

## TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ MENSTRUAL E SUAS REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS

Amanda Dias Dourado <sup>1</sup>

### RESUMO

O diagnóstico do transtorno disforico pré-menstrual inclui sintomas que impactam severamente todas as esferas da vida da mulher. As causas incluem fatores hormonais, neurotransmissores e perda de substância cinzenta do cérebro. O Tratamento inclui o medicamento hormonal e inibidores seletivos da recaptção da serotonina. Dito isto, foi realizado uma revisão bibliográfica com os descritores: transtorno disforico pré-menstrual, no objetivo de analisar as repercussões biopsicossociais deste. Os critérios de inclusão contou com o DSM V e a seleção de artigos publicados em português, indexados na Scielo e Lilacs sem recorte temporal e que retratassem a temática. Foi realizado a análise qualitativa descritiva, para compreender o tema investigado. Como resultado, ressalta-se que o TDPM inclui uma sintomatologia que gera prejuízos sociais, familiares, profissionais e psicológicos e que acompanham uma complexidade para sua identificação, pois não há a realização de exames. O diagnóstico representa um avanço social, com possibilidades de tratamento, pois ao longo dos anos novos transtornos são identificados, e outros são ressignificados, a compreensão destes e sua relação com o contexto histórico é crucial. Além disso, o gênero pode influenciar a doença de várias formas e as lutas que a mulher do século XXI enfrenta repercute na sua saúde mental.

**Palavras-chave:** Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Saúde mental; Repercussões biopsicossociais.

### INTRODUÇÃO

É fato que o significado de doença mental perpassou por diferentes conceitos mediante a história, por ser vista diante do contexto vivenciado. Considerando que anormalidade e psicopatologia se constituem com efeito de fatores, pois na cultura novos transtornos são identificados, alguns acentuam-se e outros são ressignificados. Nessa ótica a loucura é uma criação cultural, que sai do campo da razão.

Na antiguidade, nutre-se a ideia de que loucura é paixão, toda paixão é uma forma de loucura, com a chegada da idade média juntamente com o cristianismo articulou-se a paixão com o pecado e a loucura com o demoníaco e por fim com a modernidade, a loucura passa a ser sinônimo de desrazão transformando-a em doença mental.

É importante ressaltar que da antiguidade à nossa contemporaneidade, superou-se a concepção sobrenatural de saúde e enfermidade, pois concebia-se saúde como a ausência de

---

<sup>1</sup>Mestranda de Psicologia Social do PPGPS da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, amandadouradorh@gmail.com

doença, deficiência ou invalidez. Estado que se revelava equilíbrio do organismo, com referência aos seus meios interno e externo. Nesse norte, a Organização Mundial de Saúde – OMS atualmente define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças.

Com essa contextualização histórica, a literatura apresenta que entre os séculos XII e XVIII a igreja identificava, nas mulheres, uma das formas do mal sobre a terra, seja na filosofia, seja na moral ou na ética do período, a mulher era considerada um receptáculo de pecados. Haja vista que os mistérios da fisiologia feminina eram ligados aos ciclos da lua e a sedução. Bem como, o fluxo menstrual, os odores, o líquido amniótico, as expulsões do parto e as secreções de sua parceira caracterizavam o corpo feminino como fundamentalmente impuro. O corpo da mulher era ainda capaz de gerar coisas monstruosas, sublinhando na mentalidade do período uma imagem deformada da mulher ora como feiticeira, ora como possuidora de um útero mágico.

Com o passar dos anos, os avanços científicos contribuíram para desmistificar as ideias referentes ao corpo feminino. O fato é que atualmente a compreensão da diferença nas doenças mentais entre gêneros, relativa à apresentação, à idade de início, à epidemiologia, à sintomatologia específica, à evolução, à resposta ao tratamento, assim como ao tipo de mecanismo envolvido (genético, neuroendócrino, psicossocial), evidencia que mulheres têm necessidades diferentes e sofrem de forma diferente, em especial na idade reprodutiva e com problemas relacionados à menstruação.

O período perimenstrual parece ser propício a distúrbios psíquicos, com elevação das taxas de admissão hospitalar, atendimento em emergências, tentativas e consumação de auto-extermínio, crimes violentos, acidentes, prescrições de antidepressivos e uso abusivo de cigarros e outras drogas. Diante disso, o presente trabalho versa sobre o Transtorno Disfórico Pré Menstrual e suas repercussões biopsicossociais que comprometem a promoção da saúde feminina, considerando uma sintomatologia que se apresenta de maneira severa, havendo prejuízos sociais, familiares ou profissionais, o que caracteriza o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM). Para tanto foi utilizado uma revisão bibliográfica para contemplar a temática supracitada.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado uma revisão bibliográfica, para Lakatos e Marconi (2003, p. 183) “a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

Dito isto, foi utilizado os descritores: transtorno disforico pré-menstrual na base dados Scielo e Lilacs no objetivo de analisar as repercussões biopsicossociais deste. Os critérios de inclusão contou com o DSM V e a seleção de artigos publicados em português correspondente a temática de identificação de consequências biopsicossociais na vida das mulheres. Não houve recorte temporal. Foi realizado a análise qualitativa descritiva, para compreender o tema investigado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A revisão bibliográfica contou com uma análise histórica do conceito do transtorno disfórico pré menstrual, causas e critérios para o diagnóstico de acordo com o DSM-V e suas repercussões no contexto familiar, escolar e do trabalho.

## **HISTÓRICO DO CONCEITO DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ MENSTRUAL**

Por volta do século XII e XVIII a figura feminina era associada ao magnífico, prazer funesto, venenosa e traiçoeira, a mulher era acusada pelo outro sexo de ter introduzido sobre a terra o pecado, a infelicidade e a morte. Pandora grega ou Eva judaica ela cometera o pecado original ao abrir a caixa que continha todos os males ou ao comer do fruto proibido. O homem procurava uma responsável pelo sofrimento, o fracasso, o desaparecimento do paraíso terrestre e encontrou a mulher (PRIORI, 1999).

Os médicos portugueses da época, se referiam a mulher como a entranha, mal descrita e mal estudada, reduzindo a mesma à sua bestialidade. Repetiam igualmente, de antigos filósofos como Platão, que considerou como um animal vivo e irrequieto, o útero, que seria capaz de deslocar-se no interior do corpo da mulher, subindo até a sua garganta e causando-lhe asfixia (FERREIRA, 1957).

Percebe-se, como ressaltou Priori (1999) que a mulher tornava atacada de paixões ou de melancolia. A melancolia, por sua vez, era diagnosticada por tratadistas de época como uma alucinação sem febre, acompanhada de medo e tristeza. Galeno teria associado tais sentimentos à cor negra, resultante dos vapores que exalavam do sangue menstrual, causador de horríveis e espantosas alucinações. Todas essas paixões têm tão grande poder no corpo humano, que não só causam gravíssimos males, mas também mortes, (HENRIQUE, 1731).

Por isto, melancolia foi vista como banho do Demônio, bem como, considerada rebeldia, renitência e erradicação de tal humor que por frio e seco é inobediente aos remédios e constitui

doenças crônicas, considerada como uma enfermidade feminina por excelência, a melancolia diabolizava o corpo da mulher infecunda associando-a à infelicidade e a morte. Nesse cenário, o critério do útero regulador da saúde mental da mulher irradiava-se em toda a Europa moderna e portanto, na metrópole lusa - difundindo uma mentalidade na qual a mulher era física e mentalmente inferior ao homem e escrava de sua fisiologia. (FRAYZE, 2007).

A mulher tinha que ser salva dela mesma e só o conseguia sob condição de viver sob normas imperativas. Foi preciso esperar o fim das teorias aristotélicas no mundo luso-brasileiro, que só aconteceu no século XIX para que a feminilidade das mulheres passasse a ser reavaliada a partir de seu próprio corpo.

Nesse sentido, é possível perceber que durante um longo período de tempo a menstruação teve uma conotação extremamente negativa na vida das mulheres: havia um senso comum de que elas eram mais instáveis e incompetentes, resultando em exclusão de importantes oportunidades na educação, empregos e posições de influência. O período pré-menstrual é um momento de vulnerabilidade para o aparecimento de sintomas físicos e psíquicos, o que não significa que o gênero feminino seja menos competente e capaz que o masculino (DEMARQUE; RENNÓ; RIBEIRO, 2013).

De acordo com Valadares, et al, (2006) foi Robert T. Frank, em 1931 quem fez a primeira descrição científica da tensão pré-menstrual relacionada a acúmulo de hormônios sexuais no organismo, o pesquisador, classificou a TPM em três grupos diferentes de acordo com o tipo de sintomas, leves (fadiga) no período pré-menstrual, doenças sistêmicas que variavam conforme o ciclo menstrual (asma e epilepsia) e uma minoria com tensão pré-menstrual (TPM) e sintomas emocionais graves (suicídio, “tensão nervosa”), com alívio à chegada da menstruação.

A entidade clínica síndrome de tensão pré-menstrual surgiu na nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9), restrita ao capítulo destinado às doenças ginecológicas, e, em 1986, em um rascunho da CID-10, aparece codificada em F53, incluída no capítulo XIV de doenças do sistema geniturinário como “N94.Síndrome Pré-Menstrual”. (VALADARES, et al, 2006).

No ano de 1994, houve revisão e nova denominação pela Associação Psiquiátrica Americana, acrescida de critérios diagnósticos operacionais para o transtorno, que passou a ser nomeado transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), considerado o padrão-ouro para pesquisa e adotado pelo Food and Drug Administration Neuropharmacology Advisory Committee para regular as pesquisas e os tratamentos propostos. No DSM IV, o TDPM foi mantido em apêndice

pela pressão dos mesmos grupos políticos e aparece citado entre os “transtornos depressivos não especificados em outra parte” do capítulo de transtornos do humor, sendo os critérios diagnósticos apresentados no apêndice do DSM-IV. (VALADARES, et al, 2006).

Por fim, em Dezembro de 2012, a Associação Psiquiátrica Americana aprovou a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). A partir de então, fez história a respeito da saúde da mulher. Pois, a inclusão da TDPM nesta nova categoria do DSM-V trouxe benefícios ao público feminino, com possibilidades de cuidados clínicos adequados sustentados por pesquisas mais confiáveis. Haja vista que, depois de um cauteloso exame científico das evidências TDPM foi deslocado de um apêndice do DSM-IV “Conjunto de Critérios e Eixos Propostos para Estudos Adicionais” para a Seção II do DSM-V, o que durou 20 anos de pesquisa referente a essa temática confirmaram uma forma de transtorno depressivo específico e responsivo. (DSM-V, 2012).

O fato é que enquanto muitas mulheres em idade reprodutiva sofrem em algum grau de sintomas pré-menstruais, usualmente envolvendo mudanças de humor e queixas somáticas, uma pequena porcentagem tem a forma mais severa, conhecida como Transtorno Disfórico Pré Menstrual, que causa acentuado prejuízo na vida desta mulher e, conseqüentemente, na vida das pessoas com quem convive, tal transtorno será tratado aqui com a abreviação de TDPM.

## **CRITÉRIOS PARA O TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ MENSTRUAL DE ACORDO COM O DSM-V**

De acordo com a estimativa de pesquisas feitas por Diegoli, Demarque e Bogar (2012), em torno de 80% das mulheres em idade reprodutiva vivenciam alguns sintomas atribuídos à fase pré-menstrual do ciclo. No entanto, a maioria destas mulheres é capaz de supera-las através de mudanças no estilo de vida e terapias conservadoras, diferentemente do que acontece no TDPM, que apresenta sintomas físicos e queixas psíquicas que são mais relevantes, por gerar graves prejuízos na vida destas mulheres. Nesse norte, segue a prevalência do TDPM:

Prevalência de 12 meses do transtorno disfórico pré-menstrual está entre 1,8 e 5,8% das mulheres que menstruam. As estimativas aumentam substancialmente se estiverem baseadas em relatos retrospectivos em vez de em avaliações prospectivas diárias. Entretanto, a prevalência estimada com base em um registro diário dos sintomas por 1 a 2 meses pode ser menos representativa, uma vez que as mulheres com os sintomas mais graves podem não conseguir manter o processo de anotação. A estimativa mais rigorosa de transtorno disfórico pré-menstrual é de 1,8% para as mulheres cujos sintomas satisfazem todos os critérios sem prejuízo funcional e de 1,3% para aquelas cujos sintomas satisfazem os critérios atuais com prejuízo funcional e sem a concomitância de sintomas de outro transtorno mental. (DSM – V, p. 173)

Um diagnóstico de exclusão para o TDPM não é simples, pois os critérios são abrangentes e não há exames laboratoriais ou físicos que sejam confirmatórios. Dessa forma, refere-se a um diagnóstico realizado através de uma anamnese completa e exclusão de outras causas (VIGOD, 2010).

Em geral, os sintomas pioram com a proximidade da menstruação e para o diagnóstico, os sintomas devem estar presentes durante a maioria dos ciclos menstruais no último ano e ser severo o suficiente para causar impacto no funcionamento diário na vida desta mulher. O preenchimento de diários prospectivos, por pelo menos dois ciclos menstruais consecutivos, é muito utilizado e de grande valia. Os sintomas são tão severos que não se restringem à relação do indivíduo consigo mesmo, mas por refletirem também na interação em sociedade, seja promovendo deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho. (BERMAN et al, 2013).

O prejuízo no funcionamento social pode se manifestar como discórdia conjugal e problemas com os filhos, outros membros da família ou amigos. Ressalta-se que problemas conjugais ou profissionais crônicos não devem ser confundidos com a disfunção que ocorre apenas em associação com o TDPM. No tocante ao diagnóstico, o DSM V (2012, p. 171), propõe os seguintes critérios que seguem de A à G:

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. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente: 1. Labilidade afetiva acentuada (p. ex., mudanças de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou 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. Um (ou mais) 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 (p. ex., trabalho, escola, amigos, passatempos). 2. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar. 3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada. 4. Alteração acentuada do apetite; comer em demasia; ou avidez por alimentos específicos. 5. Hipersonia ou insônia. 6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controle. 7. Sintomas físicos como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço” ou ganho de peso. Nota: Os sintomas nos Critérios A-C devem ser satisfeitos para a maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente. D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou a interferência no trabalho, na escola, em atividades sociais habituais ou relações com outras pessoas (p. ex., esquiva 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 outro transtorno, como transtorno depressivo maior, transtorno de pânico, transtorno depressivo persistente (distímia) ou um transtorno da personalidade (embora possa ser concomitante a qualquer um

(83) 3322.3222

contato@conapesc.com.br

www.conapesc.com.br

desses transtornos). F. O Critério A deve ser confirmado por avaliações prospectivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. (Nota: O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação.) G. Os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).

Mediante esses critérios, o DSM V (2012) é pertinente esclarecer que em relação às características associadas que apoiam o diagnóstico estão: delírios e alucinações que acontecem no fim da fase lútea do ciclo menstrual, mas são raros. Em relação ao desenvolvimento e curso, ressalta-se que o início de tal transtorno pode acontecer a qualquer momento após a primeira menstruação, no entanto a incidência de casos novos durante um período de acompanhamento de 40 meses é de 2,5% existem relatos de que muitas mulheres, quando se aproximam da menopausa, referem piora nos sintomas.

O diagnóstico pode ser confundido com outros transtornos, nesse ponto, o DSM – V (2012) diferencia o TDPM em relação a síndrome pré-menstrual pois essa última não necessita da presença de um mínimo de cinco sintomas e por não existir estipulação de sintomas afetivos para as mulheres com a síndrome. A dismenorreia, por sua vez, difere do TDPM, por ser uma síndrome dolorosa da menstruação e os seus sintomas começam com o início da menstruação.

Muitas mulheres acreditam que têm transtorno disfórico pré-menstrual, no entanto quando anotam os sintomas, percebem que estes não seguem um padrão pré-menstrual, elas podem relatar que os sintomas ocorrem apenas durante o período pré-menstrual ou que pioram antes da menstruação. Esta é uma das justificativas para a exigência de que os sintomas sejam confirmados por avaliações prospectivas diárias. O processo de diagnóstico diferencial, particularmente se o clínico se baseia apenas nos sintomas retrospectivos, torna-se mais difícil devido à sobreposição entre os sintomas do TDPM e alguns outros diagnósticos. (DSM –V, 2012)

Em relação ao uso de tratamentos hormonais, percebe-se que algumas mulheres que apresentam sintomas pré-menstruais moderados a graves podem estar fazendo tratamentos hormonais, incluindo contraceptivo e se a mulher interrompe os hormônios e os sintomas desaparecem, isso é compatível com o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento. A comorbidade mais frequente para o TDPM diz respeito ao episódio depressivo maior, mas acontece também variações de condições médicas e transtornos mentais (DSM-V, 2012).

## **ETIOPATOGENIA MULTIFATORIAL DO TDPM**

No tocante as causas do TDPM, existe uma influência de fatores hormonais e neurotransmissores, pois devido uma sensibilidade cerebral às flutuações hormonais normais presentes no ciclo menstrual, algumas mulheres estão mais sujeitas a alterações de humor no período pré-menstrual. Tais mulheres, mesmo com níveis adequados dos hormônios gonadais, teriam maior propensão a alterações no sistema nervoso central, principalmente na via serotoninérgica. (INOUE et al., 2007).

Estudos realizados por Halbreich (2003) demonstraram que as mulheres com transtornos de humor no período pré-menstrual possuem níveis de serotonina baixos, que podem estar associados aos sintomas de irritabilidade, humor deprimido, impulsividade e náuseas. A resposta efetiva dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) também é uma forte evidência do envolvimento desse neurotransmissor. Cerca de 60% das pacientes com TDPM respondem positivamente ao tratamento com ISRS, logo, a serotonina de maneira isolada não é a única variável etiológica em todas as pacientes. Ademais, diversos sintomas assemelham-se não apenas a quadros depressivos, mas também a quadros compulsivos e até mesmo psicóticos.

Segundo Berman et al. (2013) o TDPM parece estar associado com uma diminuição da perda de substância cinzenta cerebelar com a idade. Apesar de este mecanismo ser incerto, o efeito acumulado de sintomas cerebelares pode estar envolvido. Nesse entendimento, a memória de trabalho anormal em pacientes com TDPM, principalmente por ativação do córtex dorsolateral pré-frontal, está relacionada à gravidade do transtorno, aos sintomas, idade de início e impacto da doença. Estes resultados corroboram a teoria de que disfunção do córtex dorsolateral pré- -frontal representa fator de risco para TDPM.

De acordo com o DSM- V (2012) os fatores de risco e prognóstico são três: ambientais, como estresse, história de trauma interpessoal, mudanças sazonais entre outros; genéticos e fisiológicos em que as estimativas de herdabilidade variam entre 30 e 80%, com o componente mais estável dos sintomas pré-menstruais estimado como cerca de 50% herdável e por fim no que tange amodificadores do curso, abrangem as mulheres que usam contraceptivos orais podem ter menos queixas pré-menstruais do que as que não os utilizam.

O TDPM tem etiologias biológicas e psicossociais múltiplas, e seu tratamento deverá refletir a severidade dos sintomas e prejuízos apresentados. Na maioria das vezes, o envolvimento de uma equipe multidisciplinar integrada poderá ser aplicado. A paciente deverá entender o processo pelo qual está passando e, conforme os sinais e sintomas predominantes, algumas medidas gerais poderão ser úteis para aliviar os quadros moderados, como a atividade

física, a prática de esportes, atividades relaxantes, psicoterapia e uso medicamentoso. (DEMARQUE; RENNÓ; RIBEIRO, 2013).

A maioria dos estudos sistemáticos tem avaliado a eliminação das flutuações hormonais e supressão da ovulação ou a “correção” da desregulação dos neurotransmissores com medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos. Tratamento Hormonal Pílula Anticoncepcional entre outras combinações medicamentosas a depender da gravidade do diagnóstico feito pelo médico.

## **REPERCUSSÕES BIOPSIKOSSOCIAIS**

### **CONTEXTO FAMILIAR**

Um volume considerável de evidências levou ao reconhecimento de que os transtornos psiquiátricos agregam-se em famílias, ou seja, há uma prevalência maior de uma determinada psicopatologia entre os familiares de indivíduos afetados em comparação tanto com os familiares de indivíduos não afetados quanto com a prevalência observada na população geral, ou seja, uma família disfuncional que não consegue resolver sua problemática pode se tornar uma família patológica. Informações a respeito da história psiquiátrica de familiares de pacientes com disforia pré-menstrual são escassas e as que se seguem foram obtidas através do exame das amostras utilizadas em investigações que tinham diferentes propósitos. Algumas mulheres com síndrome pré-menstrual relatavam que suas mães também eram afetadas com sintomas pré-menstruais. Cabe enfatizar a importância de que todos os membros estejam informados sobre a sintomatologia do TDPM para que exista uma comunicação que possibilite a minimização dos problemas. É importante ressaltar que nem só a paciente deve mudar seus hábitos, mas toda família deve se adequar ao tratamento em prol de uma melhor funcionalidade no âmbito familiar.

### **CONTEXTO ESCOLAR**

No ambiente de aprendizagem, seja na escola ou na universidade, as mulheres que possuem o TDPM, considerando a sintomatologia apresentada, como a mudança de humor, a irritabilidade, falta de concentração e labilidade afetiva acentuada, nesse sentido vai existir um comprometimento do seu processo de aprendizagem durante esse período pré-menstrual, nesse ponto, ressalta-se a importância do conhecimento de tal transtorno na esfera educacional, pois é preciso que exista uma reflexão sobre as tomadas de decisões nessa situação, pois, quando se

está nesse período, as meninas tendem a faltar as aulas, por sentir uma necessidade de estarem em casa e dependendo do quadro, podem apresentar muita sonolência, o que certamente pode comprometer seu rendimento escolar.

## CONTEXTO DO TRABALHO

A literatura aponta que quando que o TDPM provoca uma diminuição de interesse da realização das atividades habituais, com isso, a pessoa passa a se sentir sobrecarregada e indisposta o que afeta a sua produtividade na esfera de trabalho, podendo gerar conflitos de relacionamentos interpessoais com os colegas de trabalho e podendo comprometer até o trabalho em equipe e o clima organizacional. Nesse norte, percebe-se que algumas empresas priorizam a contratação de funcionários do sexo masculino para o executar de determinadas tarefas, considerando o prejuízo que a empresa pode vim a sofrer com absenteísmo ao trabalho e perda de tempo com resoluções de conflitos oriundos de tal transtorno. Por isso a importância que os Recursos Humanos esteja atento ao profissional em todo o seu contexto, social, biológico e psicológico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar em ciência é falar sobre contextos históricos, bem como, a influência da cultura ao longo do tempo para a classificação do que seria doença mental. O presente trabalho explanou sobre o Transtorno Disfórico Pré Menstruais e suas interfaces biopsicossociais, entendendo o indivíduo como um ser com diferentes facetas que precisam estar em equilíbrio para o seu bem estar, entendo a saúde não como ausência de doença, mas como algo que pode comprometer a esfera social, da família, da escola e do trabalho.

Mediante essa problemática apresentada nos diferentes contextos da vida da mulher, e a falta de compreensão, inclusive nos membros da própria família. Por isso a importância da empatia, que é um conceito psicológica que envolve a capacidade de estar centrado na outra pessoa e entender a sua necessidade. Vivenciamos a era das relações líquidas, a rotina frenéticas das pessoas impedem que percebem a necessidade do outro, por estarem mais preocupadas consigo mesmas.

Ressalta-se a importância do conhecimento sobre esse transtorno que possui como comorbidade principal a depressão maior, podendo gerar uma crise existencial e colocar em risco a própria vida do indivíduo. Nesse norte, se o indivíduo for capaz de observar sua situação, sentir o que se passa dentro dele e com isso identificar suas necessidades, será capaz de buscar

ajuda para que sua necessidade seja atendida e que ele receba tratamento adequado, bem como, consiga ser empático consigo mesmo para saber lidar com a sua situação, mesmo quando no seu ambiente as pessoas não o compreendam.

Esse artigo traz a importância de que todas as esferas sociais tenham um conhecimento sobre tal transtorno a fim de cooperar com a minimização dos problemas que podem surgir devido a falha de comunicação e compreensão no tocante a essa temática. A guisa de conclusão, percebeu-se um avanço histórico das mulheres que eram vistas pelo critério do útero regulador da saúde mental e que diante do sofrimento e os prejuízos apresentados pelas pacientes com TDPM, existe a importância de poder fazer um diagnóstico preciso e que indique o tratamento mais adequado para cada mulher, bem como para a sua promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

BERMAN S. M. et al. **Elevated gray matter volume of the emotional cerebellum in women with premenstrual dysphoric disorder**. Journal of Affective Disorders. 2013; 146:266-271.

DEMARQUE, R; RENNÓ J. R; RIBEIRO H.L. Associação Brasileira de Psiquiatria: Transtorno disfórico pré-menstrual: um breve panorama. **Revista de Psiquiatria**, Set/Out 2013. Disponível em: <[http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_17.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_17.pdf)>. Acesso em 21 de maio de 2016.

DIEGOLI M. S C; DEMARQUE R, BOGAR M. **Transtorno Disfórico Pré-Menstrual: Abordagem Conjunta da Ginecologia e Psiquiatria**, em: Rennó Jr J, Ribeiro H L. Tratado de saúde mental da mulher. São Paulo, Atheneu, 2012, 163-174.

FERREIRA, Antonio. *Luz verdadeira e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa, José Felipe, 1757, p. 298.

FRAYZE, P., João. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985, 108 p. (Coleção Primeiros Passos vol. 18) FICHAMENTO DO LIVRO Abril de 2007.

HALBREICH, U. **The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes**. *Psychoneuroendocrinology*. 2003;28 :55-99.

HENRIQUES, Francisco da Fonseca. *Âncora Medicinal para conservar a vida com saúde*. Lisboa, Miguel Rodrigues, 1731, p. 504.

INOUE Y, et al. **Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: findings from neuroendocrine challenge tests**. *Psychopharmacology*, 2007;190: 213–9.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica** (5a ed.). São Paulo: Atlas, 2003.

PELISOLI, Cátula; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. As Contribuições da Psicologia para o Sistema de Justiça em Situações de Abuso Sexual. *Psicol cienc. prof. Brasília*, v. 34, n. 4, p. 916-930, dezembro de 2014.

PRIORE, M. D. V. **Viagem pelo imaginário do interior feminino**, *Revista Brasileira de História*, vol.19 n.37, São Paulo, 1999.

VALADARES, G. C., et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Revista de psiquiatria clínica*, v. 33, n 3, São Paulo, 2006.

VIGOD S. N, et al. **Approach to Premenstrual Dysphoria for the Mental Health Practitioner**. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33: 257-72.