

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Diagnóstico da Síndrome Pré-Menstrual: comparação de dois instrumentos - Registro  
Diário da Intensidade dos Problemas (DRSP) e Instrumento de Rastreamento de  
Sintomas Pré-Menstruais (PSST)**

**Aline Henz**

Porto Alegre, março de 2016

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia

**Diagnóstico da Síndrome Pré-Menstrual: comparação de dois instrumentos - Registro  
Diário da Intensidade dos Problemas (DRSP) e Instrumento de Rastreamento de  
Sintomas Pré-Menstruais (PSST)**

**Aline Henz**

Orientador: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Celeste Osório  
Wender

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de Mestre Programa de  
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:  
Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de  
Medicina, Universidade Federal do Rio Grande  
do Sul.

Porto Alegre, março de 2016

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, que sempre me deram todo apoio e suporte, amor e carinho, não tenho palavras suficientes para vocês; ao meu namorado, que sempre esteve ao meu lado, e sem ele ao meu lado tudo seria mais difícil.

Agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup> Maria Celeste por me aceitar como aluna e todo seu apoio, e ensino; às bolsistas de Iniciação Científica Maiara Conzatti, Juliana Castilhos e Cristiane Medeiros, sem o empenho de vocês este trabalho não seria possível. Também quero agradecer às minhas colegas de pós-graduação Carin W. Gallon e Carolina L. Oderich, mesmo longe, vocês sempre me ensinaram e ajudaram do jeito que puderam até o fim.

Ao meu grande amigo Gustavo Oliveira, pela amizade, com a qual eu sempre posso contar. Também aos secretários do hospital, que sempre estavam prontos para ajudar em qualquer dificuldade, ou comemorar a cada passo, cada vitória, ao Everaldo Almeida e a Andréia Ramos.

Agradeço por todas as amizades, aos colegas do PPGGO, que conheci nessa caminhada de dois anos, com certeza cada uma delas fez alguma diferença, e acrescentou mais conhecimento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, pela oportunidade de realizar meu trabalho e poder fazer pesquisa (o que mais amo).

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS .....	6
TABELAS DE TABELAS .....	8
LISTA DE FIGURAS .....	9
RESUMO.....	13
ABSTRACT .....	15
1 INTRODUÇÃO .....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	20
2.1 ESQUEMA DE BUSCA NA LITERATURA.....	20
2.2 O CICLO MENSTRUAL .....	23
2.3 SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL .....	25
2.3.1 ETIOLOGIA .....	26
2.3.2 SINTOMAS.....	28
2.3.3 DIAGNÓSTICO .....	29
2.3.4 QUESTIONÁRIOS:.....	34
2.3.4.1 The Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST).....	35
2.3.4.2 Daily Record of Severity of Problems (DRSP).....	35
2.3.4.3 The Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST) e Daily Record of Severity of Problems (DRSP) .....	36

2.3.4.4	PRIME-MD – MÓDULO HUMOR .....	37
2.3.4.5	Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition .....	38
2.4	TRATAMENTO DA SPM.....	40
3	JUSTIFICATIVA .....	50
4	HIPÓTESE .....	51
5	OBJETIVO.....	52
	REFERÊNCIAS.....	53
6	ARTIGO EM INGLÊS .....	61
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
8	PERSPECTIVAS.....	79
9	ANEXOS .....	80
	ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....	81
	ANEXO 2 – Questionário PRIME-MD – MÓDULO HUMOR .....	83
	ANEXO 3 – Questionário DSM-V .....	85
	ANEXO 4 - Questionário PSST .....	859
	ANEXO 5 - Questionário DRSP .....	90
	ANEXO 6 - Release Imprensa.....	93
	ANEXO 7 - Parecer Consubstanciado do CEP - Release Imprensa.....	85

**LISTA DE ABREVIATURAS**

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ACO	Anticoncepcional Oral
BMI	Body Mass Index
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID	Classificação Internacional de Doenças
DHEA-S	Desidroepiandrosterona
DHT	Di-hidrotestosterona
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais
DSR	<i>Penn State – Daily Symptom Report</i>
DRSP	Instrumentos Registro Diário da Intensidade dos Problemas
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
E2	Estradiol
ESR1	Receptor Alfa do Estrogenio
FDA	<i>Federal Drug Administration</i>
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
GnRH	Análogo do Hormônio Liberador de Gonadotrofina

HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ISH	Intervalo Sem Hormonas
ISPMD	International Society for Premenstrual Disorders
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
LH	Hormônio Luteinizante
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMDD	Premenstrual Dysphoric Disorder
PSST	Instrumento de Rastreamento de Sintomas Pré-Menstruais
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists</i>
SHBG	Globulina Ligadora de Hormonas Sexuais
SPM	Síndrome Pré-Menstrual
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Resultado de busca de referências bibliográficas na base de dados PubMed.....	20
Tabela 2. Resultado do Cruzamento de busca de referências bibliográficas na base de dados PubMed.....	22
Tabela 3. Critérios para diagnóstico de Síndrome Pré-Menstrual (SPM), de acordo com a ACOG ( <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> ).....	31
Tabela 4. Critério diagnóstico para Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) nos países da América Latina .....	33
Tabela 5. Classificação de Critérios Adaptados pelo DSM-V .....	38



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Dinâmica hormonal, folicular e endometrial do ciclo menstrual normal.....25

## RESUMO

**Introdução:** O diagnóstico da Síndrome Pré-menstrual (SPM) é um desafio. O uso de questionários estruturados está bem estabelecido, e a ferramenta mais aceita é o DRSP, um questionário prospectivo auto preenchido por ao menos dois meses. O PSST é um questionário retrospectivo de autoaplicação, preenchido em um único momento. **Objetivo:** comparar estes dois instrumentos (PSST e DRSP) para o diagnóstico da SPM. **Método:** Um estudo transversal com 127 mulheres entre 20 a 45 anos com queixas de SPM. As mulheres foram avaliadas quanto ao peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC). Após exclusão de casos de depressão através do Prime-MD, as pacientes completaram o PSST e foram orientadas a preencherem o DRSP durante dois meses. A concordância entre os dois questionários foi avaliado pelo cálculo de Kappa (k) e valores do coeficiente PABAK. **Resultados:** Do total de mulheres que atenderam ao chamado, 282 (74%) preencheram os critérios de elegibilidade e responderam o PSST. Entre estas 282 mulheres, somente 127 (45%) completaram o questionário diário (DRSP) por dois ciclos. O percentual das mulheres com diagnóstico de SPM através do DRSP foi de 74,8%, e pelo PSST foi 41,7%. O percentual das mulheres com diagnóstico de TDPM pelo DRSP foi de 3,9%, e pelo PSST foi de 34,6%. Assim, verificou-se uma maior prevalência de SPM com o DRSP do que com o PSST. De outra parte a TDPM foi mais dignosticada pelo PSST do que com o DRSP. O número de pacientes consideradas “normais” foi semelhante com os dois instrumentos. Na avaliação entre os dois instrumentos verificou-se não haver nenhuma concordância (Kappa = 0,12) nos resultados do diagnóstico de SPM e TDPM (Coeficiente Pabak resultou = 0,39). Para a trigem de SPM/TDPM o PSST tem uma sensibilidade de 79% e especificidade de 33,3%.

**Conclusão:** O PSST deve ser considerado como uma ferramenta de triagem diagnóstica. Conclui-se que os casos SPM/TDPM do PSST devem ser sempre melhor avaliados pelo DRSP.

**Palavras-chave:** Síndrome Pré-menstrual (SPM), Transtorno Disforico Pré-menstrual (TDPM), Daily Record of Severity Problems (DRSP), The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)

## ABSTRACT

**Background:** The diagnosis of Premenstrual Syndrome (PMS) is a challenge. The use of structured questionnaires is well established and the most accepted is the DRSP, a prospectively self-administered questionnaire that needs two months at least to be completed. The PSST is a retrospective self-scale questionnaire, filled at a single time. **Aim:** To compare these two instruments (PSST and DRSP) to diagnosis PMS. **Methods:** A cross-sectional study with 127 women between 20 and 45 years with PMS complaints. The women were evaluated about weight, high, Body Mass Index (BMI). After the exclusion of depression by the Prime-MD Questionnaire, the PSST was completed and the women were oriented to complete the DRSP for two months. The agreement between the two questionnaires was assessed by calculating the Kappa ( $k$ ) and PABAK values. **Results:** 282 (74% of all the women) women met eligibility criteria and answered the PSST. Only 127 (45% of the 282 women) completed the daily questionnaire (DRSP) for two cycles. The percentual of women with PMS diagnosis by the DRSP was 74.8%, and by PSST was 41.7%. The percentual of women with PMDD diagnosis by the DRSP was 3.9%, and by the PSST was 34.6%. The number of patients considered "normal" (with the symptoms above the necessary for the diagnostic the PMS) was similar with both questionnaires. We found no agreement between the two instruments (Kappa = 0.12) in the diagnosis of PMS and PMDD (Pabak coefficient keep this result = 0.39). For screening PMS/PMDD the PSST has a sensitivity of 79% and a specificity 33.3%. **Conclusion:** The PSST should be considered as diagnostic screening tool. We concluded that positive PMD/PMDD cases of PSST should be ever better evaluated by DRSP.

**Keywords:** Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), Daily Record of Severity Problems (DRSP), The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST).

## 1 INTRODUÇÃO

O ciclo menstrual da mulher dura cerca de um mês (em média 28 dias, com variação normal de 21 a 35 dias), é marcado por um período de 3 a 7 dias de sangramento uterino, que conhecemos como menstruação. O ciclo menstrual pode ser definido por suas mudanças que ocorrem nos folículos do ovário, ou pelas mudanças no revestimento endometrial uterino. Esse ciclo por sua vez é dividido em três principais fases: 1) folicular ou pós menstrual; 2) ovulação; e 3) fase lútea ou pré-menstrual (1,2).

A síndrome pré-menstrual (SPM) é definida como um padrão recorrente de sintomas que ocorrem durante a fase pré-menstrual e regride logo após o início da menstruação (3). Caracteriza-se por uma combinação de sintomas físicos, psicológicos e comportamentais que influenciam negativamente na vida diária das mulheres, tanto no trabalho e como nas atividades pessoais, durante a fase lútea do ciclo menstrual e melhorando de maneira significativa com alguns dias do início da menstruação. Cinquenta a 80% das mulheres em idade reprodutiva têm, pelo menos, algum sintoma pré-menstrual leve; entretanto aproximadamente (4–9), 30-40% das mulheres relatam sintomas de SPM que necessitariam de algum tipo de tratamento ou uma melhor atenção (4).

Sintomas relacionados com o ciclo menstrual são associados com as flutuações hormonais intrínsecas do ciclo menstrual. Estes sintomas podem ser físicos, comportamentais, ou emocionais (9).

Em *workshop* realizado entre médicos latino-americanos sobre SPM e o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), com foco voltado a epidemiologia,

diagnóstico e tratamento na América Latina, foram evidenciadas algumas particularidades. A prevalência de SPM e TDPM é pouco mais baixa nos países da América Latina, onde especificamente, 72,6% das mulheres no Brasil e no México, reportam um impacto negativo comparado, com 83,3% de mulheres em países europeus (10).

Mas na América Latina a conscientização é maior sobre a expressão SPM (66,8% comparado a 30,9%), bem como o termo 'síndrome pré-menstrual' (82,2% comparado a 65,9%), quando comparado a países Europeus (10).

O diagnóstico de SPM pode ser feito pela presença de um ou mais sintomas físicos ou de humor, que estão presentes apenas durante a fase pré-menstrual (11).

Os sintomas da SPM podem ser muito semelhantes a outras doenças, como depressão, crise de ansiedade, entre outros, por isso, uma avaliação prospectiva acurada dos sintomas é necessária para se realizar o diagnóstico. O ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) preconiza o diagnóstico a partir da realização de diários prospectivos por 2 a 3 meses consecutivos, e não apenas por um ciclo menstrual ou de forma retrospectiva (8).

Uma variedade de sintomas clínicos como cefaleia, fadiga crônica, ou síndrome do intestino irritável são exacerbadas frequentemente no período próximo a menstruação. Exames laboratoriais poderão ser realizados excepcionalmente quando for necessário afastar outras patologias (12).

O uso de entrevistas, questionários e escalas de auto avaliação do paciente já estão bem estabelecidos, assim como várias técnicas de diagnóstico. O *Daily Record of Severity of Problems* (DRSP) é considerado por muitos a melhor

ferramenta para diagnóstico de SPM. Assim, o sistema mais utilizado é o DRSP, que tem em seu foco principal os sintomas psicológicos, com menos atenção aos sintomas físicos. Aplicação do DRSP para um diagnóstico de SPM com base nas suas diretrizes atuais requer um registro diário dos sintomas por pelo menos dois meses. No entanto, essa exigência acaba por não se tornar prático na clínica, (11,13,14) limitando a sua aplicabilidade no dia-a-dia de atendimento de pacientes com sintomas pré-menstruais.

O *The Premenstrual Syndrome Screening Tool* (PSST) é uma escala de auto aplicação recordatória que reflete os critérios do DSM-IV (*Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*), traduzindo os seus critérios em uma escala com graus variados de severidade (Nada, Leve, Moderado e Severo). É uma ferramenta considerada de fácil aplicação e rápida, sendo considerada efetiva no diagnóstico de SPM. Entretanto, com sua aplicação, deve-se sempre descartar a hipótese de doença psiquiátrica associada, principalmente a depressão (15). O objetivo deste estudo foi comparar o diagnóstico de SPM através do questionário DRSP e PSST.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ESQUEMA DE BUSCA NA LITERATURA

A busca de referências bibliográficas envolveu as seguintes palavras-chave: 1) *pre-menstrual syndrome*, 2) *daily record of severity of problems*, 3) *daily record of severity of problems DRSP*, 4) *diagnosis*, 5) *the premenstrual tension syndrome rating scales PSST*, 6) *the premenstrual tension syndrome rating scales*, 7) *questionnaire*.

Inicialmente foram selecionadas as publicações mais recentes, dos últimos 5 anos. Os artigos mais antigos e os demais foram selecionados por serem referências nos artigos da primeira busca e por serem consideradas relevantes sobre o assunto, em sua maioria consideradas pela literatura referências ouro.

Tabela 01. Resultado de busca de referências bibliográficas na base de dado PubMed.

<b>Palavras-chave</b>	<b>PubMed</b>
<i>Premenstrual syndrome</i>	4273
<i>Daily record of severity of problems</i>	154
<i>The premenstrual tension syndrome rating scales</i>	209
<i>Diagnosis of premenstrual syndrome</i>	1596
<i>Questionnaire [premenstrual syndrome]</i>	888055

Em seguida realizou-se o cruzamento das palavras-chave no PubMed:

1) *premenstrual syndrome AND daily record of severity of problems*; 2)

*premenstrual syndrome AND the premenstrual tension syndrome rating scales; 3) premenstrual syndrome AND daily record of severity of problems AND the premenstrual tension syndrome rating scales; 4) premenstrual syndrome AND PSST; 5) premenstrual syndrome AND DRSP; 6) premenstrual syndrome AND PSST AND DRSP; 7) PMS AND PSST AND DRSP; 8) PMS AND PSST; 9) DRSP AND PSST; 10) premenstrual syndrome AND diagnosis; 11) premenstrual syndrome AND diagnosis AND daily record of severity of problems; 12) premenstrual syndrome AND diagnosis AND the premenstrual tension syndrome rating scales; 13) the premenstrual tension syndrome rating scales AND daily record of severity of problems; 14) PSST AND DRSP; 15) premenstrual syndrome AND questionnaire; 16) questionnaire AND the premenstrual tension syndrome rating scales; 17) questionnaire AND daily record of severity of problems; 18) premenstrual syndrome AND questionnaire AND PSST; 19) premenstrual syndrome AND questionnaire AND DRSP.*

*Tabela 02. Resultado do cruzamento de busca de referências bibliográficas na base de dados PubMed.*

<b>Palavras-chave</b>	<b>PubMed</b>
<i>Premenstrual syndrome AND daily record of severity of problems</i>	16
<i>Premenstrual syndrome AND diagnosis (filtros: humans – clinical trials)</i>	9
<i>Premenstrual syndrome (filtro: 5 years)</i>	21
<i>Daily record of severity of problems</i>	2
<i>The premenstrual tension syndrome rating scales</i>	9
<i>Premenstrual syndrome and the premenstrual tension syndrome rating scales</i>	10
<i>Premenstrual syndrome AND the premenstrual tension syndrome (PSST) rating scales</i>	2

## 2.2 O CICLO MENSTRUAL

O ciclo menstrual da mulher dura cerca de um mês (em média 28 dias, com variação normal de 24 a 35 dias), é marcado por um período de 3 a 7 dias de sangramento uterino, que conhecemos como menstruação. O ciclo menstrual pode ser definido por suas mudanças que ocorrem nos folículos do ovário, ou pelas mudanças no revestimento endometrial uterina (1,2).

Este ciclo por sua vez é dividido em três principais fases (figura 1):

1) folicular ou pós menstrual – primeira parte do ciclo ovariano, onde ocorre o crescimento folicular no ovário, com secreção crescente de estrogênio, este que retroalimenta de forma negativa na secreção de FSH (Hormônio Folículo Estimulante) e LH (Hormônio Luteinizante) pela adeno-hipófise impedindo o desenvolvimento adicional de folículos no mesmo ciclo. Quando a fase folicular se aproxima do fim, ocorre um pico de secreção de estrogênio, neste ponto somente um folículo está em desenvolvimento, à medida que progride as células começam a secretar inibina e estrogênio. Este estrogênio passa da retroalimentação negativa sobre o GnRH (Análogo do Hormônio Liberador de Gonadotrofina), para positiva, levando ao pico inicial pré-ovulatório, como resultado a secreção de LH aumenta exponencialmente, o FSH também, mas em menor grau (possivelmente suprimido pela inibina e pelo estrogênio. Esta fase prepara o útero para uma futura gestação, o endométrio cresce até uma espessura de 3 a 4 mm e tem uma duração variável, que pode ser entre 10 dias a três semanas;

2) ovulação – momento que ocorre a maturação dos folículos, e o ovário libera o ovócito. O pico de LH faz com que as células da teca se juntem a as células da

granulosa, preenchendo a cavidade antral, ambas se transformam então em células lúteas do corpo lúteo, processo conhecido como luteinização. As células lúteas começam a secretar progesterona, e a síntese de estrogênio diminui;

3) fase lútea ou pré-menstrual – fase seguida à ovulação, o corpo lúteo produz cada vez mais progesterona e estrogênio. A progesterona é o hormônio dominante nesta fase, os níveis de estrogênio aumentam, mas nunca alcançam o pico de antes da ovulação. Sob influência da progesterona, continua a preparação para a gestação, se ela não ocorre, o corpo lúteo que tem uma duração de aproximadamente 12 dias, entra em apoptose e se torna uma estrutura inativa denominada corpo albicante, as medida que as células se degeneram, a produção de progesterona e estrogênio diminui, sem a presença destes hormônios os vasos sanguíneos se contraem, as células da superfície sem oxigênio e nutrientes morrem, cerca de dois depois o corpo lúteo para de funcionar ou 14 dias após a ovulação, o endométrio começa a descamar sua camada superficial e a menstruação inicia, está por sua vez tem duração de 3 a 7 dias, já na fase folicular do próximo ciclo ovulatório (1,2).

A síndrome pré-menstrual (SPM) é definida como um padrão recorrente de sintomas que ocorrem durante a fase pré-menstrual e regride logo após o início da menstruação (3).

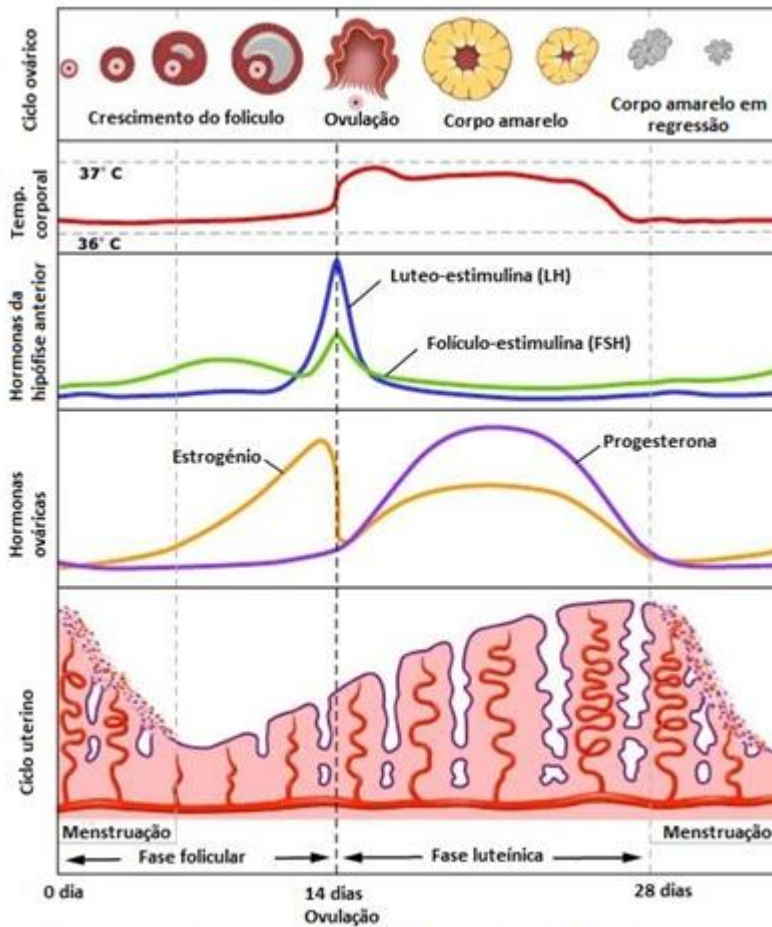


Figura 1. Dinâmica hormonal, folicular e endometrial do ciclo menstrual normal (3).

### 2.3 SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL

A SPM, é um termo genérico que inclui um amplo grupo de sintomas emocionais, comportamentais e físicos que costumam ocorrer por vários dias que antecedem a menstruação, desaparecendo assim que o período menstrual se inicia. Muitas mulheres experimentam os sintomas da SPM, especialmente sintomas físicos, como mastalgia e edema, em algum momento de seu período fértil, mas não percebem o quão debilitantes cada um destes sintomas podem ser (16).

Schiola e colaboradores, relataram que no Brasil existe uma proporção pequena de mulheres na categoria mais severa do DRSP, cerca de 13% contra

34%, 29% e 22% nos países como a Colômbia, Venezuela e México, respectivamente, enquanto os grupos venezuelanos e mexicanos tiveram proporcionalmente um maior número de mulheres na categoria mais severa do DRSP. Estes percentuais diversos sugerem uma diferença na percepção da gravidade dos sintomas em países da América Latina que foram incluídos na análise (17).

A alta prevalência de SPM nos países da América Latina e as características sociodemográficas específicas da população, mostram que as diretrizes existentes precisam ser consideradas com um maior cuidado e serem modificadas para atender as necessidades das mulheres nestes países (10).

### 2.3.1 ETIOLOGIA

A etiologia da SPM permanece desconhecida e por isso muitas hipóteses têm sido propostas, porém nenhuma delas pode ser comprovada. Há consenso de que seja secundária à atividade cíclica ovariana. A menstruação em si não é fundamental, visto que os sintomas se mantêm após histerectomia. Parece ser consequência de uma interação complexa e pouco compreendida entre hormônios esteróides ovarianos, peptídeos opióides endógenos, neurotransmissores centrais, prostaglandinas, sistemas autonômicos periféricos e endócrinos (18,19).

A ciclicidade ovariana parece criar uma vulnerabilidade inicial para a SPM ao modular vários fatores endócrinos, isto seria o resultado da influência final das várias modificações fisiológicas que, normalmente, acompanham a atividade cíclica ovariana em mulheres suscetíveis (18,19).

É importante ressaltar as mudanças sociais que modificaram a vida da mulher de antigamente com gestações e lactações sucessivas, apresentando longos períodos de amenorreia; para a mulher contemporânea, de reduzida paridade. O resultado é um período maior de flutuações cíclicas de estrogênio e progesterona, associados com sintomas pré-menstruais (18).

Não existe um diagnóstico laboratorial para testar a SPM até o momento. Esta limitação é compartilhada com vários outros distúrbios médicos e psiquiátricos comuns (20).

Estudos comprovaram que não há alteração na dosagem sérica dos hormônios sexuais das mulheres com SPM, quando comparadas às mulheres normais (grupo-controle) (18). Investigações sugerem que, provavelmente, é o resultado de diferenças individuais em resposta a níveis normais de hormônios sexuais, e que estas diferenças individuais estão parcialmente influenciadas por variações genéticas no gene do receptor alfa do estrogênio (ESR1) (21–24).

E estudos anteriores, sugeriram que a produção de progesterona seria uma produção deficiente na SPM, porém estudos controlados demonstram a ausência da diferença na dosagem de E2 (estradiol), progesterona, LH, FSH, SHBG (globulina ligadora de hormônios sexuais), DHEA-S (desidroepiandrosterona), DHT (dihidrotestosterona), prolactina e cortisol; entre o grupo de pacientes doentes e o grupo-controle. Não existe diferença também nos níveis de magnésio, zinco, vitamina A, vitamina E, timina e vitamina B<sub>6</sub> (25).

Estudos mostram que o uso dos inibidores da recaptção da serotonina (ISRS) são efetivos no alívio dos sintomas severos de SPM quando comparado com



placebo. Isso sugere que a via serotoninérgica esteja envolvida na patogênese da SPM (26).

Ao longo de 30 anos de pesquisas, tentou-se investigar o papel do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, na reatividade e regulação do eixo na SPM. No entanto, apesar de ter sido tema de investigação durante décadas, o número de estudos é relativamente pequeno, com resultados inconsistentes e contraditórios. No entanto, ainda admite-se a possibilidade de alguma interação do cortisol com os sintomas da SPM (27).

### 2.3.2 SINTOMAS

Os sintomas da SPM são muitos e variados, sendo citados mais de cem sintomas físicos, psicológicos e comportamentais associados. Contudo, algum grau de desconforto durante a fase lútea deve ser considerado normal (19).

Distúrbios pré-menstruais são constituídos desde as alterações clínicas leves, (mas potencialmente desconfortáveis), para os graves sintomas da TDPM, que afetam de forma notável o funcionamento e a saúde relacionados à qualidade de vida (10).

Os sintomas associados com a SPM e a TDPM estão distribuídas em várias categorias, que incluem as relacionadas com perturbações do humor (ex. irritabilidade, alterações de humor, depressão, ansiedade), outros problemas psicológicos e de cognição (ex. sentimentos de incapacidade de enfrentar, confusão, falta de concentração), as queixas físicas (ex. inchaço abdominal, aumento de peso, sensibilidade mamária/inchaço e mastalgia, alterações de apetite, fogachos, insônia,

dor de cabeça, fadiga), e problemas sociais/comportamentais (ex. o isolamento social, discussões) (10).

O TDPM é uma forma mais grave da SPM que leva a uma diminuição no desempenho e na produtividade, causando efeitos na qualidade de vida (10).

### 2.3.3 DIAGNÓSTICO

A SPM e o TDPM devem sempre ser diferenciadas de outros sintomas psiquiátricos que, eventualmente, se exacerbam apenas no período pré-menstrual, e também de algumas condições médicas como hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Uma variedade de sintomas clínicos como cefaléia, fadiga crônica, ou síndrome do intestino irritável são exacerbadas frequentemente no período próximo a menstruação. Entretanto, nestes casos, os sintomas não são típicos de SPM e o período frequentemente não coincide com a fase lútea. Exames laboratoriais poderão ser realizados excepcionalmente quando for necessário afastar outras patologias (12).

Em 1997, Halbreich e outros (28), propuseram critérios centrais relacionados aos distúrbios menstruais, que são adaptadas clinicamente para o diagnóstico de SPM:

- qualquer sintoma de alteração de humor, comportamento ou sintoma físico que ocorre recorrentemente na fase lútea do ciclo menstrual.
- o sintoma (s) diminui com a menstruação e permanecem em remissão durante pelo menos uma semana da fase folicular na maioria dos ciclos menstruais.

- o sintoma (s) causa sofrimento físico ou emocional, sofrimento ou comprometimento do funcionamento habitual.
- a recorrência, ciclicidade, o calendário do ciclo, e a gravidade dos sintomas e o período livre de sintomas são documentados por relatos de sintomas diários.
- os sintomas não são melhor explicados por outro transtorno físico ou humor crônico.

Em decorrência de a SPM ser amplamente reconhecida e não haver critérios diagnósticos universais definidos, em 2008, na cidade de Montreal, um grupo de pesquisadores se reuniu para formar um consenso de definição e critério diagnóstico para SPM. Esse grupo foi denominado *International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD)*. Foi proposto como consenso a divisão entre SMP Principal (*Core PMD*) que são as desordens típicas, puras associadas ao ciclo menstrual espontâneo, e a SMP Variante (*PMD Variant*) que são separadas da principal por apresentarem características mais complexas (20).

**TABELA 3** Critérios para o diagnóstico de Síndrome Pré-Menstrual (SPM), de acordo com a ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) (8)

---

Critérios para diagnóstico de Síndrome Pré-Menstrual, de acordo com a ACOG

---

A. Presença de um ou mais sintomas afetivos ou somáticos durante os 5 dias antes da menstruação em cada um de três ciclos menstruais prévios

B. Sintomas afetivos: depressão, raiva, irritabilidade, ansiedade, confusão, introversão

Sintomas somáticos: mastalgia, distensão abdominal, cefaléia, edema das extremidades

C. Sintomas aliviados pelo início da menstruação (sintomas aliviados em 4 dias do início da menstruação sem recorrências até pelo menos o dia 13 do ciclo)

Sintomas presentes na ausência de qualquer terapia farmacológica, consumo de hormônios ou abuso de drogas ou álcool

Sintomas ocorrem reprodutivamente durante dois ciclos de registros prospectivos

A paciente apresenta disfunção identificável do desempenho social ou econômico

---

Em encontro de médicos latino-americanos no ano de 2007, foi aplicado um questionário de avaliação que constatou que quase 70% dos participantes expressavam uma incerteza quanto aos critérios para diagnóstico das condições

pré-menstruais. Então dois grupos separados discutiram sobre as definições a serem adotadas para SPM e TDPM nos países da América Latina, e também quaisquer outros elementos que devessem ser adicionados a estas definições (10).

O primeiro grupo concluiu que a definição estabelecida pela ACOG poderia ser adotado para a SPM, e que os critérios do DMS-V poderiam ser aplicados para o diagnóstico de TDPM nestes países. Concluíram que seria adequado a utilização dos critérios da ACOG para a SPM, uma vez que é reconhecida internacionalmente. O segundo grupo definiu o TDPM como uma SPM severa, com exacerbação dos sintomas, sobretudo os emocionais que interferem de maneira importante nas atividades diárias e suas relações interpessoais, fazendo com que a qualidade de vida reduza (10).

Os critérios diagnósticos atuais utilizados pelos países Latino Americanos para a SPM e para a TDPM, e também uma visão comparativa dessas condições estão descritas da na tabela 2 (10).

**Tabela 4.** Critério diagnóstico para Síndrome Pré-Menstrual (SPM) e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) nos países da América Latina (29).

<b>Definição</b>	<b>SPM (modificado ACOG)</b>	<b>TDPM (DMS-IV)</b>
Critério básico	≥ 1 sintoma afetivo ou somático durante 5 dias antes da menstruação em cada um dos dois ciclos menstruais anteriores	A duração de 1 ano de cinco dos seguintes sintomas (com pelo menos um dos sintomas marcados com asterisco) que deve ocorrer durante a semana antes da menstruação e que estão presentes na maioria dos ciclos (ocorre na lútea/remete na folicular): irritabilidade*; labilidade afetiva*; humor diminuído ou desesperança*; tensão ou ansiedade*; diminuição no interesse em atividades; dificuldade de concentração; falta de energia; alterações no apetite; mudar no sono; sentido-esse fora de controle ou oprimido; outros sintomas físicos, mastalgia, inchaço, ou dores de cabeça
Sintomas	Afetivo: depressão, explosões de raiva, irritabilidade, ansiedade, confusão, retraimento social  Somático: mastalgia, inchaço abdominal, dor de cabeça, inchaço das extremidades	Irritabilidade, humor deprimido ou desesperança, labilidade afetiva (mudanças de humor repentina), tensão ou ansiedade, diminuição do interesse em atividades, alteração no sono, dificuldade de concentração, sensação de estar fora de controle ou oprimido, falta de energia, outros sintomas físicos (ex. sensibilidade mamária, inchaço), mudança de apetite (ex. os desejos de comida)
Condições	Sintomas aliviados com o início da menstruação  Sintomas presentes na ausência de qualquer terapia farmacológica, ingestão hormonal, ou abuso de álcool ou drogas  Os sintomas ocorrem de forma reprodutível durante dois ciclos de registro prospectivo  Paciente experimenta disfunção	Séria interferência no trabalho, atividades sociais, relacionamentos  Não é uma exacerbação de um outro transtorno  Confirmado por prospectivas classificações durante pelo menos dois ciclos sintomáticos consecutivos

	identificável no desempenho social ou econômico	
<p>Os critérios da ACOG estipulam que os sintomas são avaliados em 4 dias do início da menstruação sem recorrência até pelo menos o dia 13 do ciclo</p> <p><b>ACOG</b> – American College of Obstetrician and Gynecologists; <b>DSM-IV</b> – Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition.</p>		

O uso de entrevistas, questionários e escalas de auto-avaliação do paciente, já estão bem estabelecidas, assim como várias técnicas de diagnóstico. Existem algumas escalas validadas na língua inglesa para serem utilizadas principalmente em pesquisas com objetivos de avaliar eficácia de tratamentos da SPM. Destacamos as quatro mais conhecidas e usadas para diagnóstico: 1) The Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST); 2) Daily Record of Severity of Problems (DRSP); 3) the Scott & White Daily Diary of Symptoms; e 4) Penn State Daily Symptom Report (DSR) (30).

O DRSP é uma escala com graus de severidade, para um diagnóstico de SPM com base nas suas diretrizes atuais requer um registro diário dos sintomas por pelo menos dois meses. No entanto, esta exigência acaba por não se tornar uma prática clínica (20).

O PSST é uma escala que reflete os critérios do DSM-IV, seus critérios em uma escala com graus variados de severidade. É uma ferramenta considerada de fácil aplicação e rápida, sendo considerada efetiva no diagnóstico de SPM (15).

#### 2.3.4 QUESTIONÁRIOS:

#### 2.3.4.1 *The Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST)*

A PSST é uma escala que reflete os critérios do 4<sup>th</sup> edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), e traduzindo os seus critérios em uma escala com graus variados de severidade. É uma ferramenta considerada de fácil e rápida aplicação, sendo considerada efetiva no diagnóstico de SPM. Entretanto deve-se sempre descartar a hipótese de doença psiquiátrica associada, principalmente a depressão (15).

É uma escala de auto aplicação recordatória, com 19 itens (14 de sintomas e 5 questões relacionadas a consequências dos sintomas), que mede a gravidade dos sintomas (por exemplo: chorosa, raiva, tensão...) em graduações de: "Nada," "Leve", "Moderado" e "Severo"; cada item recebe uma única resposta assinalada ao lado, preenchido em um único momento na pesquisa, durante a triagem. Para o diagnóstico de SPM a paciente deve apresentar ao menos 1 sintoma nos itens de 1-4 moderado a severo; pelo menos 4 sintomas nos itens de 1-14 moderado a severo, e ao menos 1 item de A-E precisa ser moderado a severo para ter o diagnóstico de SPM (15).

#### 2.3.4.2 *Daily Record of Severity of Problems (DRSP)*

O DRSP é considerado por muitos a melhor ferramenta para diagnóstico de SPM. Assim, acaba sendo o sistema mais utilizado, que tem em seu foco principal os sintomas psicológicos, como menos atenção ao sintoma físico. A aplicação do DRSP para um diagnóstico de SPM com base nas suas diretrizes atuais requer um rastreamento diário dos sintomas por pelo menos dois meses, (14) o que limita a sua



aplicabilidade prática no dia-a-dia de atendimento de pacientes com sintomas pré-menstruais.

O DRSP é uma escala com 11 domínios (subdividido em 21 itens e 3 questões relacionadas a consequências dos sintomas), que medem ao longo de 2 meses a gravidade dos sintomas da paciente (por exemplo: culpada, arrasada, ansiosa...). Cada item é avaliado em uma escala de 1 (“nenhum”) a 6 (“extremo”). As participantes devem preencher 2 meses do questionário. Devem ser avaliadas as respostas dos 5 dias pré-menstruais (fase lútea) e comparando-se com 6-10 dias pós-menstruais (fase folicular). Para confirmar o diagnóstico de SPM a paciente deve apresentar uma combinação onde a) os escores médios da fase folicular são  $\leq$  30% dos escores da fase lútea para ao menos 1 item de 3 diferentes sintomas; e b) a média dos escores na fase lútea sejam  $\geq$  3 ao menos em 3 itens (14,13).

#### 2.3.4.3 *The Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST) e Daily Record of Severity of Problems (DRSP)*

Muitos dos questionários dependem da auto-avaliação subjetiva da mulher, sobre os seus sintomas. O mais bem estruturado e bem validado até o momento é o DRSP. Como um questionário prospectivo, viés de memória ou de lembrança, se teve ou não, qual foi a intensidade, e 90% do grupo da *International Society for Premenstrual Disorders* (ISPMD) é a favor do DRSP, apontando-o como o padrão-ouro considerando os questionários validados até o momento (20). Mesmo com todo esse favorecimento para a área de pesquisa, na área clínica diária se torna

inconveniente, pois necessita ser preenchido prospectivamente por 2 a 3 meses pelas pacientes.

Porém, o grupo da ISPMD reconhece que há outros questionários possíveis. Entre eles o PSST, com um potencial valioso para ser usado em ensaios clínicos (20).

Pela facilidade de aplicação ele é uma opção de rastreamento para a SPM e para TDPM. Em 2011 um grupo alemão (Bentz et al.), traduziu e validou para a sua língua o questionário PSST; e ainda em 2012 um grupo no Irã (Hariri et al.), traduziu e validou para a sua língua o questionário (31,32). No Brasil, muitos poucos estudos tem utilizado o PSST como ferramenta de pesquisa, em uma busca rápida foi encontrado somente um grupo em São Paulo (Pascale et al.) (33) em 2015. Outra pesquisa realizada no banco de teses da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), com a busca por “Síndrome Pré-Menstrual” encontrou-se 6 teses (34), mas nenhuma delas sequer aplicou questionários diagnósticos em suas metodologias.

#### 2.3.4.4 *PRIME-MD – MÓDULO HUMOR*

A Depressão Maior tem sido relatada entre 6 a 35% dos pacientes que são atendidos na rede de atenção primária a saúde, causando significativa piora na qualidade de vida das pacientes. Mesmo na presença de apenas dois sintomas de depressão (considerado síndrome depressiva subclínica), existe um impacto negativo na vida dessas pessoas. Vários instrumentos tem sido propostos para avaliar a presença de depressão em pacientes ambulatoriais. Um grupo norte-

americano desenvolveu um questionário chamado de PRIME- MD e recentemente o mesmo foi validado no português (35).

O Prime-MD é um instrumento válido para se realizar o diagnóstico diferencial entre SPM e depressão (35).

#### 2.3.4.5 *Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*

O DSM V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quinta Edição), da *American Psychiatric Association*, é uma classificação de transtornos mentais que facilitam os diagnósticos psiquiátricos; essa classificação é consoante à Classificação internacional de doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em virtude do foco desse trabalho, apenas o módulo de Transtornos Depressivos, enfocando o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) (Premenstrual Dysphoric Disorder - PMDD), será apresentado (36).

O TDPM, a forma mais grave da SPM, é classificada da seguinte forma de acordo com os critérios do DSM-V:

**Tabela 5.** Classificação de critérios adaptada: DSM-V (36).

<p>A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos 5 sintomas devem estar presentes ao final da semana antes do início da menstruação, começando a aumentar poucos dias antes do início da menstruação, e tornando-se mínimo ou ausente na semana posterior à menstruação.</p>
<p>B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Labilidade afetiva marcada (ex.: flutuação de humor, sentimento de tristeza e choro</li> </ol>

repentinos ou aumento da sensibilidade à rejeição).

2. Irritabilidade ou raiva marcadas ou aumento dos conflitos interpessoais.
3. Depressão do humor, sentimento de frustração, ou pensamentos de depreciação própria.
4. Ansiedade, tensão e/ou sentimento de estar em seu limite.

C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas devem estar presentes adicionalmente, para alcançar um total de 5 sintomas quando combinados com os sintomas do critério B acima.

1. Diminuição do interesse em atividades usuais (ex., trabalho, escola, amigos, lazer).
2. Dificuldade subjetiva de concentração.
3. Letargia, fadiga fácil ou importante perda de energia.
4. Importante mudança no apetite; excesso de apetite; ou desejo de comida específica.
5. Hiperinsônia e insônia.
6. Sentimento de estar sobrecarregado ou fora do controle.
7. Sintomas físicos como hipersensibilidade ou inchaço mamário, dor muscular ou articular, e sensação de “inchaço” ou ganho de peso.

Nota: Os sintomas dos critérios A-C devem ser encontrados na maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente.

D. Os sintomas são associados com angústia clinicamente significativa ou interferência no trabalho, escola, atividades sociais usuais, ou relações com outrem (ex., evasão de atividades sociais, diminuição da produtividade e eficácia no trabalho, escola ou em casa).

E. O distúrbio não é meramente uma exacerbação de sintomas de outras desordens, como

distúrbio depressivo maior, desordem do pânico, desordem depressiva persistente (distímia), ou desordem pessoal (embora seja possível ocorrência concomitante de qualquer uma dessas desordens).

F. O critério A deve ser confirmado por escores prospectivos diários durante pelo menos dois ciclos menstruais sintomáticos (Nota: o diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação).

G. Os sintomas não podem ser atribuídos a efeitos fisiológicos ou de substâncias (ex., abuso de drogas, medicações ou outros tratamentos) ou outras condição médica (ex., hipertireoidismo).

## 2.4 TRATAMENTO DA SPM

Dois princípios básicos podem ser considerados para se determinar o tratamento individual, mais apropriado para a mulher com SPM. Primeiro, como os sintomas da SPM e do TDPM são crônicos e recorrentes, o tratamento deve levar em conta os custos e seus efeitos adversos. Segundo, o tratamento deve ser adaptado à gravidade dos sintomas, sendo a seleção dos medicamentos e de outros regimes alinhada às necessidades da paciente. Assim, a abordagem terapêutica da SPM sempre será um tratamento individualizado, de acordo com os sintomas apresentados pela paciente. As intervenções terapêuticas para a SPM variam desde abordagem conservadora (tratamento não medicamentoso) até tratamento medicamentoso ou mesmo cirúrgico (37).

Podemos classificar os tratamentos em categorias: psiquiátricos, anovulatórios, suplementos, fitoterápicos, não farmacológico, e alternativos (38).

- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS):

Essas drogas são consideradas de primeira linha no tratamento da SPM grave ou TDPM (39,40), sendo eficazes no alívio dos sintomas físicos e comportamentais, com taxas de sucesso descritas entre 50 a 70% (41). Supõe-se que a droga possua capacidade de alterar o metabolismo da alopregnanolona. Seu mecanismo de ação não está esclarecido, mas sabe-se que não está baseado em suas propriedades antidepressivas e ansiolíticas, uma vez que são necessárias de 4 a 6 semanas de uso da medicação (como antidepressivo), e para o início dos efeitos na SPM, ocorre em 24 a 48 horas. As drogas podem ser utilizadas de forma contínua ou intermitente. A terapia intermitente é tão eficaz quanto a terapia contínua e apresenta a vantagem de representar menor custo mensal e menor incidência de efeitos colaterais. Existem dois regimes intermitentes: o uso durante 12 a 14 dias na fase lútea do ciclo e o uso apenas nos dias de manifestação da sintomatologia. Em ambos os regimes, a terapia é descontinuada no 1º ao 3º dia da menstruação. Apesar de bem toleradas, essas drogas apresentam alguns efeitos colaterais, sendo os mais comuns: fadiga, cefaleia, boca seca, tonteira, diminuição da libido, sensação de tremor e sudorese (41,42).

Os ISRS apresentam um perfil bastante seguro, não havendo efeitos residuais após a interrupção da medicação. Existe um estudo demonstrando que a fluoxetina está associada a uma alteração de mais ou menos quatro dias na duração dos ciclos menstruais. As alterações na função sexual dificultam a adesão ao tratamento. O citalopram apresenta um perfil de efeitos menores, pode ser usado de forma intermitente e seu maior inconveniente é o custo (19).

No tratamento dos quadros depressivos, os ISRS apresentam uma demora na apresentação dos seus efeitos, mas nos quadros disfóricos pré-menstruais a melhora dos sintomas pode ocorrer mesmo na semana seguinte a do início da medicação. Para pacientes hesitantes em usar medicação durante toda a fase lútea, uma outra possibilidade é a fluoxetina de longa ação, tomada duas vezes durante a fase lútea. Aparentemente parece não haver diferença na efetividade dos ISRS para a PMDD em usuárias e não-usuárias de contraceptivo oral (19,25).

- Ansiolíticos:

O alprazolam apresenta propriedade ansiolítica, com efeito clínico comprovado nos sintomas de tensão, ansiedade e irritabilidade. Entretanto, essa medicação é considerada como de segunda linha de tratamento por sua capacidade de causar dependência (42). Já a buspirona possui efeito ansiolítico sem o efeito da dependência (41).

- Análogo do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH)

Considerada como droga de terceira linha de tratamento, seu uso é resguardado para casos muito graves, refratários ao tratamento convencional (43,44). O uso do análogo de GnRH traz como consequência de suas propriedades antiestrogênicas as manifestações clínicas como fogachos, atrofia vaginal e osteoporose. Caso a duração do tratamento seja superior a seis meses, recomenda-se realizar a reposição hormonal com tibolona ou estrogênio (41,43–45).

- Danazol:

Androgênio sintético que inibe a secreção de LH e FSH, suprimindo a função ovariana. Seu uso é limitado, devido aos seus efeitos androgênicos e

antiestrogênicos, como amenorreia, acne, aumento de peso, retenção urinária, fogachos, secura vaginal e labilidade emocional (44,45).

- Bromocriptina:

Agonista da dopamina, responsável por reduzir os níveis séricos da prolactina. Reduz a mastalgia, porém o mecanismo de ação não é compreendido. Os efeitos colaterais mais comuns são náuseas e vômitos (44,46).

- Espironolactona:

Diurético poupador de potássio, responsável por redução de edema, redução do desconforto mamário, redução da distensão abdominal e melhora da acne. O uso prolongado dessa droga pode estar associado a efeitos colaterais como letargia, cefaleia e irregularidade menstrual. Assim sendo, seu uso é recomendado somente na fase lútea (44).

- Estrogênio:

As preparações orais de estrogênio não fornecem níveis séricos suficientes para a supressão da atividade ovariana; portanto, são utilizadas as formulações transdérmicas, na forma de implantes ou adesivos. É um tratamento considerado eficaz pela Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (43).

- Progesterona:

Alguns autores defendem a hipótese de que os sintomas pré- menstruais se devem à deficiência da progesterona na fase lútea. Entretanto, os trabalhos e revisões disponíveis até o momento são inconclusivos (42,43,46).

- Anticoncepcionais orais combinados (ACO):



A supressão da ovulação com o uso de ACO alivia os sintomas da SPM. Há relatos de melhora dos sintomas, das atividades sociais e nos relacionamentos afetivos em usuárias dos ACO na associação com a drospirenona. Uma revisão sistemática concluiu que ACO combinado contendo drospirenona foi efetivo no tratamento severo da SPM (39,41,46).

No entanto, estudos atuais demonstram que anticoncepcionais hormonais combinados contendo novos progestagênios (como exemplo a drospirenona) e utilizados com menor intervalo entre as cartelas (ciclos de 24 dias com pausa de quatro dias) são mais eficazes, tanto na obtenção do alívio dos sintomas quanto na prevenção da recidiva destes. Essa indicação estende-se a todas as mulheres, mesmo as que não tenham finalidade contraceptiva. A prescrição dos contraceptivos hormonais seguirá as recomendações de elegibilidade dos mesmos, segundo critérios da OMS (47).

As formas tradicionais de contracepção oral continham 21 dias de comprimidos contendo hormônio e 7 dias de placebo (ou 7 dias de intervalo). Desde 2003, a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou regimes de 24/4, 84/7 e 365 dias. Estes regimes de menor intervalo livre de hormônios objetivam diminuir o sangramento e efeitos colaterais associados aos intervalos. A segurança e eficácia desses esquemas é comparável com a dosagem tradicional 21/7. Regimes prolongados estão associados com grande satisfação da paciente, já que padrões de sangramento são semelhantes ou mais curtos em mulheres que utilizam regimes prolongados, juntamente com melhora de sintomas associados ao intervalo (como cefaleia, dismenorreia, edema) (47).

Sulak e colab. em estudo com objetivo de medir a duração, frequência e gravidade dos sintomas relacionados com o intervalo livre de hormônio em usuárias de ACO, especificamente para comparar pílula-ativa com intervalo livre de hormônios, concluiu que quase todos os sintomas avaliados foram significativamente piores durante o intervalo de sete dias sem hormônios em relação aos 21 dias de pílulas contendo hormônio, ou seja, o uso de ACO contínuo (sem intervalos), pode apresentar melhora nos sintomas pré-menstruais (48).

Vários tratamentos demonstraram eficácia, no entanto, o uso de alguns desses tratamentos continua a ser limitado devido ao potencial dos efeitos secundários (38).

- Terapia não-medicamentosa:

O tratamento não-farmacológico da SPM inclui a educação da paciente, terapia de suporte e mudanças comportamentais (49,50), como psicoterapia e terapias de relaxamento, têm demonstrado eficácia no auxílio ao controle dos sintomas da SPM. Além disto, muitas mulheres relatam melhora importante da sintomatologia após realizarem mudanças comportamentais, como manter anotações diárias dos sintomas, realizar atividade física regular e fazer alterações dietéticas (45). Os clínicos costumam orientar as pacientes quanto ao uso de vitaminas, medicações fitoterápicas ou suplementos alimentares. Apesar de muitas dessas terapias alternativas não serem aprovadas pelo FDA, tais medicações são amplamente comercializadas e muitas pacientes relatam melhora importante dos sintomas com a sua utilização, provavelmente pelo efeito placebo. Algumas dessas drogas podem ser utilizadas no tratamento da SPM e da TDPM, mas é muito

importante que as pacientes sejam bem informadas sobre seus efeitos colaterais (46).

Uma meta-análise, que incluiu 6 ECR (Ensaio Clínico Randomizado), avaliou a eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) no tratamento da SPM moderada a grave. As pacientes receberam uma média de 6 sessões de TCC, durante uma média de 40 dias. Embora alguma melhoria foi observada, em geral, apenas pequenos efeitos foram detectados e portanto a TCC não foi considerada uma opção de tratamento suficiente para SPM (51).

- Dieta:

Embora várias recomendações dietéticas, incluindo refeições frequentes contendo hidratos de carbono ou proteínas complexas, diminuir o açúcar refinado, o sal reduzido e a eliminação de cafeína, têm sido propostos para o tratamento da SPM, poucas foram avaliadas de forma sistemática. Aumento da ingestão de carboidrato complexo durante a fase lútea é teorizado para aumentar a disponibilidade de triptofano levando ao aumento dos níveis de serotonina centrais (52). Em estudo realizado em Taiwan, com o objetivo de avaliar o desejo de alimentos com alto teor de gordura e doce ao longo do ciclo menstrual, verificou que os alimentos com elevado teor de gordura e doce provocaram maior desejo a resposta implícita emocional positiva mais do que outros alimentos. A fase lútea contribuiu para o aumento de alimentos de alto teor de gordura, doce e desejos alimentares. Além disso, a sensibilidade gratificante foi associada a uma resposta emocional a uma alimentação rica em doces e gorduras que foi associado com desejos alimentares (53).

- Suplementos e Vitaminas

- Cálcio: estudos demonstraram que os níveis séricos de cálcio se encontram mais baixos antes da menstruação e que sua administração diária auxilia no alívio de sintomas associados à SPM, tais como irritabilidade, ansiedade, edema, dor e perversão alimentar. Além disto, a ingestão diária de cálcio auxilia na manutenção da densidade óssea; Aumentar os níveis de cálcio é teorizado para regular homeostase do cálcio periovulatória (29,38,54).

- Magnésio: mulheres com SPM apresentam baixos níveis desse mineral em seus leucócitos e eritrócitos, apesar do nível sérico mostrar-se normal. A reposição de magnésio pode auxiliar na retenção hídrica, mas, ocasionalmente, pode acarretar diarreia osmótica (38);

- Vitamina B6: por ser um cofator na síntese dos neurotransmissores, essa vitamina pode atuar aliviando os sintomas pré-menstruais de alteração do humor. No entanto, em RCTs não houve eficácia com o uso. Os pacientes devem ser avisados de que, se a vitamina B6 não é eficaz, o aumento da dose num esforço para conseguir alívio completo dos sintomas pode levar a neuropatia periférica, mesmo com 200 mg por dia. Piridoxina deve ser interrompido se houver evidência de formigamento ou dormência nas extremidades (29,54).

- Fitoterápicos:

Vários extratos de ervas têm sido utilizados, com relativo sucesso, no tratamento dos sintomas da SPM como, por exemplo, black cohosh, dong quai, kava kava, gingo biloba e raiz de Saint John (55). Fitoterápicos como o óleo da primrose (extrato da flor *oenothera biennis*) e o extrato de chaste (extrato de *vitex agnus-*

castus) estão associadas a redução da mastalgia e a irritabilidade. No entanto, ensaios clínicos randomizados com óleo de prímula (contendo ácido linoleico e ácido gama-linolênico) não conseguiram demonstrar superioridade em relação ao placebo (54).

- Outras terapias alternativas:

Exercício aeróbico e atividades de relaxamento podem melhorar os sintomas mais leves da SPM. Porém, ainda não existem estudos controlados e randomizados que avaliem os benefícios dessas atividades. O exercício foi relatado para melhorar a disforia pré-menstrual, fadiga e inchaço (56). É comumente considerado que o exercício melhora os sintomas pré-menstruais através de elevação dos níveis de beta-endorfina e melhoria do bem-estar no entanto não há nenhuma evidência para confirmar isso (29). Entretanto, no estudo realizado no Egito em 2016 (Czajkowska et al.), houve um aumento no percentual de SPM entre meninas atletas do que em meninas não atletas (49,33% versus 32%,  $P = .045$ ) (57). Outras terapias, como acupuntura, biofeedback, homeopatia, massagem, meditação com guia da imaginação, reflexologia e fototerapia têm sido utilizadas com relativo sucesso, porém estudos mais detalhados ainda precisam ser realizados para comprovar a eficácia dessas terapias alternativas. Segundo o Consenso da ISPMD, a evidência mais forte para a eficácia dos tratamentos não-farmacológicos para a SPM existe para cálcio, chasteberry (planta do Mediterrâneo) e terapia cognitivo-comportamental (29).

O fato de existir um número tão grande de “tratamentos” para a SPM sugere que nenhum deles realmente tenha eficácia embasada em evidência, muito

provavelmente devido a dificuldades nos próprios critérios diagnósticos para inclusão de pacientes.

### **3 JUSTIFICATIVA**

Após revisão de literatura, constata-se que mesmo a SPM sendo amplamente reconhecida há décadas, ainda não há uma ferramenta universal para o diagnóstico de SPM. A ferramenta mais aceita é o DRSP (questionário auto preenchido prospectivamente por dois meses). Pela dificuldade das pacientes manterem o preenchimento por este período, um questionário como o PSST, de aplicação única, e que faça o rastreamento de SPM seria de grande facilidade de aplicação.

#### **4 HIPÓTESE**

Hipótese Nula: não existe diferença entre os dois questionários que estão sendo comparados.

Hipótese Alternativa: o PSST não apresenta o mesmo percentual de diagnóstico de SPM que o DRSP.

Confirmar que o PSST tem a mesma validade do DRSP como ferramenta diagnóstica para SPM.



## 5 OBJETIVO

Objetivo Principal:

Comparar a taxa de diagnóstico de SPM através do uso do questionário DRSP e PSST.

Objetivo Secundário:

Medir a sensibilidade e a especificidade do PSST no diagnóstico de SPM.

## REFERÊNCIAS

1. Silverthorn DU, Et al. Fisiologia Humana – Uma abordagem integrada. Artemed Editora SA. 2010.
2. Kapit W, Macey RI, Meisami E. Fisiologia - Um livro para colorir - 2ª edição. 2004. 153-156 p.
3. Nillni Y, Rohan K, Mahon J, Pineles S, Zvolensky M. The role of anxiety sensitivity in the experience of menstrual-related symptoms reported via daily diary. *Psychiatry Res.* 2013;210:564–9.
4. Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas.* 2015;(MAT-6474):5 pages.
5. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology.* 2003;28(SUPPL. 3):1–23.
6. Pretta C, Osis MD, KS de P, Et al. Premenstrual Syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynecol Obs.* 2010;(108:40-3).
7. IC R, E de O. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual [Prevalence and sociability of women with premenstrual syndrome]. *Arq Ciênc Saúde.* 2006;(108:10-3).
8. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 15: Premenstrual Syndrome. *ACOG Pract Bull.* 2000;(15).
9. Bakhshani NM, Mousavi MN, Khodabandeh G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female university students. *J Pak Med*

- Assoc. 2009;59(4):205–8.
10. Bahamondes L, Córdova-Egüez S, Pons JE, Shulman L. Perspectives on Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder. *Dis Manag Heal Outcomes* [Internet]. 2007;15(5):263–77. Available from: <http://link.springer.com/10.2165/00115677-200715050-00001>
  11. Steiner M, Peer M, MacDougall M, Haskett R. The premenstrual tension syndrome rating scales: An updated version. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):82–8.
  12. Grady-Weliky T. Clinical practice. Premenstrual dysphoric disorder. *N Engl J Med*. 2003;348 n.5:433–8.
  13. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2006;9(1):41–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172836>
  14. Borenstein JE, Dean BB, Yonkers K a, Endicott J. Using the daily record of severity of problems as a screening instrument for premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol*. 2007;109(5):1068–75.
  15. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2003;6(3):203–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12920618>
  16. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(SUPPL. 3):25–37.

17. Schiola A, Lowin J, Lindemann M, Patel R, Endicott J. The burden of moderate severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a cohort of latin american women. *Value Heal.* 2011;14:93–5.
18. Magos A. Advances in the treatment of the premenstrual syndrome. *Brit J Obs Gynecol.* 1990;97 n.1:7–10.
19. WENDER MCO, VALIATI B, ACCETTA SG, FREITAS F, ODERICH C. Síndrome Pré-Menstrual. In: Freitas, Fernando Monteiro de;Menke, Carlos Henrique;Rivoire, Waldemar Augusto ;Passos, Eduardo Pandolfi. (Org.). *Rotinas em Ginecologia. Artmed.* 2011;6<sup>a</sup> ed. Por:113–20.
20. O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMD Montreal consensus. *Archives of Women's Mental Health.* 2011. p. 13–21.
21. Rubinow DR, Schmidt PJ. Gonadal steroid regulation of mood: The lessons of premenstrual syndrome. *Frontiers in Neuroendocrinology.* 2006. p. 210–6.
22. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau M a, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *The New England journal of medicine.* 1998. p. 209–16.
23. Segeblad B, Borgström A, Nyberg S, Bixo M, Sundström-Poromaa I. Evaluation of different add-back estradiol and progesterone treatments to gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(2).

24. Huo L, Straub RE, Roca C, Schmidt PJ, Shi K, Vakkalanka R, et al. Risk for Premenstrual Dysphoric Disorder Is Associated with Genetic Variation in ESR1, the Estrogen Receptor Alpha Gene. *Biol Psychiatry*. 2007;62(8):925–33.
25. WENDER MCO, Oderich CL. Síndrome Pré-menstrual. In: Ruth Clapauch. (Org.). *Endocrinologia Feminina e Andrologia - Manual prático para endocrinologistas, ginecologistas, urologistas e médicos com interesse na área*. A C Farm. 2012;1<sup>a</sup> ed. São:177–85.
26. Brown J, O' Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD001396.
27. Kiesner J, Granger D. A lack of consistent evidence for cortisol dysregulation in premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2015;65:149–64.
28. Halbreich U. Menstrually related disorders towards interdisciplinary international diagnostic criteria. *Cephalalgia*. 1997;suppl. 20:1–4.
29. Nevatte T, O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(4):279–91.
30. Coffee AL, Kuehl TJ, Sulak PJ. Comparison of scales for evaluating premenstrual symptoms in women using oral contraceptives. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2008;28(5):576–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18447656>

31. Bentz D, Steiner M, Meinlschmidt G. SIPS-Screening instrument for premenstrual symptoms. the German version of Premenstrual Symptoms Screening Tool to assess clinically relevant disturbances. [German]  
SIPS-Screening-Instrument fur pramenstruelle Symptome: Die deutsche Version des Premenstr. Nervenarzt. 2012;83:33–9.
32. Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L, Siah Bazi S, Saki Malehi A, Montazeri A. The Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST): A validation study. Arch Womens Ment Health. 2013;16(6):531–7.
33. Tacani PM, Ribeiro D de O, Barros Guimarães BE, Machado AFP, Tacani RE. Characterization of symptoms and edema distribution in premenstrual syndrome. Int J Womens Health. 2015;7:297–303.
34. CAPES. Banco de Teses CAPES - With key: síndrome pré-menstrual [Internet]. [cited 2016 Feb 15]. Available from: <http://bancodeteses.capes.gov.br/>
35. Fraguas R, Gonsalves Henriques S, De Lucia MS, Iosifescu D V., Schwartz FH, Rossi Menezes P, et al. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. J Affect Disord. 2006;91(1):11–7.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Am Psychiatr Assoc [Internet]. 2013;991. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714>  
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5#0>
37. Rapkin AJ, Mikacich J a. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008;20(5):455–63.

38. MAHARAJ S, TREVINO K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychiatr Pract* [Internet]. 2015;21(5):334–50. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00131746-201509000-00003>
39. Lopez LM, Kaptein AA, F.M. H. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2(CD006586).
40. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a meta-analysis. *Obs Gynecol* [Internet]. 2008;111(5):1175–82. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=18448752](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=18448752)
41. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical primer for practitioners. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004;104(4):845–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15458909>
42. Dell DL. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and premenstrual exacerbation of another disorder. *Clin Obstet Gynecol*. 2004;47(3):568–75.
43. Panay N. Management of premenstrual syndrome. *R Coll Obstet Gynaecol*. 2007;(48):1–16.
44. Kaur G, Gonsalves L, Thacker HL. Premenstrual dysphoric disorder: a review

- for the treating practitioner. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 2004;71(4):303–5, 312–3, 317–8 passim. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15117171>
45. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician*. 2003;67(8):1743–52.
  46. Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. Hormonal management of premenstrual syndrome. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008. p. 251–60.
  47. Cremer M, Phan-Weston S, Jacobs A. Recent innovations in oral contraception. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2010. p. 140–6.
  48. Sulak PJ, Scow RD, Preece C, Riggs MW, Kuehl TJ. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):261–6.
  49. Wyatt K, Dimmock P, O'Brien P. Premenstrual syndrome. London BMJ Publ Gr. 2000;In: Barton(4th):1121–33.
  50. Moline ML, Zendell SM. Evaluating and managing premenstrual syndrome. *Medscape Womens Heal*. 2000;5(2):1.
  51. Kleinstuber M, Witthoft M, Hiller W. Cognitive-behavioral and pharmacological interventions for premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder: A meta-analysis. *J Clin Psychol Med Settings*. 2012;19(3):308–19.
  52. Freeman E, Stout A, Endicott J, Spiers P. Treatment of premenstrual syndrome with a carbohydrate-rich beverage. *Int J Gynaecol Obs*. 2002;77:253–4.



53. Yen JY, Chang SJ, Ko CH, Yen CF, Chen CS, Yeh YC, et al. The high-sweet-fat food craving among women with premenstrual dysphoric disorder: Emotional response, implicit attitude and rewards sensitivity. *Psychoneuroendocrinology*. 2010;35(8):1203–12.
54. Whelan AM, Jurgens TM, Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: a systematic review. *Can J Clin Pharmacol [Internet]*. 2009;16(3):e407–29. Available from: <http://www.jptcp.com/>
55. Dante G, Facchinetti F. Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]*. 2011;32(1):42–51. Available from: <https://login.ezproxy.endeavour.edu.au:2443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=57771910&site=eds-live&scope=site>
56. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(6):895–9.
57. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Ga??azka I, Naworska B, Skrzypulec-Plinta V. Menstrual Cycle and the Prevalence of Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescent Athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(6):492–8.

## **6 ARTIGO EM INGLÊS**

**Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between Problems Intensity Daily Record of Severity Problems (DRSP) and The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)**

A Henz<sup>1,3</sup>, CL Oderich<sup>2</sup>, CW, Gallon<sup>1</sup>, JRS Castro<sup>3</sup>, M Conzati<sup>3</sup>, MCO Wender<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>2</sup>Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

<sup>4</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil

Correspondence for:

Maria Celeste Osório Wender

Rua Ramiro Barcelos, 2350/ 11º andar-sala 1125

CEP: 90035-903 – Porto Alegre, RS – Brasil

[mceleste@ufrgs.br](mailto:mceleste@ufrgs.br)

## ABSTRACT

**Background:** The diagnosis of Premenstrual Syndrome (PMS) is a challenge. The use of structured questionnaires is well established and the most accepted is the DRSP, a prospectively self-administered questionnaire that needs at least two months to be completed. The PSST is a retrospective self-scale questionnaire, filled at a single time. **Aim:** To compare these two instruments (PSST and DRSP) to diagnosis PMS. **Methods:** A cross-sectional study with 127 women between 20 and 45 years with PMS complaints. Women were evaluated about weight, high and Body Mass Index (BMI). After the exclusion of depression by the Prime-MD Questionnaire, the PSST was completed and the women were oriented to complete the DRSP for two months. The agreement between the two questionnaires was assessed by calculating the Kappa ( $k$ ) and PABAK values. **Results:** 282 women (74% of all the attending women) met eligibility criteria and answered the PSST. DRSP was completed for two cycles, by only 127 women (45% of 282). The percentual of women with PMS diagnosis by the DRSP was 74.8%, and by PSST was 41.7%. The percentual of women with PMDD diagnosis by the DRSP was 3.9%, and by the PSST was 34.6%. The number of patients considered "normal" (with the symptoms above the necessary for the diagnostic the PMS) was similar with both questionnaires. Assessing the agreement between the two instruments revealed no agreement (Kappa = 0.12) in the results of diagnosis of PMS and PMDD (Pabak coefficient keep this result = 0.39). For the diagnosis of PMS/PMDD the PSST had a high sensitivity (79%) and a low specificity (33.3%). **Conclusion:** The PSST should be considered a diagnostic screening tool. We concluded that positive PMD/PMDD cases of PSST should be better evaluated by DRSP.

**Keywords:** Premenstrual Syndrome (PMS), Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD), Daily Record of Severity Problems (DRSP), The Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST).

## INTRODUCTION

The Premenstrual Syndrome (PMS) is defined as a recurring pattern of symptoms that occur during the premenstrual phase and decline soon after the start of menses (1). PMS is characterized by physical, affective, and behavioral symptoms that significantly impair the daily lives of women, including work and personal activities, during the luteal phase and spontaneously resolve within a few days of the onset menstruation (2).

About 50-80% of women report that they experience at least some symptoms during the premenstrual phase (1,3–8), and the PMS occurs approximately in 30-40% of reproductive females that report symptoms of PMS requiring some type of treatment or better attention (2).

Severe symptoms, including at least one disabling affective symptom, to the extent that they cause marked functional impairment is classified as premenstrual dysphoric disorder (PMDD). It is estimated that PMDD affects between 3-8% of menstruating women (9).

PMS symptoms can be very similar to other diseases such as depression, anxiety crisis, among others, so an accurate prospective evaluation of the symptoms is required to make the diagnosis. The *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) and more recently the *International Society for Premenstrual Disorders* (ISPMD), recommends diagnosis reviewing 2 months of prospective charting instead of a single cycle (7,10). The challenge for the diagnosis and classification of premenstrual symptoms is to distinguish women who need treatment from those without clinical relevance (11).

The use of structured interviews, questionnaires and patient self-rating scales is well established and several validated diagnostic techniques are available. The most accepted and widely used system is the DRSP, a prospectively self-administered questionnaire. The primary focus of DRSP are the psychological symptoms (and less attention to physical symptoms). In order to use the DRSP as a tool diagnostic of PMS it is necessary that the patient fill in Daily Record of Symptoms for at least two months. However, this requirement does not become a clinical practice (12–14), limiting its practical applicability in day-to-day care for patients with premenstrual symptoms.

The PSST is a retrospective self-scale questionnaire that reflects and `translates` categorical DSM-IV criteria into a rating scale with degrees of severity (not at all, mild, moderate and severe) (15). It is fast and filled at a single time.

Based on these considerations, the aim of this study was to compare these two instruments (PSST and DRSP) of PMS diagnosis.

## **METHODS**

A cross-sectional study with volunteers recruited in the local media (TV, radio or newspaper) was made. This study was developed in the Hospital de Clinicas de Porto Alegre (HCPA) and School of Medicine, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) during the period ranging from August 2014 to December 2015.

The participants were women between 20 and 45 years with PMS complaints and cyclical menses. The exclusion criteria were: menopause, use of any continuous hormonal contraception, use of antidepressants or depression diagnosis.

To get a Kappa coefficient of at least 0.7, with 80% power, a level of significance of 5%, the sample size should be at least 123 valid questionnaires. The women included were evaluated about weight, high, Body Mass Index (BMI), and answered the Prime-MD Questionnaire (16) (Module mood) . In the cases of positive screening for depression, the DSM-IV (17) questionnaire was applied to establish the diagnosis. The depressive women were excluded from the study and referred for psychiatric care. After the PSST (15) was completed by the women, the DRSP (14) was give out to be completed daily for two months.

Statistical analysis was performed via SPSS 18.0 for Windows. Continuous variables were expressed as mean  $\pm$  standard deviation and categorical variables were expressed as absolute and relative frequency. The agreement between the two questionnaires was assessed by calculating the Kappa (k) and PABAK values. Kappa is an agreement's measure beyond that agreement expected to occur by chance. Kappa expected according to Altman (18) was 0.8 - with a range of 0.643 to 0.893, with a 95% confidence interval. PABAK states for the Prevalence and Bias Adjusted Kappa.

The selected women read and signed the Term of Consent, which was approved by the Committee of Ethics in Research of the HCPA and UFRGS (protocol number 15-0087).

## **RESULTS**



Overall, 377 women signed up to participate in the study; however, only 282 (74%) women were considered eligible because category recruitment and answered the PSST. Baseline characteristics of these women are shown in Table 1.

Of the eligible women 135 (55%) did not fully complete all the two cycles of the daily questionnaire (DRSP). Only 127 (45%) completed the study – including the 2-months of the DRSP – these women were considered to have fully participated in this study and represent the full analysis set (Figure1).

In Figure 2, the diagnosis of PMS was higher with the DRSP and the PMDD diagnosis was higher using the PSST. The percentage of PMS by the DRSP was 74.8%, and for the PSST was 41.7%; for PMDD by the DRSP was 3.9%, and for the PSST was 34.6%. The number of patients that considered “normal” was similar with the two questionnaires.

When compared the diagnosis in both questionnaires, 70% of the women considered “normal” by PSST had a PMS diagnosis after the DRSP, 83% of the PMS diagnosis by PSST had confirmed the PMS diagnosis with the DRSP. Otherwise, only 6.8% of the PMDD diagnosis by the PSST had a PMDD diagnosis by the DRSP, and 68.2% of the PMDD diagnosis by the PSST had a PMS diagnosis by the DRSP (Figure 3).

Assessing the agreement between the two instruments revealed no agreement. The value of Kappa coefficient ( $Kappa = 0.12$ ) showed poor agreement in the results of diagnosis of PMS and PMDD. However, when the coefficient adjusting the prevalence through PABAK, the value ( $k=0.39$ ) approaches a moderate consistency, although still fits into a low intensity (18) (Table 2).

## **DISCUSSION**

A diagnosis of PMS based on current guidelines requires the prospective daily charting of symptoms and impairment for at least two cycles. The most accepted questionnaire is the DRSP (14).

Experts diverge about the most suitable diagnostic tool. Many group members favored the DRSP, however more simple methods are desirable for clinical use and for screening patient for research studies (13).

The PSST reflects DSM-IV criteria and “translates” categorical DSM-IV criteria into a rating scale with degrees of severity (15) and is potentially useful because the facility in an unique application (13).

Our study shows that PSST over-estimated the diagnosis of PMDD and minimized the diagnosis of PMS in the comparison with the DRSP results. Maybe this has occurred because the data was not collected prospectively over (15). However, it is a good screening tool for PMD with a high sensitivity (79%).

This study points an important feature: we had many losses, 135 women gave-up to answer the diary, claiming the long time it would take to fulfil it. The problem is that the diaries is time-consuming and frequently are not accepted. An epidemiological study showed that 30% of women refused to participate in the study because they did not want to fill out a diary. The diary in question may take even discouragement of future treatment offerings. Therefore, it is important the development of economic diagnostic tools for clinical practice (11).

In a study with 1477 women, only 56% completed the DRSP. This study included Brazilian women and showed an elevated moderate to severe PMS/PMDD incidence: 47.7% (9). This highlights the difficulty of the women to answer a diary in a research. In the clinical practice, it is even less frequent the use of PMS/PMDD diaries.

This study has some limitations. Although 282 women completed the PSST, only 127 women returned with 2 cycles of DRSP. This highlights the difficulty in the application of DRSP in clinical practice and research, suggesting that the PSST should be used as the initial screening tool.

## **CONCLUSION**

Considering that PMS/PMDD have a well-validated diagnostic toll, DRSP, the PSST should be considered as a screening tool. PSST underreported the PMS diagnosis and over-estimated PMDD diagnosis. We suggest that positive PSST cases of PMS/PMDD should be better evaluated by DRSP.

## **ACKNOWLEDGEMENTS**

This study was supported by FIFE (Fundação de Apoio a Pesquisa e Ensino) and University of Rio Grande do Sul, Brazil.

## **REFERENCES**

1. Nillni YI, Rohan KJ, Zvolensky MJ. The role of menstrual cycle phase and

- anxiety sensitivity in catastrophic misinterpretation of physical symptoms during a CO<sub>2</sub> challenge. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(6):413–22.
2. Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*. 2015;(MAT-6474):5 pages.
  3. Kessel B. Premenstrual syndrome. Advances in diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2000;27(3):625–39.
  4. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28(SUPPL. 3):1–23.
  5. Rodrigues IC de OE. Prevalence and sociability os women with premenstrual syndrome. *Arq Ciên Saúde*. 2006;13:146–52.
  6. Pretta C, Osis MD, KS de P, Et al. Premenstrual Syndrome as reported by Brazilian women. *Int J Gynecol Obs*. 2010;(108:40-3).
  7. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 15: Premenstrual Syndrome. *ACOG Pract Bull*. 2000;(15).
  8. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*. 2002;32(1):119–32.
  9. Heinemann LAJ, Minh T Do, Filonenko A, Uhl-Hochgräber K. Explorative Evaluation of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work Absenteeism and Productivity. *Women's Heal Issues*. 2010;20(1):58–65.
  10. Nevatte T, O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, et al. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(4):279–91.
  11. Bentz D, Steiner M, Meinlschmidt G. SIPS-Screening instrument for premenstrual symptoms. the German version of Premenstrual Symptoms Screening Tool to assess clinically relevant disturbances. [German]\nSIPS-Screening-Instrument fur pramenstruelle Symptome: Die deutsche Version

- des Premenstr. Nervenarzt. 2012;83:33–9.
12. Borenstein JE, Dean BB, Yonkers K a, Endicott J. Using the daily record of severity of problems as a screening instrument for premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol.* 2007;109(5):1068–75.
  13. O'Brien PMS, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: The ISPMD Montreal consensus. *Archives of Women's Mental Health.* 2011. p. 13–21.
  14. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health [Internet].* 2006;9(1):41–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16172836>
  15. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health [Internet].* 2003;6(3):203–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12920618>
  16. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Group and the PHQPCS. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. *JAMA J Am Med Assoc.* 1999;282(18):1737–44.
  17. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. *Am Psychiatr Assoc [Internet].* 2013;991. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714> \n<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5#0>
  18. Altman DG. *Practical Statistics for Medical Research.* CHAPMAN HALL/CRC Press London. 1991;

Table 1. Sociodemographic characteristics of Women with Moderate-to-Severe PMS/PMDD or no Perceived Symptoms

<b>Variables</b>		<b>n=127</b>
Age (years) – average $\pm$ SD [Min – Max]		33.7 $\pm$ 6.6 [20 – 45]
Self-declared white – n (%)		112 (88.2)
Education Level – n (%)	Elementary	3 (2.4)
	High school	37 (29.1)
	Academic	85 (66.9)
Using non-continuous regimens of Combined hormonal contraceptive – n (%)		72 (56.7)
Smoker – n (%)		4 (3.1)
Body Mass Index – n (%)	Normal	59 (46.5)
	Overweight	44 (34.6)
	High	24 (18.9)

Table 2. Evaluation of PMS/PMDD PSST diagnosis

	All diagnosis ("Normal"/ PMS/PMDD)	Diagnosis of PMS/PMDD
Sensitivity	-	79%
Specificity	-	33.3%
Positive Predictive value	-	81.4%
Negative Predictive value	-	30%
Kappa	0.10	0.12
IC 95%	0.00 to 0.21	-0.07 to 0.31
P	0.039	0.181
KappaPabak	0.35	0.39

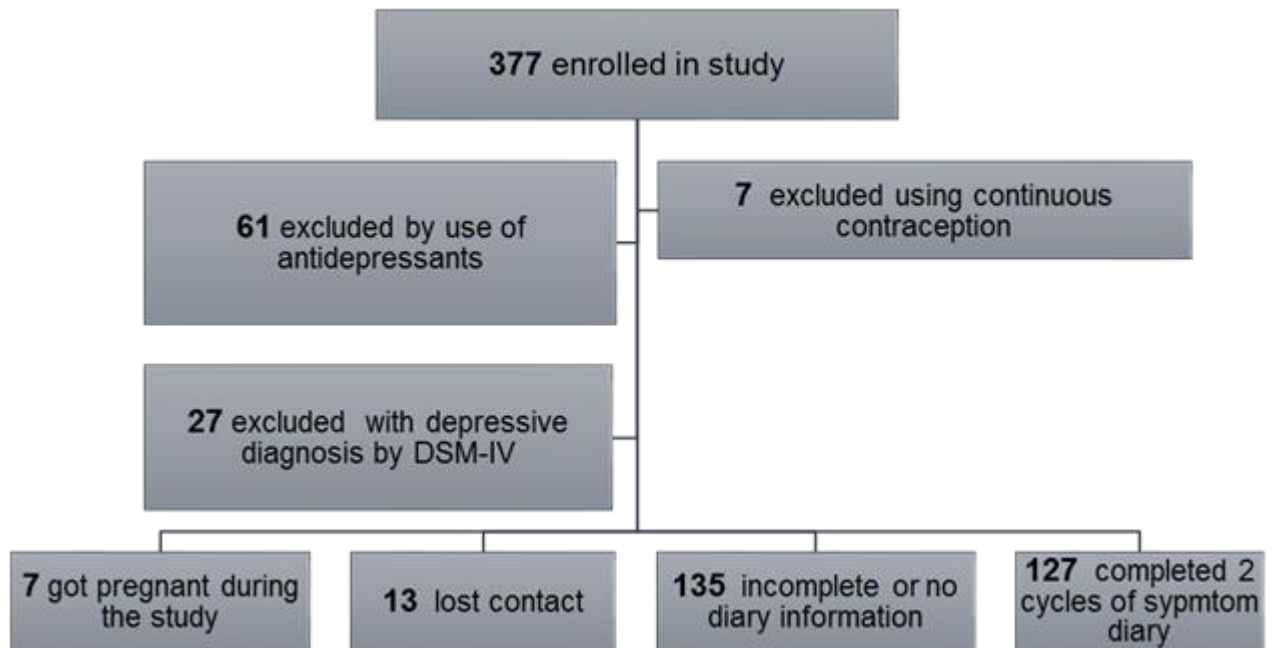


Figure 1. Disposition of study participants.



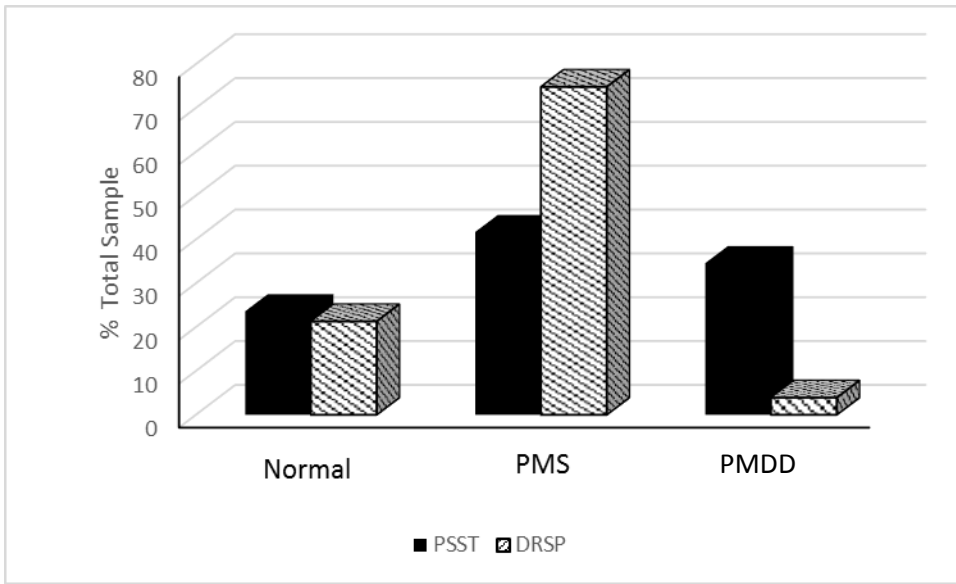


Figure 2. Comparative prevalence of diagnosis of PMS/PMDD between PSST and DRSP.

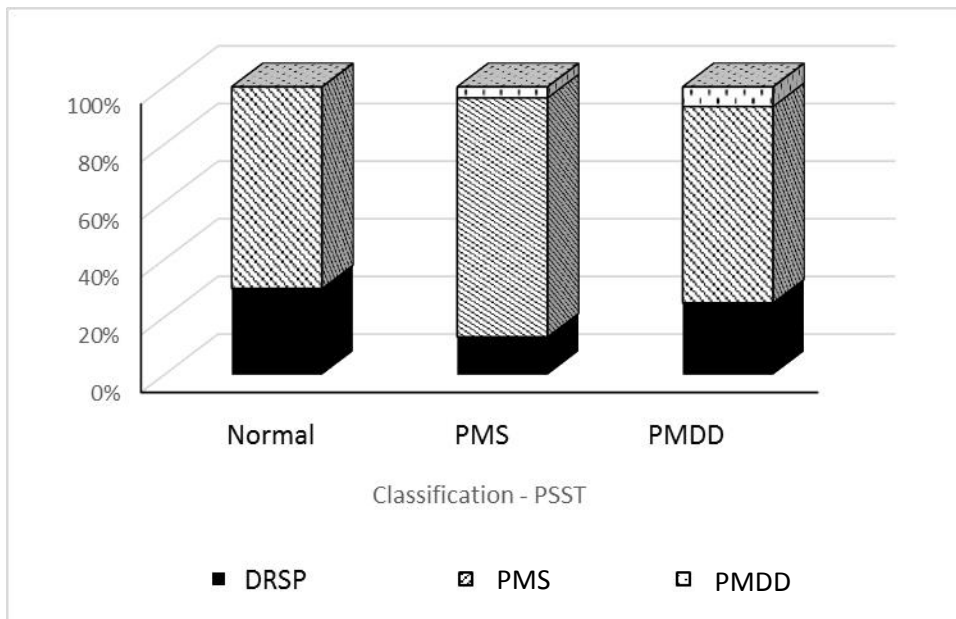


Figure 3. Rating PSST results by analyzing the results of DRSP.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da síndrome pré-menstrual ser frequentemente veiculada na mídia leiga, é objeto de poucos estudos no meio científico.

O seu diagnóstico baseia-se em questionários preenchidos ao longo de dois meses, o que torna-se pouco prático na assistência aos pacientes.

Sugerimos o uso do PSST como triagem das pacientes com queixas pré-menstruais, e análise posterior com o DRSP.

Desta forma novas ferramentas de tratamento com diagnósticos precisos, poderão ser testados, promovendo uma melhor qualidade a estas pacientes.

## **8 PERSPECTIVAS**

É preciso qualificar os instrumentos diagnósticos para SPM, a fim de aprimorar a pesquisa e desta forma garantir que os resultados relativos a sua etiologia e tratamento sejam reais.

Além disso, é importante que novos instrumentos de aplicação mais rápida venham a ser estudados para emprego na prática clínica.

## 9 ANEXOS

## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar de pesquisa *Diagnóstico de Síndrome Pré-Menstrual: comparação de dois instrumentos Registro Diário da Intensidade dos Problemas – DRSP e Instrumento de Rastreamento de Sintomas Pré-Menstruais – PSST*

#### **Justificativa e Objetivos do Estudo**

A Síndrome Pré-menstrual (SPM), também conhecida como TPM, é um distúrbio crônico que ocorre na fase final do ciclo menstrual e desaparece logo após o início da menstruação e se caracteriza por uma combinação de sintomas físicos, psicológicos e comportamentais que interferem de forma negativa nas relações interpessoais da mulher. Quando os sintomas são leves a moderados tendem a iniciar poucos dias antes do fluxo e apresentam menor interferência na vida cotidiana. Porém, quando os sintomas são intensos, costumam ocorrer com frequência a partir da ovulação, durando mais ou menos 14 dias.

No Brasil há dificuldade que os profissionais da saúde utilizem um instrumento (questionário) para diagnosticar a Síndrome Pré-menstrual, sendo a mesma muito confundida com sintomas psiquiátricos. Por isso estamos buscando avaliar dois questionários de SPM (um respondido por você hoje e outro que você levará para casa e preencherá diariamente por 2 meses) para tentarmos estabelecer o diagnóstico de SPM de forma mais rápida e precisa.

#### **Procedimentos do Estudo**

Nessa pesquisa inicialmente você responderá um questionário de triagem sobre depressão, de aproximadamente 5 minutos e após será aplicado um questionário sobre Humor de 10 minutos. Após, você responderá um questionário de Síndrome Pré-menstrual, também de aproximadamente 5 minutos. A seguir você receberá um questionário de auto-preenchimento diário que será levado com você com orientações. Este questionário quando preenchido será entregue ao pesquisador no Centro de Pesquisa Clínica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre após 2 meses.

#### **Benefícios, riscos e/ou desconfortos associados a participação no estudo**

Esta pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros.

Caso você receba diagnóstico de depressão você não poderá prosseguir nessa pesquisa, sendo orientada a buscar tratamento em seu centro regional de saúde, assim como se for diagnosticado que você possui um quadro de SPM muito severa lhe indicaremos tratamento em seu centro de saúde regional.

Não são conhecidos, até o momento, riscos associados ao preenchimento de questionários, contudo pode haver desconfortos ao responder perguntas íntimas quanto a possibilidade de quadro depressivo.

#### **Voluntariedade**

Sua participação nesse estudo é totalmente voluntária, e a não participação ou desistência após ingressar no estudo não implicará em nenhum tipo de prejuízo para o participante.

#### **Ressarcimento**

Não está prevista nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

### **Confidencialidade**

Os pesquisadores se comprometem em manter a confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes e os resultados serão divulgados de maneira agrupada, sem a identificação dos indivíduos que participam do estudo.

### **Esclarecimentos e Contatos**

Todas as suas dúvidas poderão ser esclarecidas antes e durante o curso da pesquisa, através do contato com o pesquisador responsável Dra Maria Celeste Osório Wender (Professora associada da UFRGS), fone 051.33598117 (Serviço de Ginecologia) ou com a Dra Aline Henz (mestranda da UFRGS).

Para esclarecimentos de dúvidas poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira.

Esse documento foi elaborado em duas vias, uma para ser entregue ao participante e outra para ser mantida pelos pesquisadores.

### **Assinaturas**

Nome do participante \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – Questionário PRIME-MD – MÓDULO HUMOR

Atualizado para o DSM-V

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Feminino

Data: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES:** Este questionário ajudará na compreensão dos problemas que você pode ter. Pode ser necessário perguntar-lhe mais sobre alguns desses itens. Por favor esteja certo de assinalar um quadradinho para todos os itens.

<b>No último mês você tem se incomodado muito com:</b>		<b>Durante o mês passado....</b>	
	Sim Não	Não Sim	Sim Não
1. Dor de estômago	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12. Constipação, <input type="checkbox"/>	21. Você teve uma crise de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Dor nas costas, lombar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	intestino solto ou diarréia	ansiedade (subtamente sentiu medo ou pânico)
3. Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadris, etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. Náusea, gases <input type="checkbox"/>	_____
4. Dores ou problemas menstruais	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ou indigestão	22. Você pensou que deveria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Dor ou problemas durante as relações	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. Sentir-se cansado (a) <input type="checkbox"/>	diminuir o quanto você bebe de álcool
		ou com pouca energia	23. Alguém se queixou de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



<p><b>sexuais</b></p>	<p>15. <b>Problemas com o sono</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b> você beber</b></p>
<p>6. <b>Dores de cabeça</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/>	<p>24. <b>Você sentiu culpado</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>7. <b>Dor no peito spell dim</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>16. <b>Sua alimentação</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>ou aborrecido por</b></p>
<p>8. <b>Tonturas, vertigens</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>estar fora de controle</b></p>	<p>25. <b>Houve algum dia em</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. <b>Desmaios</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<hr/>	<p><b>que você bebeu 5 ou</b></p>
<p>10. <b>Sentir seu coração</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>17. <b>Pouco interesse ou</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>mais doses de cerveja,</b></p>
<p><b>acelerado, com</b></p>	<p><b>prazer para fazer</b></p>	<p><b>vinho ou destilados</b></p>
<p><b>palpitação</b></p>	<p>18. <b>Sentir-se “para baixo”,</b> <input type="checkbox"/></p>	<hr/> <p><b>Globalmente você diria</b> <b>que sua</b></p>
<p>11. <b>Falta de ar</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>deprimido(a) ou sem</b></p>	<p><b>saúde é:</b></p>
	<p><b>esperanças</b></p>	<p><b>Excelente</b> <input type="checkbox"/></p>
	<hr/>	<p><b>Muito boa</b> <input type="checkbox"/></p>
	<p>19. <b>Nervosismo, sentir-se</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Boa</b> <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>ansioso ou inquieto</b></p>	<p><b>Razoável</b> <input type="checkbox"/></p>
	<p>20. <b>Preocupar-se com</b> <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Ruim</b> <input type="checkbox"/></p>
	<p><b>muitas coisas</b></p> <p><b>diferentes</b></p>	

## ANEXO 3 – Questionário DSM-V

### GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

*Atualizado para o DSM-V*

#### Instruções

1. Instruções a você são impressas em azul e/ou em quadros sombreados de azul. Questões ou colocações a serem feitas ao paciente são impressas em preto.
2. Dentro de cada módulo, proceda seqüencialmente de questão a questão a menos que a instrução seja ir para uma outra questão ou sair do módulo. Lembre-se: sempre vá para a questão seguinte a menos que a instrução seja ir para outro lugar.
3. Diagnósticos estão em quadros com fundo vermelho.
4. Saída significa sair do módulo em que você está. Siga então para o próximo módulo a ser avaliado ou para a Folha de Resumos na última página.

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
HC: \_\_\_\_\_

#### Introdução ao Paciente

Deixe-me ver suas respostas ao questionário (QP). Eu farei algumas perguntas para que você me ajude a compreender alguns dos sintomas que você assinalou. Eu farei algumas anotações ao longo de nossa entrevista.

#### INICIANDO OS MÓDULOS DO GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA (GAC)

Inicie os módulos na ordem em que eles aparecem no GAC (primeiro Humor, segundo Ansiedade e Somatoforme por último)

Escolha os módulos a iniciar baseando-se nas respostas do paciente ao QP como segue:

<p>Pelo menos três de #1 a #15</p> <p>Somatoforme</p>	<p>#16</p> <p>Alimentar</p>	<p>#17 ou #18</p> <p>Humor</p>	<p>#19, #20 ou #21 Ansiedade</p>	<p>Pelo menos um de #22 a #25</p> <p>Álcool</p>
---	-----------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---

Algum módulo não assinalado no questionário do paciente poderá ser iniciado se você tiver outras razões para suspeitar de um diagnóstico naquele módulo.

PRIME-MD foi desenvolvido por Robert L. Spitzer, MD, Janet B. W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD e David Brody, MD e subscrito por um fundo educacional irrestrito da Pfizer Inc.

Biomatrix Research Department, New York State Psychiatric Institute,

722 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (Drs Spitzer e Williams).

Tradução para o Português: Dr. Renério Fráguas Jr; Dr. Sérgio G. Henriques Jr

Projeto Depressões Secundárias - Interconsultas - Instituto de Psiquiatria do

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Rua Ovídeo Pires de Campos S/N CEP 0540301

MÓDULO DE HUMOR

Depressão Maior

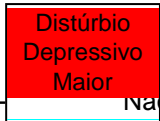
Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes

problemas quase todos os dias?

1. Ter dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?

Sim Não

2. Sentir-se cansado ou com pouca energia?	Sim	Não
3. Ter pouco apetite ou comer demais?	Sim	Não
4. Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentir-se “para baixo”, deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentir-se mal em relação a você mesmo -- ou que você é um fracasso ou ter estado ou deixado sua família “para baixo”?	Sim	Não
7. Ter dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar mais nervoso ou inquieto do que você era movimentando-se além do usual?  <b>Se não:</b> E o oposto - movimentar-se ou falar tão lentamente que outras pessoas pudessem notar?  <b>Considere Sim se a resposta for afirmativa à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.</b>	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você ter pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira?  <b>Se Sim:</b> Fale-me à respeito.	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	Sim	Não



### REMISSÃO PARCIAL DE DEPRESSÃO MAIOR

11. Já houve uma época em que você era ou muito mais “para baixo” ou deprimido (a), ou ainda tinha menos interesse ou prazer em fazer as coisas?

**Se Sim:** Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, com pouco apetite, pouco interesse pelas coisas?

Considere Sim apenas se, no passado, paciente provavelmente tivesse 5 dos sintomas #1 a #9 e reconhece na atualidade algum humor depressivo, pouco interesse ou pouco prazer.

Remissão  
Parcial de  
transtorno  
depressivos  
maior

Sim--

Não

### DISTIMIA

vá para

12. Durante os dois últimos anos, você sentir-se “para baixo” ou deprimido, ou teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?

Sim

Não--

Considere Sim apenas se também for Sim para: Foi assim mais da metade dos dias os últimos 2 anos?

Distímia,  
vá para #16

Sim--

Não

13. Nos últimos 2 anos, isso tem frequentemente dificultado você a fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas?

### DEPRESSÃO MENOR

vá para

14. Foi diagnosticado Depressão Maior (incluindo remissão parcial) em #10 ou #11?

Sim--

Transtorno  
Depressivo  
Menor

Não

15. As respostas foram Sim em 2 ou mais questões de #1 a #9 (uma das quais foi #4 ou #5)?

Sim--

Não--

## BIPOLAR

16. Alguma vez um médico lhe disse que você era maníaco-depressivo, um transtorno do humor bipolar, ou lhe prescreveu Lítio?

Se Sim: Quando foi? Você sabe por que?

Sim---

Não

Adicione  
R/O  
Transtorno  
Bipolar

saída

DEPRESSÃO DEVIDO A UMA DOENÇA FÍSICA,  
MEDICAMENTOS OU OUTRAS DROGAS

17. Os sintomas depressivos atuais decorrem provavelmente de efeitos biológicos de uma doença física, medicamentos ou outra droga?

Sim---

ou em

dúvida--

Não--

Adicione R/O  
Transtorno  
Depressivo Menor  
devido a uma doença  
física, medicação ou  
outras drogas

saída

saída

## ANEXO 4 – Questionário PSST

### Instrumento de Rastreamento de Sintomas Pré-Menstruais (PSST)

Você tem alguns ou qualquer dos seguintes sintomas pré-menstruais começando antes do seu período menstrual e parando poucos dias após a menstruação começar?

(Por favor, marque com “X” no local apropriado a sua resposta)

Sintoma	Nada	Leve	Moderado	Severo
1. Raiva/Irritabilidade				
2. Ansiedade/Tensão				
3. Chorosa/Mais sensível a rejeição				
4. Humor depressivo/Sem esperança				
5. Falta de interesse em atividades no trabalho				
6. Falta de interesse em atividades de casa				
7. Falta de interesse em atividades sociais				
8. Dificuldade de concentração				
9. Fadiga/Falta de energia				
10. Comendo demais/Desejo de comer				
11. Insônia				
12. Hipersônia (Dormir de mais)				
13. Sentido-se sob pressão ou fora de controle				
14. Sintomas físicos: seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchada, ganho de peso				

#### Seus sintomas listados acima interferem com:

	Nada	Leve	Moderado	Severo
A. Sua eficiência e produtividade no trabalho				
B. Seus relacionamentos com colegas no trabalho				
C. Seus relacionamentos familiares				
D. Suas atividades e vida social				
E. Suas responsabilidades em casa				

## **ANEXO 5 – Questionário DRSP**







**ANEXO 6 – Release Imprensa**

O Serviço de Ginecologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,

Está selecionando mulheres com idade entre 20 e 45 anos, com queixas de TPM (sintomas de alteração de humor, sensação de inchaço, alteração de apetite, dor mamária) no período que antecede a menstruação, para participação em pesquisa sobre a Síndrome Pré-Menstrual. As pacientes não terão custo com a pesquisa!!

Interessadas enviar e-mail para a pesquisadora responsável Aline Henz através de [grupotpm@gmail.com](mailto:grupotpm@gmail.com)

Os meios de comunicação utilizados serão rádio e jornal. Não haverá cartazes.

**ANEXO 7 – Parecer Consubstanciado do CEP - Release de Imprensa**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Síndrome Pré- menstrual: validação para o português do questionário The Premenstrual Tension Syndrome (PSST) Rating Scales

**Pesquisador:** Maria Celeste Wender **Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 21792313.7.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

**DADOS DA NOTIFICAÇÃO**

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** release para publicação na mídia

**Justificativa:** o release acima foi ajustado conforme solicitação do comite de ética. aguardamos

**Data do Envio:** 29/05/2014

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:**

669.999 **Data da Relatoria:**

04/06/2014

**Apresentação da Notificação:**

Em 29/05/2014 foi adicionado texto para divulgação do estudo, atendendo às solicitações do CEP.

**Objetivo da Notificação:**

Enviar para apreciação do CEP texto de divulgação para o estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A notificação não altera a avaliação realizada anteriormente para o projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

Notificação em condições de aprovação. Texto de divulgação adequado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não se aplica.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 669.999

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Página 01 de 02

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não apresenta pendências, em condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Texto para divulgação do estudo de 29/05/2014 aprovado.

PORTO ALEGRE, 02 de Junho de 2014

---

**Assinado por: Marcia Mocellin Raymundo ( Coordenador )**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (513)359--7640 **Fax:** (513)359--7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

Página 02 de 02

a.ufrgs.br