵.

O fato de a maioria das mulheres não terem o hábito de exercer atividade física pode levar a acentuação dos sintomas, já que há tendência de mulheres que praticam exercícios terem menos sintomas pré-menstruais do que as inativas. Em relação às atividades citadas pela outra parcela da amostra, são consideradas aeróbicas, pois consomem energia baseada no aporte suficiente de oxigênio, além da influência neuroendócrina, amenizando os sintomas relacionados ao psíquico no período pré-menstrual¹. Afirma-se que dieta alimentar rica em carboidrato complexo e pobre em proteínas, na fase de acentuação da síndrome, causam um aumento da síntese de serotonina e melhoram os sintomas como irritabilidade, depressão, tensão, ansiedade, entre outros. Logo, o desejo por alimentos específicos como chocolate ou doces em geral, seria uma forma inconsciente de melhorar seu estado disfórico aumentando os níveis de serotonina e resgatando o equilíbrio, uma forma de alívio¹.

Porém, a ingestão de sal, açúcar e sódio em excesso elevam o grau de retenção hídrica decorrente da síndrome, logo se preconiza a limitação da ingesta dessas substâncias, especialmente, nessa fase¹. Se possível, também se recomenda que as mulheres que apresentam os sintomas da síndrome pré-menstrual mantenham o índice de massa corporal (IMC) igual ou abaixo de 25 kg/m²⁹.

A periodicidade do ciclo não tem significado direto com a síndrome, já outros estudos encontraram em mulheres de ciclo mais curto, de 20 a 25 dias, uma maior incidência da síndrome comparado com os ciclos de 26 a 30 dias^{10, 11}. Contraditoriamente, neste estudo foi encontrado um maior número de sintomas relacionados à SPM, em ciclos mais longos, com trinta dias ou mais. A literatura é controversa sobre a relação entre o uso hormonal de anticoncepcional e os sintomas da síndrome pré-menstrual, alguns autores sugerem o uso como uma forma de prevenir a oscilação hormonal e, conseqüentemente, o surgimento dos sintomas pré-menstruais, indicando que o uso de contraceptivos orais pode estar acompanhado de alterações cíclicas do humor, outros estudos usam essa informação como critério de exclusão para a pesquisa, já que afirmam que a síndrome deve ser diagnosticada apenas em ciclos espontâneos e outras pesquisas não indicam diferença entre os sintomas da síndrome e a contracepção, declarando a não aceitação da etiologia da síndrome relacionada com o ciclo hormonal^{1,8,9}.

Alguns estudos indicam a maior prevalência da síndrome pré-menstrual em mulheres que já estiveram grávidas, isto, pois, o ciclo gravídico-puerperal provoca tantas e tão profundas modificações no organismo feminino, que se acredita que elas possam ser duradouras. Por outro lado, outros estudiosos, admitem um papel negativo da gravidez frente à síndrome, encontrando uma freqüência maior dos sintomas em nuligestas. Quanto ao aborto não há relação significativa com a síndrome pré-menstrual, o que pode acontecer muitas vezes é o impacto desagradável da experiência levar a um quadro de sintomas psicológicos semelhantes ao quadro da síndrome, porém ocorre temporariamente, o contrário da síndrome que acontece com maior freqüência¹⁰.

A cólica menstrual, também chamada de dismenorréia corresponde a uma dor no abdômen inferior podendo irradiar-se para a região lombar ou até na coxa, variando de leve a intensa, com duração de 48 a 72 horas, que se inicia junto com o sangramento ou após, podendo também se manifestar algumas horas antes¹². Existem várias teorias que procuram explicar a dismenorréia como sendo causada por espasmo vascular (isquemia do miométrio), espasmo muscular (contrações uterinas intensas), espasmo do colo do útero, excitação de corpúsculos de Keiffer (isto do útero), hipersensibilidade aos esteróides sexuais, coagulação do sangue menstrual, interferência de ocitocina e vasopressina nas contrações uterinas, ação das prostaglandinas na hipercontratilidade uterina, entre outras¹².

Essas patogenias específicas para a dismenorréia fazem com que esta também se caracterize por uma síndrome específica e independente, levando a sintomas como náuseas, diarreia e cefaléias e não se relacionando intimamente com a síndrome pré-menstrual que abrange sintomas como dores abdominais, porém, de etiologia ainda não concluída, mas conhecidamente relacionados entre si¹².

Apesar das várias causas, observou-se que a severidade da dismenorréia não se relacionou com a idade, peso, altura, fre-

qüência de exercício físico ou intervalo do ciclo menstrual, evidenciando mais uma vez a não relação com a SPM que, comprovadamente, pode ser atenuada com o hábito de exercícios físicos e o balanceamento alimentar¹².

Ainda que seja uma síndrome independente, a dismenorréia leva a um desconforto físico e social passível de tratamento com analgésicos e quando as dores não cessam com métodos convencionais e tendem a ser progressivas e contínuas, deve-se suspeitar de alguma outra patologia que seja a causa básica, como endometriose ou tumor. O uso de antiinflamatórios não esteróides está entre os métodos mais utilizados, como ácido mefenâmico, cetoprofeno e piroxicam¹².

Os sintomas da síndrome pré-menstrual se iniciam de uma semana a dez dias antes da menstruação, se agravam dois a três dias antes e aliviam com o início do fluxo menstrual. Logo, a percepção das mulheres para com os sintomas com uma média de 3,9 dias antes, se dá por esse agravamento nestes dias anteriores e posterior alívio com a menstruação⁸.

Desde a antiguidade sabe-se que as mulheres sofrem de SPM, embora o mal provavelmente não fosse tão difundido na época 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, contribuíam 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. Apesar de toda a revolução cultural envolvendo a esfera feminina, os conceitos de impureza da menstruação ainda são evidentes. Não é raro, mesmo entre profissionais da saúde, a crença de que os sintomas da SPM se devem às dificuldades emocionais e escondem frustrações, especialmente, as relacionadas à esfera feminina¹¹.

Os sintomas mais queixados pelas mulheres, como irritabilidade, ansiedade, facilidade de choro, sensibilidade das mamas e edema, são compatíveis com a literatura que mostra os sintomas relacionados à instabilidade emocional atingindo a grande maioria das mulheres, estando em torno de 50 a 70% e associados com o acentuado declínio dos níveis circulantes de progesterona, assim como a mastodinia e o aumento do volume abdominal que deveriam ser considerados como sendo um sinal de que se deu a ovulação, fazendo parte do molime pré-menstrual^{1, 13}.

O edema, muito freqüente neste período, é relacionado à variação dos níveis de renina durante o ciclo¹¹, podendo haver uma hiperatividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, e logo por *feedback* aumenta se também a progesterona, que por excelência é natriurética. Para amenizá-lo, aconselha-se o repouso relativo, principalmente no meio do dia e em decúbito horizontal, já que isto facilita a eliminação de sódio e água¹⁴.

A cefaléia menstrual é atribuída por alterações da serotonina/glicemina, edema das meninges, isquemia cerebral ou fatores de ordem psicogênica e tem prevalência de 61,8% das mulheres, porém em nosso estudo apenas 39,6% relataram esse sintoma, talvez pela hipótese de que sofram deste problema constantemente e tenham um agravamento no período pré-menstrual, assim se tornem mais conformadas não procurando tratamento, aliado a falta de informação sobre o assunto^{11, 14}.

Alterações para o lado do apetite foram descritas por 20,8% e há até forte tendência para certos alimentos, principalmente choco-

late e carboidratos, provavelmente devido ao estímulo a síntese de serotonina, sugerindo a hipótese de que houvesse, na síndrome, anormalidades da atividade serotoninérgica central^{1,14}. A dor abdominal, descrita por 20,8% das mulheres entrevistadas, poderia derivar da dificuldade das pacientes em discriminar esse quadro da dismenorréia ou ser manifestação de processo congestivo pélvico e constipação intestinal¹¹.

Além de sintomas mínimos como falta de apetite sexual, registrada em 2% das mulheres e tonturas com 8,9% das entrevistas também compatíveis com a literatura que afirma que 2% das mulheres apresentaram falta de libido e 3% tonturas¹.

Importante enfatizar que não há obrigatoriedade da concomitância de todos os sintomas que, por sinal são bastante variáveis tanto na recorrência quanto na intensidade mês a mês, entretanto uma vez instalada a síndrome, eles são mais ou menos constantes para cada mulher, logo se devem considerar as respostas dadas para as questões relacionadas aos sintomas baseadas no que acontece em muitos dos ciclos das mulheres entrevistadas, não em todos, nem tampouco consecutivamente^{11,14}.

Para se diagnosticar a síndrome pré-menstrual, o profissional da saúde pode usar de vários instrumentos padronizados para a investigação diária dos sintomas, dentre eles o Menstrual Distress Questionnaire (MDQ), Premenstrual Assessment Form (PAF), Calendar of Premenstrual Experiences (COPE), Daily Rating Form (DRF), entre outros, nos quais a paciente irá descrever quais sintomas está apresentando diariamente, sua intensidade e a influência na sua vida social e psicológica, assim pode se excluir alguma associação com outros transtornos como depressão, ou avaliar o próprio grau que apresenta da SPM. No entanto, há críticas a esses instrumentos, pois poderia haver uma tendência a anotar mais sintomas e exagerar a gravidade, já que a análise de um grupo de mulheres em busca de tratamento revelou que, quando confrontadas com uma lista preparada de sintomas, selecionavam muito mais do que tinham reportado espontaneamente¹¹.

Segundo o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders Fourth Edition) para se ter um diagnóstico afirmativo para a síndrome é necessário que se tenha pelo menos cinco sintomas, sendo um deles relacionado a humor deprimido, ansiedade, tensão, instabilidade afetiva ou irritabilidade aumentada, presentes em dois ciclos consecutivos, com início no meio do ciclo, e aumento dias antes da menstruação, que estejam ausentes durante ou logo após o início do fluxo que comprometam a execução de atividades ou interfiram no relacionamento interpessoal, além da certeza de não haver nenhum outro transtorno psiquiátrico como síndrome do pânico ou de personalidade.

Já o CID-10 (Décima Classificação Internacional de Doenças), mais usado no Brasil, considera portadora da SPM, as mulheres que apresentarem apenas um sintoma físico ou psíquico mensalmente, não sendo necessário que haja interferência na sua vida social, logo, generaliza a síndrome, ao contrário do DSM-IV, que a limita.

Apesar de a menstruação ser um evento importante na rotina da mulher, a maioria não soube relatar com precisão o início dos sintomas, assim acredita-se que a síndrome seja um processo insidioso e identificado, principalmente, quando exacerbado em situações de ansiedade ou medo e, muitas vezes, nem chega a ser reconhecido tanto pelas pacientes quanto pelos profissionais que atribuem os sintomas a problemas existenciais, desvios

psicológicos e até distorções de caráter¹¹. Além da imagem que a menstruação tem na sociedade atual, sendo vista como um processo de depuração, renovação cíclica da vida, ausência de gravidez, sinal de fertilidade e até castigo².

Uma contradição com a literatura foi o fato de apenas 3% das mulheres terem notado o aparecimento dos sintomas depois do parto, já que em estudos constataram-se as formas graves e maior prevalência em mulheres que já estiveram grávidas, afirmando que a gravidez é um fator agravante para a SPM, em razão do peso de novas responsabilidades, do temor de uma próxima gestação e de outras tantas modificações no organismo feminino. Porém, outros estudos não admitem papel da gestação frente à síndrome, não mostrando nenhuma relação^{10,11}.

De uma forma geral, as mulheres procuram tratamento cerca de dez anos depois do aparecimento dos primeiros sintomas, relatando uma maior intensidade e uma duração prolongada com o passar dos anos, tendo um maior comprometimento das suas atividades ocupacionais. Além do já citado desconhecimento perante aos sintomas, nos quais a menstruação passa a ser um momento penoso, mas como é inseparável da feminilidade, a mulher se torna conformada, provando a necessidade de maior divulgação e discussão sobre o assunto. Em decorrência da dificuldade de a mulher lidar com as alterações, a síndrome acaba se interpondo no seu modo de ser na família, no trabalho, enfim, em todas as suas relações com maior ou menor intensidade^{2,9}.

A família é normalmente geradora do movimento emocional mais forte que ocorre na vida de cada uma dessas pessoas e, nesse espaço, se manifestam várias experiências, inclusive a SPM. Entram em cena as forças emocionais, em que se descarregam todas as alegrias, iras, frustrações, conflitos, tristezas. Muitas vezes essas expressões do sentir são utilizadas como válvulas de escape ou de segurança, aliviando algumas tensões e criando outras para serem trabalhadas entre família².

Danos relacionados à interação com outros indivíduos, especialmente familiares, referindo-se a brigas e discussões são muito descritos, no entanto, neste estudo, este dado não foi compatível, já que 46,6% declaram que a percepção das outras pessoas para consigo neste período é normal. A repercussão negativa torna-se mais evidente à medida que a mulher assume um papel mais exigente na vida, como assumir cargos de destaque ou conquista de anseios pessoais, dificultando o reconhecimento dos méritos femininos, visto que a mulher é vista como um ser instável, portanto, não-confiável para grandes decisões e cargos de comando¹¹.

Um agravante para a incidência da SPM que deve ser considerado é a “Síndrome da Super Mulher”, isto é aquela que agüenta tudo, faz tudo, e toma para si tudo que ocorre a sua volta, assumindo todas as tarefas e responsabilidades, inclusive aquelas que não lhe cabem. Essa mulher que vive em função da família, do trabalho e do mundo que a rodeia, como se nada pudesse ser solucionado sem a sua interferência, conta com um desgaste físico e psíquico além do que seria esperado¹⁵.

Até a década de 70, a missão da mulher era essencialmente dedicada à família e maternidade, a partir de então, com a revolução feminista, as mulheres trouxeram à tona, assuntos dantes vistos com resistência, como sexualidade, o corpo e a saúde, possibilitando uma mudança em suas vidas, em suas escolhas profissionais, em seus desejos e suas relações amorosas¹⁶. Ganham espaços nas universidades, quebraram vínculos com o trabalho

fora de casa, ocuparam papéis tradicionalmente masculinos, hoje no Brasil, 20% das famílias são chefiadas por mulheres, romperam sua invisibilidade histórica e se fortaleceram como cidadãs, sem abandonar os referenciais femininos^{16,17}.

Porém, o que deveria ser a libertação das mulheres, as oprimiu mais, já que agora enfrentam problemas relacionados à: dupla jornada de trabalho, dentro e fora de casa, pois apesar dos avanços não houve uma socialização do trabalho doméstico de forma equitativa entre homens e mulheres, a carga horária diária do trabalho da mulher é, em média, 13% maior que a dos homens; destaca-se também a parcela da população feminina que exerce uma terceira jornada no mercado informal, como forma de complementar a remuneração além da discriminação salarial expressada por baixos salários, entre 1,5 e 3,8 salários mínimos. Todos esses entraves tornam a situação feminina mais vulnerável, podendo contribuir para a deterioração progressiva da saúde dessas mulheres, aumentando a morbidade e mortalidade, incluindo doenças crônicas e agudas, além das patologias ligadas à saúde mental como irritabilidade, insônia, e queixas por esforços repetitivos^{17,18}.

Quanto maior as responsabilidades na vida social e pessoal da mulher, maior a intensidade dos sintomas, com estudos mostrando que as mulheres que trabalham fora de casa, têm uma incidência maior da síndrome comparado a mulheres que exercem funções domésticas¹.

A relação com o consumo de cafeína tende a piorar os sintomas, inclusive é recomendada a diminuição para a melhora do quadro. Porém, alguns estudos não encontraram relação em comparação ao nível de consumo e a intensidade da síndrome, apenas a busca de alívio ou compulsão¹¹.

Importante esse aspecto, pois as mulheres demonstram uma prevalência de distúrbios do humor duas vezes maior do que os homens, tendo a confirmação de agravamento e alívio dos sintomas com a menstruação possibilita a exclusão de diagnósticos de ordem psicogênica, como depressão, que exige um período maior de sintomatologia¹.

Conclusão

•Mesmo entre faixas etárias distintas, a sintomatologia da SPM está presente no mesmo nível, sendo compatível com a literatura atual.

•99% das mulheres têm a percepção desses sintomas característicos da síndrome, com 81,2% relatando algum tipo de interferência desses sintomas no seu cotidiano.

•Apesar de a menstruação ser um evento importante na rotina da mulher, os sintomas da síndrome são percebidos apenas quando exacerbados, em situações de ansiedade ou medo, e muitas vezes não são reconhecido, já que as mulheres se tornam conformadas com o momento penoso da menstruação, provando a necessidade de maior divulgação e discussão sobre o assunto.

•Dentre os sintomas questionados, a ansiedade, com 72,4%, a facilidade de choro, com 61,4% e a irritabilidade com 54,4%, foram os mais queixados.

•Segundo os referenciais mais usados na área da saúde atualmente, cerca de 97,2% das mulheres poderiam ser classificadas como portadoras da SPM - CID-10 e segundo o DSM-IV, 82,4%.

Esses números contraditórios da classificação das doenças sejam pelo CID-10 ou pelo DSM-IV, mostram a falta de estudos mais aprofundados sobre assunto, que definam os melhores

diagnósticos e propicie uma melhor qualidade de vida para as mulheres, não tornando a menstruação, que é um elemento inerente à natureza feminina, um momento de transtornos e sofrimento.

Frente aos números obtidos neste estudo, identificamos a falta de informações das mulheres para com um problema tão atual e presente no seu cotidiano. Para superar esse fato, é necessária a distribuição de manuais informativos ou campanhas de fácil acesso que incentivem a percepção da síndrome e todas as suas conseqüências na vida das pacientes e, conseqüentemente, a procura de ajuda para seu alívio. Tudo depende também de uma mudança de atitude da mulher em relação à síndrome, procurando olhar a doença como uma oportunidade de crescimento abandonando a condição de vítima, para assumir uma postura de transformação, de possibilidade dando um novo significado para sua existência.

Percebe-se também o impacto do trabalho na vida íntima da mulher, quer seja o trabalho fora de casa, que é configurado pela dupla jornada de trabalho, afetando diretamente sobre a sua saúde, já que leva a sentimentos de culpa, angústias e alterações emocionais; ou seja, o trabalho doméstico, que exige um plantão permanente e por ser desvalorizado, não oferecer descanso semanal, nem férias remuneradas, contribui para a fadiga crônica e exaustão física-mental e desenvolve sentimentos de insatisfação, conseqüentemente, age como uma porta de entrada para o aparecimento da doença^{19,20}.

A Síndrome Pré-Menstrual, sendo uma doença deve ser vista com mais ansia e vigor, para que assim além de aliviar este problema e facilitar a vida das atuais mulheres modernas, possamos mostrar o respeito adquirido por elas através da valorização da sua saúde, até pouco praticamente ignorada. Com saúde e bem-estar às mulheres poderão continuar sua batalha social, lutando por uma efetiva igualdade, rompendo sua invisibilidade histórica e contrapondo-se aos adjetivos de frágeis, passíveis e dependentes.

Referências bibliográficas

1. Halbe HW. Síndrome pré-menstrual. In: Halbe HW. Tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca; 2000. cap.70, p.755-69.
2. Muramatsu CH. Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2001.
3. Jones HW, Wentz AC, Burnett LS. Dismenorréia, síndrome pré-menstrual e distúrbios afins. In: Jones HW, Wentz AC, Burnett LS Tratado de ginecologia Novak. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1990. cap. 9, p.183-91.
4. Jones Jr HWMD, Jones GSMD. Dismenorréia, tensão pré-menstrual e doenças associadas. In: _____. Tratado de ginecologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Koogan; 1983. cap. 33, p.696-8.
5. Reis MRM, Moura MD, Sala MM, Sá MFS. Anovulação crônica por recontrole impróprio. In: Tratado de ginecologia Febrasgo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. v.1, cap. 28, p.296-302.
6. Trabulsi LR. Microbiologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002.
7. Moizés AA. Candidíase vulvovaginal [monografia]. Maringá: Centro Universitário de Maringá; 2003.
8. Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa ACG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. Rev aúde Publica 2006;40(1):47-56.
9. Appolinário JC. TDPM: transtorno disfórico pré-menstrual. 4ª ed. São Paulo: Segmento; 2003.
10. Sanders D, Warner P, Backstrom T, Bancroft J. Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. I. Changes in mood and physical state: description of subjects and method. Psychosom Med 1983;45(6):487-501.

11. Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: Análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.
12. Herter LD. Disfunção menstrual na puberdade: amenorréia, dismenorréia, tensão pré-menstrual. In: Tratado de Ginecologia Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. v.1, cap.32, p.319-20.
13. Mortola JF. Applications of GnRh analogues in the treatment of premenstrual syndrome. Clin Obstet Gynecol 1993;36(3):753-63.
14. Lima GR. Tensão pré-menstrual e dismenorréia. Dor à ovulação. In: _____. Funções e disfunções endócrinas em ginecologia e obstetrícia. São Paulo: Manole; 1975. cap.15, p.293-9.
15. Azevedo MRD. Influência dos fatores individuais e sócio-culturais na ocorrência da síndrome pré-menstrual em adolescentes [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
16. Arán M. Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. Rev Estud Fem 2003;11(2):399-422.
17. Brito JC. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. Cad Saúde Pública 2000;16(1):195-204.
18. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. Cad Saúde Pública 2002;18(Supl):103-12.
19. Ferreira TF, Ferreira SL. Síndrome pré-menstrual: percepções de mulheres. Salvador: EDUFBA; 1999.
20. Barroso C. Trabalho e saúde da mulher. Rev Bras Saúde Ocup 1982;38(10):7-11.

Correspondência:

Isabela Cristina Rodrigues
Rua Calixto Fauaz, 34 - Jardim Nazareth
15054-050 - São José do Rio Preto-SP
Tel: (17)3224-3717
e-mail: isa_wandinha@yahoo.com.br
