

PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL: PARTICULARIDADES NA SAÚDE MENTAL DA MULHER

PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER: PARTICULARITIES IN WOMEN'S MENTAL HEALTH

Autores:

Mafalda Carvalheiro¹, Inês Pinto², Maria João Avelino³

RESUMO

Introdução: A mulher apresenta um risco duas vezes superior ao homem de sofrer de perturbação depressiva. A influência do ciclo reprodutivo e respetivas flutuações hormonais devem ser valorizadas, tornando-se relevante a adequada identificação das diferentes perturbações do humor associadas. Este artigo pretende chamar a atenção para a apresentação da Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (PDPM) e a sua relação com a Perturbação Bipolar (PB) tipo II e com a Depressão Pós-Parto (DPP).

Descrição do caso: Mulher, 40 anos, farmacêutica. Recorre à consulta por episódio depressivo com um ano de evolução e agravamento no último mês, com impacto marcado na funcionalidade familiar e ocupacional. Apuram-se como antecedentes psiquiátricos, um padrão compatível com perturbação ciclotímica e um episódio de DPP aquando do nascimento do primeiro filho. Foi investigada a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual. A doente relatava maior irritabilidade e sensibilidade uma semana antes do início da menstruação, sintomas que aliviavam no final da fase menstrual. Foi medicada com lamotrigina, escitalopram e clonazepam. Recomendou-se também prática de atividade física e técnicas de relaxamento. Ao fim de três meses apresentava melhoria franca dos sintomas, com grande satisfação pelos resultados do tratamento.

Comentário: Uma perturbação ciclotímica que se apresenta com um episódio depressivo corresponde a um diagnóstico de PB tipo II, de acordo com o DSM-5. Identificou-se uma PDPM concomitante, cujo diagnóstico foi facilitado pelos registos prospetivos realizados por iniciativa da doente. Importa também a história de um episódio de DPP. Este caso é a representação paradigmática da associação entre PDPM, PB tipo II e DPP. As autoras pretendem enfatizar a importância de valorizar a influência do ciclo menstrual da mulher na sua saúde mental, nomeadamente o diagnóstico e correta abordagem da PDPM, quer se apresente isoladamente ou concomitante a outra patologia psiquiátrica.

Palavras-chave: perturbação disfórica pré-menstrual; perturbação depressiva; perturbação ciclotímica; perturbação bipolar; depressão pós-parto; saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Women have two times the risk of suffering from depressive disorder when compared to men. The influence of the reproductive cycle and its hormonal fluctuations should be acknowledged, making it relevant to adequately identify the associated mood disorders. This article aims to bring awareness to premenstrual dysphoric disorder (PMDD) and its relationship with type II bipolar disorder (BD) and postpartum depression (PPD).

Case description: Woman, 40 years old, pharmacist. Presenting with depressive disorder for one year, worsening in the past month with great impact in family and occupational functionality. As for psychiatric history, a cyclothymic disorder, and an episode of PPD, after her first son was born, were identified. It was investigated whether there was a relationship between symptom intensity and phase of menstrual cycle. She reported major irritability and sensitivity one week prior to the beginning of menses and relieve after its ending. The patient was treated with lamotrigine, escitalopram and clonazepam. Physical activity and relaxing techniques were recommended. After three months there was significant improvement of symptoms, with great satisfaction by the results of treatment.

Comment: A cyclothymic disorder presenting with a depressive episode leads to a diagnose of type II BD, according to DSM-5. A concomitant PMP was identified, a diagnosis which was facilitated by the records done by the patient's initiative. It is also important the history of PPD. This case is the paradigmatic representation of the association between PMDD, type II BD and PPD. The authors intent to emphasize the importance of valuing the influence of menstrual cycle in women's mental health, namely the correct diagnose and approach of PMDD, whether it presents itself or concomitant to other psychiatric disease.

Keywords: premenstrual dysphoric disorder; depressive disorder; cyclothymic disorder; bipolar disorder; postpartum depression; women's health.

1. Médica Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Costa do Estoril, ULS Lisboa Ocidental

2. Médica Assistente em Psiquiatria, CHEDV, ULS Entre Douro e Vouga

3. Médica Assistente em Psiquiatria e Coordenadora Clínica do "Mafra Espaço de Saúde Mental e Ocupacional" (MESMO), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, ULS São José

INTRODUÇÃO

A mulher apresenta um risco duas vezes superior ao homem de sofrer de perturbação depressiva.¹ Nesta, há que considerar a influência individual do ciclo reprodutivo e respetivas flutuações hormonais nas perturbações psiquiátricas. Comparativamente com mulheres noutras fases do ciclo menstrual, aquelas que se encontram na fase pré-menstrual apresentam maiores taxas de hospitalização, necessidade de tratamento emergente e tentativas de suicídio. São também mais frequentes as recidivas e exacerbações de perturbação psiquiátrica pré-existente durante a fase pré-menstrual.²

Assim torna-se relevante a adequada identificação das diferentes perturbações do humor bem como de perturbações diretamente relacionadas com o ciclo menstrual. Este artigo pretende chamar a atenção para a apresentação da Perturbação Disfórica Pré-Menstrual (PDPM) e a sua relação com a Perturbação Bipolar (PB) tipo II e com a Depressão Pós-Parto (DPP).

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 40 anos, farmacêutica, vive com o marido e dois filhos do casal. Trata-se de uma família nuclear, fase V de *Duvall*, de classe média-alta (*Graffar* II). Recorre à consulta de psiquiatria por quadro depressivo com um ano de evolução caracterizado por humor deprimido, insónia terminal, hiperfagia, astenia, anedonia, alterações ao nível da concentração e sentimentos de menos-valia, com agravamento no último mês e impacto marcado na funcionalidade familiar e ocupacional. Apuram-se, como antecedentes psiquiátricos, um padrão compatível com perturbação ciclotímica desde o início da idade adulta, caracterizada por oscilações marcadas do humor, com períodos de irritabilidade fácil, hiperfagia e maior sensibilidade à crítica. Apura-se também um episódio de depressão pós-parto aquando do nascimento do primeiro filho (há 12 anos) que se apresentou com humor deprimido, irritabilidade fácil, astenia, insónia terminal e hiperfagia com aumento ponderal, de início no primeiro mês após o parto e remissão espontânea ao fim de alguns meses.

Durante a consulta foi ainda investigada a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual, situação que a própria já tinha identificado. Quando suspeitou dessa relação realizou por sua iniciativa um registo diário de sintomas durante alguns ciclos menstruais, na expectativa de que “se conseguisse prever que ia estar mais irritável, talvez

conseguisse controlar melhor” (*sic*). Descrevia que “uma semana antes do início do período menstrual sentia irritabilidade fácil, estava mais sensível, tinha maior apetência por doces... Ao final de alguns dias do aparecimento do período começava a sentir melhoria... Comecei a fazer o registo e havia relação” (*sic*).

Não se apuram outros antecedentes médicos ou cirúrgicos de relevo, negando história de traumatismo crânio-encefálico com perda de consciência, história de epilepsia ou alergias medicamentosas. Nega ainda realização de qualquer terapêutica farmacológica ou utilização de método contraceptivo hormonal, bem como realização prévia de psicofármacos. Sem hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de substâncias psicoativas, atualmente ou no passado.

Quanto a antecedentes familiares, descreve os pais como “afetuosos” e diz ter pouco contacto com os dois irmãos, ambos mais velhos, sabendo, no entanto, que um dos irmãos tem história de perturbação depressiva na sequência de um processo de divórcio. Não se apura história de suicídio na família. Caracteriza a sua personalidade pré-mórbida como “às vezes sou um bocado impulsiva verbalmente, mas sou comunicativa e tenho facilidade em fazer amigos” (*sic*). Apuram-se ainda traços anancásticos da personalidade.

À observação apresenta um aspeto descuidado e fácies triste com choro fácil. O humor é deprimido com sentimentos de menos-valia e desesperança, apresentando ideias de morte, mas sem plano suicidário estruturado.

Nessa primeira consulta foi medicada com lamotrigina 50 mg 2id em titulação lenta, escitalopram 10 mg id e clonazepam 2 mg meio comprimido ao deitar. Foram também recomendadas alterações do estilo de vida, nomeadamente a prática de atividade física e de técnicas de relaxamento.

Realizaram-se contactos telefónicos uma vez por mês durante dois meses para avaliar a evolução dos sintomas e a tolerância à terapêutica.

Em consulta de reavaliação após três meses a doente apresentava-se eutímica e objetivamente melhorada. Relatava um alívio marcado dos sintomas de irritabilidade, explicando que “tenho mais paciência na maioria das situações, não reajo logo, sinto-me mais calma. Os meus filhos notaram muito a diferença e o meu marido também” (*sic*). Continuou com a sua atividade laboral apesar de manter sintomas residuais, referindo que “quando estou a atender os utentes sinto-me bem e gosto do que estou a fazer” (*sic*). Pratica regularmente yoga, atividade que

considera prazerosa e como sendo o “seu momento” (*sic*).

Tendo em conta a evolução favorável do quadro e a satisfação da utente com o efeito da medicação, optou-se por manter o esquema terapêutico e reavaliar ao final de três meses. Acordou-se que dentro de nove meses, se a resposta positiva se mantiver estável, se descontinuará o escitalopram e clonazepam, com manutenção apenas de lamotrigina a longo prazo.

COMENTÁRIO

No caso clínico apresentado, a utente tinha sintomatologia prévia sugestiva de uma perturbação ciclotímica e apresentava-se agora com um episódio depressivo.

Na perturbação ciclotímica, verificam-se vários períodos de sintomas hipomaniacos e de sintomas depressivos que não cumprem critérios para episódio maníaco ou depressivo major, respetivamente, no que diz respeito à quantidade e intensidade dos

sintomas.³ Por outro lado, a PB tipo II diferencia-se da perturbação ciclotímica pela presença de um ou mais episódios depressivos.³ No caso descrito a doente foi diagnosticada, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), com PB tipo II por apresentar episódio depressivo major após os dois primeiros anos de perturbação ciclotímica.³ Apurou-se ainda um episódio de DPP, após nascimento do primeiro filho, que não foi identificado nem tratado.

Na segunda consulta, após ser questionada sobre a relação entre a intensidade dos sintomas e a fase do ciclo menstrual, mencionou já ter identificado essa associação. Tal permitiu estabelecer o diagnóstico concomitante de PDPM. A PDPM apresenta-se com sintomas afetivos como variações de humor, irritabilidade e/ou depressão, nos dias que precedem a menstruação, causando impacto significativo na funcionalidade pessoal.³⁻⁵ O DSM-5 estabelece critérios diagnósticos para a PDPM, que permitem distingui-la da síndrome pré-menstrual (SPM) (Quadro I).

Quadro I. Critérios diagnósticos de PDPM segundo o DSM-5 [3].

A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na semana final antes do início da menstruação, começar a melhorar poucos dias depois do início da menstruação e tornar-se mínimos ou ausentes na semana pós-menstrual.
B. Pelo menos um dos seguintes sintomas deve estar presente: 1. Labilidade afetiva acentuada (mudanças de humor, sentir-se repentinamente triste ou com choro fácil, sensibilidade aumentada à rejeição); 2. Irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais; 3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciativos; 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite.
C. Pelo menos um dos seguintes sintomas deve adicionalmente estar presente para atingir um total de cinco sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B*. 1. Interesse diminuído pelas atividades habituais (trabalho, escola, amigos, hobbies); 2. Sentimento subjetivo de dificuldade de concentração; 3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada; 4. Alteração acentuada do apetite, comer em demasia, ou avidez por alimentos específicos; 5. Hipersónia ou insónia; 6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controlo; 7. Sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço” ou ganho de peso.
D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou a impacto negativo no trabalho, na escola, em atividades sociais habituais ou relações com outras pessoas (evicção de atividades sociais, diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).
E. A perturbação não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outra patologia, como perturbação depressiva major, perturbação de pânico, distímia ou uma perturbação da personalidade (embora possa ser concomitante a qualquer um desses transtornos).
F. O Critério A deve ser confirmado por avaliações prospetivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos**.
G. Os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (consumo de drogas, fármacos ou outros tratamentos) ou de outra condição médica (exemplo: hipertireoidismo).

* Os sintomas nos Critérios A-C devem ser satisfeitos para a maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente.

** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação.

A *International Classification of Diseases Eleventh Revision* (ICD-11) caracteriza a PDPM como um padrão de alterações do humor (humor depressivo, irritabilidade), sintomas somáticos (letargia, dores articulares, polifagia), ou sintomas cognitivos (dificuldades de concentração e de memória) que começam alguns dias antes da menstruação e melhoram após esta, tornando-se mínimos ou ausentes no espaço de

uma semana após o início da menstruação.⁶ Os sintomas são suficientemente graves para causar angústia ou significativo impacto na vida pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou outras áreas do funcionamento, e não representa a exacerbação de uma doença mental prévia.⁶ É também descrita como uma forma grave de SPM (Quadro II).⁵ A SPM corresponde a um grupo de sintomas físicos e comportamentais

que ocorrem em padrão cíclico durante a segunda metade do ciclo menstrual, muito prevalente, afetando cerca de 75% das mulheres com ciclos regulares.⁵ Quanto à PDPM, estima-se que tenha uma prevalência de cerca de 3-8%.⁵

Quadro II. Diferenças entre Síndrome Pré-Menstrual, Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, Episódio Depressivo Major e Perturbação Ciclotímica.

	Alterações do humor predominantes	Sintomas físicos pré-menstruais	Impacto social marcado	Ciclicidade mensal
Síndrome Pré-Menstrual	-/+	+	-	Sim
Perturbação Disfórica Pré-Menstrual	+	+	+	Sim
Episódio Depressivo Major	+	-	+	Não
Perturbação Bipolar	+	-	+	Não
Perturbação Ciclotímica	+	-	+/-	Padrão cíclico, mas não necessariamente mensal

Adaptado de [4].

A avaliação da mulher com suspeita de PDPM deve iniciar-se com a história do ciclo menstrual e a relação entre os sintomas e a fase do ciclo menstrual, sugerindo-se que estes dados sejam registados pela doente ao longo de dois meses.⁷ Recomenda-se a monitorização prospetiva com escalas de autoavaliação para confirmação do diagnóstico, tal como foi feito por esta utente.⁷

Alguns estudos apontam para uma relação entre PDPM e PB.^{2,8,9} De referir que diversos estudos mostram que as mulheres com PDPM parecem ter maior probabilidade de sofrer de DPP.^{8,9}

Mulheres com sintomas significativos tanto na fase folicular como luteínica têm maior probabilidade de ter uma perturbação do humor do que uma perturbação pré-menstrual.⁷ As mulheres, em que se verifica claramente um intervalo livre de sintomas na fase folicular e que cumprem os critérios do DSM-5 para PDPM, são candidatas a terapêutica farmacológica.⁷ Se os sintomas forem moderados, não causando

angústia ou disfunção importante, está recomendada psicoterapia cognitivo comportamental associada a mudanças no estilo de vida, como exercício físico regular ou técnicas de relaxamento (Quadro III).¹⁰

Quadro III. Opções terapêuticas de primeira linha recomendadas para PDPM.

Tratamentos com eficácia demonstrada
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
Contraceção Oral Combinada (COC) COC com 20 mcg Etinilestradiol/3 mg Drospirenona Administração contínua de COC 20 mcg Etinilestradiol/90mcg Levonorgestrel
Terapia Cognitivo Comportamental

Adaptado de [10].

Estão recomendados os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) como terapêutica de primeira linha para mulheres com sintomas moderados a graves que não desejem contraceção.¹⁰

De entre os ISRS, a fluoxetina, a sertralina, o escitalopram e o citalopram, extensamente estudados neste âmbito, apresentam melhores resultados, sendo igualmente eficazes na PDPM, quer sejam administrados em regime contínuo ou intermitente.¹⁰ O regime intermitente refere-se à toma exclusivamente durante a fase luteínica, com início ao 14^o dia do ciclo.¹⁰

Se a contraceção for desejada, poderá ser preferível tentar um contraceptivo oral em vez de um ISRS como tratamento de primeira linha, estando este também recomendado nas mulheres que não apresentaram resposta ou não toleraram a terapêutica com antidepressivos. Recomenda-se a utilização de um contraceptivo oral combinado (COC) que contenha drospirenona, em formulações com intervalos de quatro dias.¹⁰ Se o alívio sintomático com o COC for insuficiente, pode ser adicionado um ISRS.¹⁰ Nas mulheres com sintomas moderados ou graves e resposta parcial à terapêutica farmacológica, a associação de psicoterapia cognitivo comportamental também se revelou benéfica.¹⁰

Neste artigo, procurámos dar ênfase à PDPM por ser um tema pouco presente na literatura científica portuguesa e alvo de escassa investigação. As autoras levantam a hipótese de a PDPM estar subdiagnosticada e, conseqüentemente, subtratada no nosso país. Partindo desta premissa, e atendendo aos critérios do DSM-5 e ICD-11, sugere-se a realização de estudos de prevalência que incluam a documentação da relação temporal dos sintomas com a fase luteínica ou menstrual do ciclo, idealmente confirmada

por um diário de sintomas prospetivo de pelo menos dois ciclos menstruais.^{3,6}

De realçar também que este caso é a representação paradigmática da associação entre PDPM, DPP e PB tipo II. É importante ter esta associação em mente na avaliação de uma mulher com alguma das referidas perturbações, de modo a direcionar a abordagem terapêutica e antever situações que possam constituir períodos de maior risco de descompensação (como por exemplo, a gravidez) de forma a oferecer um seguimento mais atento e frequente nesses períodos.

Nos casos de sintomas de PDPM resistentes, as estratégias combinadas devem ser consideradas, tais como terapêuticas hormonais, alterações dos estilos de vida e psicoterapia cognitivo comportamental.⁹ Não existem, à data, estudos que avaliem o uso de estabilizadores do humor ou antipsicóticos no tratamento da PDPM em doentes sem o diagnóstico de PB.⁸

No caso clínico apresentado, é de realçar a boa resposta terapêutica ao final de três meses o que provavelmente se deveu à utilização de um estabilizador de humor, recomendado quando estamos perante uma PB, e de um ISRS para abordagem do episódio depressivo atual e da PDPM comórbida. Relativamente à lamotrigina, importa notar que apesar do seu conhecido efeito no tratamento e prevenção dos episódios depressivos associados à PB,¹¹ não existe evidência científica da sua utilização na PDPM. Perante estes resultados, sugere-se a investigação do possível benefício dos estabilizadores de humor e antipsicóticos no tratamento de PDPM.

Como mensagem final, cabe ao médico de família e a qualquer médico que se ocupe da saúde da mulher ao longo da sua vida conhecer as suas particularidades fisiológicas e hormonais, tendo em conta fatores de risco específicos e integrando-os no contexto da vida pessoal, familiar, social e económica, de forma a melhor acompanhar a doente, atuando de acordo com uma abordagem biopsicossocial, por uma medicina mais centrada na pessoa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1o Relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- 2- Cirillo PC, Passos RBF, Bevilaqua MC do N, López JRRA, Nardi AE. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Braz J Psychiatry*. 2012;34(4):467-79.
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- 4- Gambone J. Menstrual cycle-influenced disorders. In: Hacker N, Gambone J, Hobel C, editores. *Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:414-8.

5- Casper RF. Patient education: Premenstrual syndrome (PMS) and premenstrual dysphoric disorder (PMDD) (Beyond the Basics); UpToDate [Internet]. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/premenstrual-syndrome-pms-and-premenstrual-dysphoric-disorder-pmdd-beyond-the-basics>

6- International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). World Health Organization [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://icd.who.int/en>

7- Yonkers KA, Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; UpToDate [Internet]. Última atualização Mar 2022. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder>

8- Kim DR, Czarkowski KA, Epperson CN. The Relationship Between Bipolar Disorder, Seasonality, and Premenstrual Symptoms. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(6):500-3.

9- Sepede G, Brunetti M, Di Giannantonio M. Comorbid Premenstrual Dysphoric Disorder in Women with Bipolar Disorder: Management Challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:415-26.

10- Casper RF, Yonkers KA. Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder; UpToDate [Internet]. Última atualização Ago 2022. [consultado em dezembro de 2022] Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder>

11- Stahl SM. *Prescriber's Guide*. 7th ed. San Diego: Cambridge University Press; 2020.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não ter conflitos de interesse, nem interesses financeiros.

CORRESPONDÊNCIA:

Mafalda Ferreira Vasques Carvalheiro
mafalda.carvalheiro@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL

MC: Conceptualização; Investigação; Redação do manuscrito; Identificação de revista para publicação.

IP: Conceptualização e metodologia; Investigação; Redação - revisão e edição.

MJA: Validação; Orientação teórica; Fornecimento de recursos; Investigação; Revisão; Supervisão.

RECEBIDO: 16 de junho de 2023 | ACEITE: 18 de janeiro de 2024