Ginecologia e Obstetrícia
Edição XXIV



Capítulo 21

SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL

CAROLINA BÚRIGO MILANEZ[1]
LAURA PETERS MATIAS[1]
RAYSSA SILVA DE AGUIAR[1]
MARIA CLARA GUIDI DA SILVA[1]
SARA GOMES DE SOUZA[1]
BEATRIZ ARGENTE MENEGOTTO[1]
VALENTINA TISCOSKI SAAVEDRA[1]
MARINA SALVARO SÔNEGO[1]
RAFAELA ZANATTA FERREIRA[1]
BERNARDO ROSA AMORIM DOS SANTOS[2]
MARIA FERNANDA DOS SANTOS CORRÊA[1]
MARIA EDUARDA MENDES DANDOLINI[1]
AMANDA GOMES SIMON[2]
CAROLINE DEMORO MAGALHÃES[2]
GIOVANNA NAVARRO ALMEIDA[2]

1Discente – Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc).
[2]Discente – Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul).

Palavras-chave: *Síndrome Pré-Menstrual; Transtorno Disfórico Pré-Menstrual; Saúde da Mulher.*

EDITORA PASTEUR

http://doi.org/10.59290/1116009212

INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada pela ocorrência cíclica de sintomas físicos, emocionais e/ou comportamentais durante a fase lútea do ciclo menstrual, com melhora após os primeiros dias da menstruação, podendo comprometer significativamente a qualidade de vida e as relações interpessoais das mulheres acometidas (ACOG, 2015; DIREKVAND-MOGHADAM *et al.,* 2014). Estima-se que a prevalência global da SPM seja de aproximadamente 47,8%, com formas mais graves associadas com maior frequência a mulheres de baixa renda, solteiras ou divorciadas, bem como à presença de história familiar positiva para o transtorno (DIREKVAND-MOGHADAM *et al*., 2014; BĄK *et al*., 2024).

De acordo com os critérios estabelecidos pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2015), a SPM pode ser diagnosticada quando a paciente apresenta pelo menos um sintoma afetivo (como ansiedade, confusão, irritabilidade ou depressão) e pelo menos um sintoma somático (como distensão abdominal, dor muscular ou articular, cefaleia ou edema de extremidades) nos dias que antecedem a menstruação.

A fisiopatologia da SPM ainda não é completamente compreendida, estando associada às flutuações hormonais ao longo do ciclo menstrual que afetam neurotransmissores e contribuem para alterações do humor e aumento da ansiedade em mulheres suscetíveis (ACOG, 2015; BĄK *et al*., 2024). Além disso, estudos apontam possível associação entre a SPM e fatores como o índice de massa corporal (IMC) superior a 27 kg/m² e a duração do fluxo menstrual superior a seis dias (DIREKVAND-MOGHADAM *et al*., 2014).

O objetivo desta narrativa é apresentar a síndrome pré-menstrual como um todo, incluindo sua fisiopatologia, manifestações clínicas e possíveis intervenções.

MÉTODO

O atual estudo trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre síndrome pré-menstrual, com abordagem das principais manifestações clínicas, sua fisiopatologia, investigação diagnóstica, diagnóstico diferencial e condutas terapêuticas. As buscas foram realizadas entre julho e setembro de 2026 nas bases PubMed, MEDLINE, *Scopus*, *Web of Science*, SciELO e Google Acadêmico, considerando todas as publicações feitas até setembro de 2026.

Foram utilizados descritores controlados do MeSH e termos livres relacionados a síndrome pré-menstrual. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos "*AND*" e "*OR*", conforme os diferentes temas de interesse.

A seleção de artigos não apresentou preferência conforme idioma e locais de estudo. Foram considerados estudos originais, estudos observacionais, revisões da literatura e diretrizes pertinentes à caracterização, investigação e manejo da síndrome pré-menstrual. Foram excluídas publicações duplicadas, estudos sem relação direta com os temas propostos, trabalhos cujo resumo estava disponível e publicações que não apresentassem informações relevantes para a discussão.

A seleção dos estudos foi realizada inicialmente pela análise dos títulos e resumos, seguida da leitura dos artigos potencialmente elegíveis e da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os achados foram sintetizados de forma descritiva e organizados conforme os

principais eixos temáticos para maior compreensão do distúrbio estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Definição

A SPM é caracterizada pela ocorrência recorrente de sintomas físicos e/ou psicológicos relacionados à fase pré-menstrual do ciclo ovariano, cuja intensidade é suficiente para provocar sofrimento clinicamente significativo ou interferência no funcionamento cotidiano (ACOG, 2023). De acordo com o consenso da *International Society for Premenstrual Disorders* (ISPMD), a SPM integra o grupo dos transtornos pré-menstruais centrais, caracterizados pela relação temporal consistente entre os sintomas e a fase lútea do ciclo menstrual. Os sintomas geralmente surgem durante parte ou toda a fase pré-menstrual, após a ovulação, e tendem a diminuir ou desaparecer durante ou pouco após o início da menstruação, sendo esperada uma fase assintomática entre o final da menstruação e a ovulação (O'BRIEN *et al*., 2011).

A característica fundamental da SPM é a natureza cíclica dos sintomas e sua relação temporal com o ciclo menstrual, estando associada à atividade ovariana e à ovulação. A sintomatologia manifesta-se na fase lútea e desaparece ao final da menstruação (O'BRIEN *et al*., 2011). As manifestações clínicas devem causar impacto negativo na qualidade de vida, sendo importante distinguir a SPM dos sintomas pré-menstruais fisiológicos, que podem ocorrer em grande parte das mulheres e não necessariamente caracterizam uma síndrome clínica (ACOG, 2023). Além disso, a ISPMD estabelece que os transtornos pré-menstruais centrais não devem corresponder simplesmente à piora pré-menstrual de outra doença psiquiátrica, clínica ou ginecológica preexistente, situação classificada como uma variante dos transtornos pré-menstruais (O'BRIEN *et al*., 2011).

Epidemiologia

A SPM é extremamente comum, afetando até 90% das mulheres em idade fértil com pelo menos um sintoma pré-menstrual, enquanto cerca de 20-30% apresentam sintomas que preenchem os critérios da síndrome propriamente dita (ITANI *et al*., 2026).

Em relação aos fatores de riscos, inclui-se idade, estado civil, nível educacional, índice de massa corporal, baixa resiliência psicológica, experiências adversas na infância, consumo de álcool, tabagismo e estresse (ITANI *et al*., 2026).

Fisiopatologia

A fisiopatologia da SPM ainda não é completamente conhecida; contudo, dentre os possíveis mecanismos, considera-se a influência da atividade cíclica ovariana — mediada pelas variações nos níveis de estradiol e progesterona — sobre a modulação de neurotransmissores centrais, em especial a serotonina e o ácido gama-aminobutírico (GABA) (BĄK *et al*., 2024; NEVATTE *et al*., 2013).

Novas evidências sugerem que a alopregnanolona, metabólito neuroativo derivado da progesterona, atua modulando de forma alterada os receptores GABA-A no sistema nervoso central, o que pode desencadear ou exacerbar a sintomatologia em mulheres com vulnerabilidade neurobiológica ou predisposição genética (BĄK *et al*., 2024; NEVATTE *et al*., 2013).

Dessa forma, a condição tem sido objeto de crescentes investigações científicas e é compre-

endida como um transtorno de etiologia multifatorial, no qual fatores genéticos, hormonais e neuroquímicos atuam de maneira integrada (BĄK *et al*., 2024).

Manifestações clínicas somáticas

As manifestações clínicas somáticas da SPM incluem mastalgia, cefaleia, dor musculoesquelética, distensão abdominal, edema de extremidades e ganho de peso, que ocorrem ciclicamente durante a fase lútea e se resolvem com a menstruação ou logo após o início do ciclo menstrual (ORTIZ WORTHINGTON *et al*., 2026).

A mastalgia ou sensibilidade mamária se caracteriza por dor ou hipersensibilidade ao toque, que geralmente é bilateral e difusa, podendo irradiar para a região axilar. Essa manifestação se relaciona às alterações cíclicas de estrogênio e progesterona, que promovem retenção hídrica e proliferação do tecido glandular mamário (YAMAK *et al*., 2025).

A distensão abdominal se trata de uma sensação subjetiva de inchaço e aumento do volume abdominal que frequentemente acompanha desconforto e aperto nas roupas. É uma condição atribuída a alterações na motilidade intestinal e na retenção de líquidos, mais do que a um possível ganho ponderal (ORTIZ WORTHINGTON *et al*., 2026).

O edema de extremidades é o inchaço perceptível em mãos, pés e tornozelos, que se relaciona à retenção hídrica cíclica mediada por flutuações hormonais que afetam o sistema renina-angiotensina-aldosterona (ORTIZ WORTHINGTON *et al*., 2026).

A cefaleia presente na SPM pode se apresentar com padrão tensional ou migranoso. Em mulheres que já apresentam histórico de enxaqueca, é frequente ocorrer piora cíclica das crises na fase pré-menstrual, possivelmente relacionada à queda do estrogênio (ITANI *et al*., 2026).

O ganho de peso é percebido mais do que objetivamente mensurado na maioria dos casos. Isso se atribui à retenção hídrica transitória que se resolve com a menstruação, e não ao acúmulo de tecido adiposo (YAMAK *et al*., 2025).

A fadiga trata-se da sensação de cansaço e de baixa energia, que pode se sobrepor aos sintomas emocionais, como a dificuldade de concentração (YAMAK *et al*., 2025).

A dor musculoesquelética e/ou articular inclui mialgia generalizada e artralgia, percebida pelas afetadas como sensibilidade dolorosa difusa muitas vezes (YAMAK *et al*., 2025).

Manifestações clínicas emocionais/comportamentais

As manifestações emocionais e comportamentais representam componentes relevantes da SPM, podendo exercer impacto significativo sobre o bem-estar psicológico e o funcionamento cotidiano das mulheres acometidas. Entre os sintomas mais frequentes estão a irritabilidade, a ansiedade, a tristeza, as alterações de humor, a maior sensibilidade emocional e os episódios de choro. Também podem ocorrer dificuldade de concentração, sensação de sobrecarga, alterações do sono, redução do interesse por atividades habituais e tendência ao isolamento social (ACOG, 2023).

Essas manifestações apresentam um padrão cíclico, surgindo predominantemente durante a fase lútea do ciclo menstrual e tendendo a diminuir durante a menstruação ou nos primeiros dias do fluxo. Segundo O'Brien *et al*. (2011), a relação temporal entre os sintomas e o ciclo menstrual é uma característica fundamental dos transtornos pré-menstruais. Portanto, a identificação dessas manifestações deve considerar

não apenas sua presença, mas também sua recorrência e sua associação com o período pré-menstrual.

As repercussões emocionais e comportamentais podem atingir diferentes esferas da vida cotidiana, afetando as relações interpessoais, o desempenho acadêmico e profissional e a qualidade de vida. A irritabilidade e a instabilidade emocional podem dificultar a convivência familiar e afetiva, enquanto a ansiedade, as alterações do sono e as dificuldades de concentração podem comprometer a realização de atividades habituais. Nos casos em que os sintomas são mais intensos, pode haver prejuízo na participação em atividades sociais e no funcionamento pessoal e profissional. A intensidade dessas repercussões, entretanto, varia entre as mulheres, sendo importante considerar o impacto individual dos sintomas (O'BRIEN *et al*., 2011; ACOG, 2023).

A distinção entre a SPM e o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) baseia-se na presença de critérios diagnósticos específicos e na intensidade das repercussões clínicas. Conforme a *American Psychiatric Association* (2013), o TDPM caracteriza-se pela ocorrência de pelo menos cinco sintomas, incluindo ao menos um relacionado ao humor, como instabilidade emocional acentuada, irritabilidade, humor deprimido ou ansiedade. Para o diagnóstico, essas manifestações também devem causar sofrimento clinicamente significativo ou interferir nas relações interpessoais e nas atividades cotidianas.

Para auxiliar na confirmação do padrão cíclico e na diferenciação entre sintomas pré-menstruais e manifestações persistentes de outros transtornos, recomenda-se o registro diário dos sintomas durante pelo menos dois ciclos menstruais. Esse acompanhamento permite observar sua ocorrência ao longo do ciclo e contribui para uma avaliação clínica mais precisa (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; ACOG, 2023).

Critérios diagnósticos

O diagnóstico da SPM, conforme o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), deve ser realizado quando a paciente referir pelo menos um sintoma afetivo, dentre eles a depressão, ataques de raiva, irritabilidade, ansiedade, confusão ou isolamento social, e um sintoma somático, incluindo mastalgia, distensão abdominal, cefaleia e inchaço nas extremidades durante os 5 dias que precedem a menstruação em cada um dos 3 ciclos menstruais anteriores (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Diagnósticos diferenciais

O diagnóstico da SPM é essencialmente clínico e depende da identificação da relação temporal entre os sintomas e o ciclo menstrual. Entretanto, suas manifestações são inespecíficas e podem se sobrepor às de diversas condições psiquiátricas, endócrinas, ginecológicas e sistêmicas. Por esse motivo, o diagnóstico diferencial é uma etapa fundamental da avaliação, especialmente para distinguir a SPM de doenças que apresentam sintomas persistentes ao longo do mês, embora possam sofrer exacerbação no período pré-menstrual. Nos casos mais graves, especialmente quando predominam manifestações afetivas intensas e comprometimento funcional significativo, deve-se considerar o TDPM (FEBRASGO, 2019).

O TDPM constitui uma apresentação mais grave dos transtornos pré-menstruais e representa um importante diagnóstico diferencial da

SPM, principalmente quando predominam manifestações emocionais intensas. Embora ambas as condições compartilhem a característica de recorrência dos sintomas durante a fase lútea e melhora após o início da menstruação, o TDPM apresenta maior comprometimento funcional, com repercussões importantes nas relações interpessoais, no desempenho profissional e nas atividades cotidianas. Segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), o diagnóstico de TDPM exige a presença de pelo menos cinco sintomas, incluindo ao menos uma manifestação afetiva central, como labilidade emocional, irritabilidade ou raiva acentuada, humor deprimido ou ansiedade intensa. Esses sintomas devem ocorrer na semana anterior à menstruação, começar a melhorar nos primeiros dias do fluxo menstrual e tornar-se mínimos ou ausentes na semana seguinte. Além disso, devem provocar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo funcional e não representar apenas a exacerbação de outro transtorno psiquiátrico (FEBRASGO, 2019; ACOG, 2023).

Os transtornos psiquiátricos representam um dos principais grupos de diagnósticos diferenciais da SPM, devido à semelhança entre manifestações como irritabilidade, tristeza, ansiedade, instabilidade emocional, alterações do sono e dificuldade de concentração. Entre as condições mais relevantes estão o transtorno depressivo maior, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno bipolar (O'BRIEN *et al*., 2011; RCOG, 2017; ACOG, 2023). O transtorno depressivo maior pode apresentar sintomas semelhantes aos da SPM, entretanto, os sintomas persistem por pelo menos duas semanas e não estão restritos à fase lútea do ciclo menstrual (O'BRIEN *et al*., 2011; RCOG, 2017).

O transtorno de ansiedade generalizada também deve ser considerado nas pacientes que relatam preocupação excessiva, inquietação, irritabilidade, tensão muscular e alterações do sono, ocorrendo na maioria dos dias durante pelo menos seis meses, sem dependência obrigatória do ciclo menstrual. Da mesma forma, o transtorno bipolar pode ser confundido com manifestações pré-menstruais graves devido à instabilidade do humor e à irritabilidade. Entretanto, a identificação de episódios de mania ou hipomania, com alterações características da energia, atividade e necessidade de sono, favorece o diagnóstico de transtorno bipolar (O'BRIEN *et al*., 2011; RCOG, 2017).

Exacerbação pré-menstrual de doenças preexistentes (*Premenstrual Exacerbation* — PME) corresponde ao agravamento de manifestações de uma doença física ou psiquiátrica preexistente durante a fase lútea do ciclo menstrual. Essa condição merece atenção especial porque pode ser erroneamente diagnosticada como SPM ou TDPM (O'BRIEN *et al*., 2011). Entre as doenças que podem apresentar esse comportamento destacam-se depressão, transtornos de ansiedade, enxaqueca, epilepsia, asma e diabetes mellitus. A identificação desse padrão é essencial, pois o tratamento deve contemplar a doença subjacente e não apenas as manifestações relacionadas ao ciclo menstrual (O'BRIEN *et al*., 2011; RCOG, 2017).

As alterações endócrinas também devem ser consideradas no diagnóstico diferencial da SPM, principalmente quando predominam sintomas inespecíficos, como fadiga, alterações do humor, ganho de peso, dificuldade de concentração e modificações do padrão menstrual. Pode-se destacar o hipotireoidismo e hipertireoidismo, além de outras condições, como anemia e distúrbios metabólicos. A investigação dessas doenças deve ser orientada pela anamnese, pelo exame físico e pela presença de manifestações persistentes ou atípicas, não sendo

necessária a solicitação indiscriminada de exames laboratoriais em todas as pacientes com suspeita de SPM (RCOG, 2017; ACOG, 2023).

As doenças ginecológicas devem ser consideradas principalmente quando as manifestações físicas predominam sobre as alterações emocionais, especialmente na presença de dor abdominal, dor pélvica, distensão abdominal e desconforto mamário. A dismenorreia primária, endometriose ou adenomiose podem causar dor pélvica durante a menstruação ou intensificar-se nesse período.

A mastalgia cíclica isolada também deve ser diferenciada da SPM. Embora a dor mamária possa integrar o quadro pré-menstrual, sua ocorrência como sintoma único, sem outras manifestações relevantes, pode corresponder a uma condição mamária cíclica independente (RCOG, 2017; FEBRASGO, 2019).

A cefaleia é uma manifestação frequentemente associada à SPM, mas sua presença exige diferenciação em relação às cefaleias primárias, particularmente à enxaqueca menstrual. A enxaqueca menstrual caracteriza-se por crises de cefaleia que ocorrem predominantemente no período próximo ao início da menstruação, frequentemente acompanhadas de náuseas, fotofobia e fonofobia (O'BRIEN *et al*., 2011; RCOG, 2017).

O uso de medicamentos hormonais também deve ser investigado durante a avaliação de pacientes com sintomas sugestivos de SPM. Contraceptivos hormonais e terapias contendo progestagênios podem estar associados a alterações do humor, mastalgia, cefaleia, distensão abdominal e outras manifestações semelhantes às dos transtornos pré-menstruais. A suspeita de efeitos adversos medicamentosos aumenta quando as manifestações começam após a introdução de determinado medicamento ou apresentam associação com períodos específicos de sua administração (O'BRIEN *et al*., 2011).

Por fim, é fundamental distinguir a SPM das manifestações pré-menstruais fisiológicas. Muitas mulheres apresentam sintomas leves, como discreta irritabilidade, sensibilidade mamária, distensão abdominal e alterações transitórias do humor, sem que isso configure necessariamente uma síndrome clínica. A principal diferença está no impacto funcional. Na SPM, os sintomas produzem sofrimento significativo ou interferência nas atividades habituais, enquanto as manifestações fisiológicas são leves e não comprometem de maneira relevante a qualidade de vida. Portanto, a simples presença de sintomas antes da menstruação não é suficiente para estabelecer o diagnóstico de SPM (O'BRIEN *et al*., 2011; FEBRASGO, 2019).

Intervenções não farmacológicas

As medidas não farmacológicas constituem a primeira linha de abordagem da SPM, sobretudo nos casos leves a moderados, por apresentarem boa aceitação e menos efeitos adversos que os fármacos (SANCHEZ *et al.,* 2023). Entre elas, a atividade física regular é a mais estudada. Revisões sistemáticas e metanálises indicam que o treinamento de força, pilates, ioga e exercícios aeróbicos podem reduzir sintomas físicos e psicológicos globais, como dor, fadiga, alterações de humor, ansiedade e retenção hídrica (SANCHEZ *et al.,* 2023). Contudo, a literatura ainda é limitada e heterogênea, e não há consenso sobre o tipo, a intensidade e a duração ideais do exercício (SANCHEZ *et al.,* 2023). Recomenda-se, portanto, estimular a prática regular de exercícios, como caminhada, corrida, ciclismo, natação e exercícios de resistência, respeitando as preferências e características individuais da paciente (ACOG, 2023).

As intervenções psicológicas, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), representam uma alternativa relevante

para pacientes com predomínio de sintomas emocionais. A TCC pode auxiliar na identificação e modificação de pensamentos e comportamentos relacionados aos sintomas, além de favorecer estratégias de enfrentamento, regulação emocional e manejo do estresse. Uma metanálise de ensaios clínicos randomizados, que incluiu 20 estudos e 1.369 mulheres, indicou que as intervenções psicológicas reduziram a gravidade da SPM e aliviaram sintomas depressivos, ansiosos e de irritabilidade (LIU *et al*., 2026). Estratégias complementares, como o registro diário de sintomas, o manejo do estresse e a higiene do sono, favorecem o autoconhecimento e a autonomia da mulher. Assim, o plano terapêutico deve ser individualizado, combinando as medidas conforme a gravidade dos sintomas, as preferências e a resposta de cada paciente (MODZELEWSKI *et al*., 2024).

A alimentação equilibrada e a adoção de hábitos de vida saudáveis também fazem parte do manejo da SPM. Recomenda-se uma dieta variada, com adequada ingestão de frutas, vegetais, cereais integrais, proteínas e fontes de cálcio, além da redução do consumo excessivo de sal, açúcares simples, cafeína e álcool, particularmente quando essas substâncias estiverem associadas à piora dos sintomas (ACOG, 2023). A adequação do sono também deve ser incentivada, com manutenção de horários regulares, ambiente apropriado e medidas de higiene do sono, uma vez que alterações no sono podem intensificar fadiga, irritabilidade e alterações do humor. Estratégias de redução do estresse, como técnicas de respiração, meditação, *mindfulness*, relaxamento e ioga, podem complementar essas medidas e favorecer o bem-estar físico e psicológico, embora a evidência ainda seja preliminar (WALSEN *et al.,* 2026). Em particular, a ioga já foi avaliada em metanálise de ensaios clínicos randomizados (RANGA; DEV, 2024).

Por fim, a educação da paciente, o autocuidado e o acompanhamento prospectivo dos sintomas são componentes fundamentais do manejo da SPM. A paciente deve ser orientada sobre a natureza cíclica da síndrome e estimulada a registrar diariamente seus sintomas ao longo dos ciclos menstruais, permitindo identificar a relação temporal com a menstruação, reconhecer possíveis fatores associados à piora do quadro e avaliar a resposta às intervenções adotadas (ACOG, 2023). De maneira geral, as medidas não farmacológicas devem ser individualizadas de acordo com a intensidade dos sintomas, impacto funcional, preferências e necessidades de cada mulher.

Intervenções farmacológicas

Contraceptivos orais combinados (COC)

Constituem uma opção terapêutica especialmente quando há desejo concomitante de contracepção. Seu mecanismo envolve a supressão da ovulação e a redução das flutuações hormonais ovarianas, que podem desencadear sintomas em indivíduos sensíveis às variações de estrogênio e progesterona. Entre as formulações estudadas, destaca-se a associação de drospirenona 3 mg e etinilestradiol 20 µg, particularmente no esquema de 24 dias de uso ativo e 4 dias de pausa. A drospirenona apresenta propriedades antimineralocorticoides e antiandrogênicas, potencialmente relevantes para sintomas como retenção hídrica e distensão abdominal (CARLINI *et al*., 2022; MODZELEWSKI *et al*., 2024; MA; SONG, 2023).

A revisão sistemática Cochrane de Ma e Song (2023), que incluiu cinco ensaios clínicos randomizados com 858 participantes — das quais 803 apresentavam TDPM —, identificou possível melhora dos sintomas pré-menstruais globais com contraceptivos contendo drospirenona e etinilestradiol em comparação ao placebo. O efeito foi pequeno a moderado (SMD =

−0,41; IC 95%: −0,59 a −0,24), com possíveis benefícios também na produtividade, nas atividades sociais e nos relacionamentos. Entretanto, a certeza das evidências foi baixa, e os resultados se aplicam principalmente ao TDPM, exigindo cautela ao extrapolá-los para todas as pacientes com SPM (MA; SONG, 2023).

Apesar dos benefícios potenciais, os COCs podem provocar efeitos adversos, como náuseas, mastalgia e sangramento intermenstrual, além de aumentar a probabilidade de interrupção do tratamento por intolerância. Os ensaios analisados não permitem estabelecer com segurança a superioridade de um esquema de administração sobre outro, nem demonstrar superioridade da drospirenona em relação a outras formulações contraceptivas. Além disso, a ausência de eventos raros graves nos estudos não exclui riscos, como o tromboembolismo venoso, cuja avaliação deve considerar as contraindicações e os fatores de risco individuais (MA; SONG, 2023; CARLINI *et al*., 2022).

Assim, os contraceptivos orais combinados, especialmente os que contêm drospirenona e etinilestradiol, podem ser considerados no manejo da SPM e do TDPM, sobretudo quando a contracepção também é desejada. Contudo, a decisão deve ser individualizada, considerando o perfil sintomático, a tolerabilidade, os riscos clínicos e as preferências da paciente. A evidência disponível sugere benefício potencial, mas sua baixa certeza reforça a necessidade de evitar generalizações e de avaliar a resposta terapêutica individualmente (MA; SONG, 2023; MODZELEWSKI *et al*., 2024).

Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS)

Uma revisão sistemática da Cochrane conduzida por Jespersen *et al*. (2024), que incluiu 34 ensaios clínicos randomizados com um total de 4.563 participantes, demonstrou que os ISRS provavelmente reduzem os sintomas gerais da SPM. Os resultados sugerem maior eficácia com a administração contínua por meio da manutenção dos níveis de serotonina com alta eficácia em comparação à administração restrita à fase lútea, embora ambos os esquemas tenham demonstrado benefício. Por outro lado, o tratamento esteve associado a maior ocorrência de efeitos adversos, principalmente náuseas, astenia e sonolência. Esses achados devem ser interpretados considerando as limitações dos estudos incluídos e a possibilidade de viés de publicação (JESPERSEN *et al*., 2024).

Suplementação de Vitamina B6, Cálcio e Zinco

O tratamento com suplementação de vitamina B6, cálcio e zinco demonstrou efeitos significativos sobre sintomas psicológicos da SPM, segundo revisão sistemática conduzida por Robinson *et al*. (2025). A ingestão adequada de cálcio, inclusive por meio de alimentos ricos nesse mineral, pode estar associada a um menor risco de desenvolver sintomas de SPM, já que os níveis circulantes oscilam ao longo do ciclo pré menstrual em consonância as alterações endógenas do estrogênio. O zinco, por sua vez, apresenta propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias que podem contribuir para o alívio da sintomatologia de SPM. Já a vitamina B6 participa do metabolismo de neurotransmissores, atuando como cofator na síntese de serotonina, a partir do triptofano e pode reduzir os sintomas da TPM, similarmente aos efeitos dos multivitamínicos de amplo espectro (ROBINSON *et al*., 2025).

CONCLUSÃO

A partir dessa revisão narrativa, conclui-se que a SPM é uma condição complexa e multifatorial que impacta significativamente o bem-estar físico, emocional e social das mulheres. Sua abordagem exige um diagnóstico clínico

criterioso, pautado no registro prospectivo dos sintomas para confirmar o padrão cíclico e diferenciá-la do TDPM e de outras patologias psiquiátricas e ginecológicas. O manejo deve ser individualizado e escalonado, iniciando-se por medidas não farmacológicas, como exercícios físicos, adequação alimentar e terapia cognitivo-comportamental. Nos quadros mais graves, o uso de ISRS, contraceptivos orais com drospirenona e suplementações específicas consolida-se como estratégia eficaz. A escuta empática e a educação em saúde são essenciais para promover maior qualidade de vida e cuidado integral à mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of premenstrual disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7. Obstetrics & Gynecology, v. 142, n. 6, p. 1516-1533, 2023. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005426.

ACOG - AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Management of premenstrual syndrome. ACOG Practice Bulletin, Washington, DC, n. 15, 2015. (Reaffirmed 2021).

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

BĄK, M. *et al*. Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of current treatment options. Journal of Clinical Medicine, Basel, v. 13, n. 9, p. 2501-2518, 2024.

CARLINI, S. V. *et al*. Management of premenstrual dysphoric disorder: a scoping review. International Journal of Women's Health, v. 14, p. 1783-1801, 2022. DOI: 10.2147/IJWH.S297062.

DIREKVAND-MOGHADAM, A. *et al*. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS) – a systematic review and meta-analysis study. Journal of Clinical and Diagnostic Research, Delhi, v. 8, n. 2, p. 106-109, 2014.

FEBRASGO. FERNANDES, C. E.; SÁ, M. F. S. de (ed.). Tratado de ginecologia FEBRASGO. 1. ed. Cap. 28: Síndrome pré-menstrual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

ITANI, R. *et al*. Prevalence, risk factors, and management practices of premenstrual syndrome among female university students in Lebanon: an observational cross-sectional study. PLoS ONE, v. 21, n. 7, e0354807, 2026. DOI: 10.1371/journal.pone.0354807.

JESPERSEN, C. *et al*. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 8, art. CD001396, 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD001396.pub4.

LIU, Y. *et al*. Efficacy of psychological interventions for premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Affective Disorders, v. 413, p. 122264, 2026. DOI: 10.1016/j.jad.2026.122264.

MA, S.; SONG, S. J. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 6, art. CD006586, 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD006586.pub5.

MODZELEWSKI, S. *et al*. Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. Frontiers in Psychiatry, v. 15, art. 1363875, 2024. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1363875.

NEVATTE, T. *et al*. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorders. Archives of Women's Mental Health, Wien, v. 16, n. 4, p. 279-291, 2013.

O'BRIEN, P. M. S. *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, v. 14, n. 1, p. 13-21, 2011. DOI: 10.1007/s00737-010-0201-3.

ORTIZ WORTHINGTON, R.; EASTMAN, L. M.; ALEXANDER, J. T. Synopsis of ACOG Guideline on Management of Premenstrual Disorders. JAMA, v. 335, n. 9, p. 814-815, 2026. DOI: 10.1001/jama.2025.26054.

RANGA, M.; DEV, K. The effect of yoga therapy in premenstrual syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 46, n. 10, p. 102579, 2024. DOI: 10.1016/j.jogc.2024.102579.

ROBINSON, J. *et al*. Effect of nutritional interventions on the psychological symptoms of premenstrual syndrome in women of reproductive age: a systematic review of randomized controlled trials. Nutrition Reviews, v. 83, n. 2, p. 280-306, 2025. DOI: 10.1093/nutrit/nuae043.

RCOG - ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Management of premenstrual syndrome: Green-top Guideline No. 48. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, v. 124, n. 3, p. e73-e105, 2017. DOI: 10.1111/1471-0528.14260.

SANCHEZ, B. N.; KRAEMER, W. J.; MARESH, C. M. Premenstrual syndrome and exercise: a narrative review. Women, v. 3, n. 2, p. 348-364, 2023. DOI: 10.3390/women3020026.

WALSEN, S.; CHAVES, C.; BAQUEDANO, C. Contemplative-based interventions for premenstrual syndrome: a systematic review of psychobiological outcomes. Frontiers in Psychology, v. 17, p. 1912206, 2026. DOI: 10.3389/fpsyg.2026.1912206.

YAMAK, Ö. A. *et al*. The relationship between premenstrual syndrome and circadian rhythm, depressive mood, and anxiety. Scientific Reports, v. 15, art. 38920, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-23040-9.