

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GERÊNCIA EM SAÚDE  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Morgana Pereira Soares

A INFLUÊNCIA DA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL (TPM) NA VIDA SOCIAL DA  
MULHER

Rio de Janeiro,  
2013

Morgana Pereira Soares

A INFLUÊNCIA DA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL (TPM) NA VIDA SOCIAL DA  
MULHER

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Orientadora: Ray Luiza Soares Salgado Müller

Rio de Janeiro,  
2013

Morgana Pereira Soares

A INFLUÊNCIA DA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL ( TPM ) NA VIDA SOCIAL DA  
MULHER

Trabalho de Conclusão do Curso  
apresentado à Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio como requisito  
parcial para a aprovação no curso  
técnico de nível médio em saúde com  
habilitação em Gerência em Saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

(Augusto Cesar Rosito Ferreira - EPSJV)

---

(Maria Luiza Silva Cunha - EPSJV)

---

(Ray Luiza Soares Salgado Müller - EPSJV)

*Dedico este Trabalho aos  
meus pais, Carmen e Gilvan;  
ao meu padrinho Marcelo;  
e ao meu sobrinho (a),  
que está chegando.*

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer aos meus pais, ao meu irmão, aos meus avós, aos meus tios e tias, aos meus primos, enfim, à toda minha família, que sempre me apoiou nas minhas decisões, independente de quais foram elas.

Ao meu padrinho, Marcelo, que infelizmente não pode presenciar este momento, mas sei que está muito feliz por mim.

À minha amiga Olga Martins que foi a pessoa que mais se importou e mais cuidou de mim na escola. Amizade assim é muito rara, tenho certeza que durará por anos e anos.

Aos meus amigos Daniel Máximo e Rahmon Nunes que apesar de sofrerem junto comigo, sempre fizeram meus dias mais felizes.

Aos meus amigos Leonardo Casali e Isabella Viard que mesmo não tendo terminado a caminhada no mesmo momento que eu, permaneceram comigo.

Aos meus outros amigos, principalmente aos meus colegas de classe, que muitas vezes me ajudaram, e passaram por situações complicadas junto comigo, sem eles dificilmente eu conseguiria passar por tudo isso.

À minha orientadora, Ray Luiza, que sempre me recebeu muito bem e me auxiliava sempre que eu procurava por ajuda.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o processo de elaboração deste trabalho.

## RESUMO

Com a mudança das funções da mulher na sociedade, foi preciso atentar-se mais para a saúde dela. Nesse sentido é importante ater-se as especificidades da mulher. Uma das síndromes mais comuns entre as mulheres é a TPM, que pode prejudicar a mulher em diferentes contextos da vida social dela. No trabalho procurou-se analisar como a TPM pode interferir negativamente na saúde e na vida social da mulher, apresentando os riscos e propondo o tratamento. Deste modo, o método utilizado para a elaboração do trabalho foi a revisão de literatura. O material bibliográfico foi obtido através de *sites* científicos, revistas eletrônicas e livros, que tratem do assunto. Partindo daí, pode-se verificar que a TPM existe, influencia negativamente na saúde, no bem-estar e na vida social da mulher, e que existem diversas práticas que podem amenizar os sintomas da síndrome, facilitando a vida das mulheres que são portadoras da síndrome. Assim, pode-se concluir que o tratamento é importante e que ele é um direito da mulher, já que ele pode significar o total bem-estar que compõe o conceito ampliado de saúde.

Palavras-Chave: TPM; saúde da mulher; promoção da saúde; Tensão Pré-Menstrual; SPM.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>10</b>
<b>3 TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL NA SAÚDE DA MULHER.....</b>	<b>15</b>
3.1 O CICLO MENSTRUAL.....	16
3.2 A FLUTUAÇÃO HORMONAL E A TPM.....	19
3.3 ASPECTOS JURÍDICOS DO TDPM.....	20
<b>4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....</b>	<b>22</b>
4.1 TIPOS DE TRATAMENTOS PARA A TPM E O TDPM.....	23
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Até o século XX, devido a organização da sociedade, eram designadas à mulher as responsabilidades de cuidar da casa, dos filhos e do marido. No século XX, com a grande industrialização dos países, ocorreu a entrada da mulher no mercado de trabalho. Isso resultou numa grande mudança na inserção da mulher na sociedade.

Desde que a mulher entrou no mercado de trabalho, ela passou a desempenhar, além da função de dona de casa e mãe, as atividades relativas ao trabalho. A partir daí, tornou-se necessário criar políticas públicas que atendessem às novas necessidades das mulheres e que eram específicas delas. A Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em Adelaide, foi muito importante nesse sentido. Ela teve como um dos campos de atuação a saúde da mulher, e foi a partir dela que políticas públicas destinadas às mulheres começaram a ser implantadas.

Com esta Conferência pretende-se que os países comecem a desenvolver políticas públicas saudáveis dirigidas às mulheres, a nível nacional, em que as agendas de saúde, definidas por elas, sejam consideradas prioritárias e incluam as seguintes propostas:

- igual repartição do trabalho na prestação de cuidados, desempenhados na comunidade;
- práticas de nascimento baseadas nas necessidades e preferências das mulheres;
- mecanismos de apoio ao trabalho de cuidar, nomeadamente às mães, com filhos pequenos, licenças parentais e licenças para prestação de cuidados de saúde a dependentes (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988).

Além do apoio à gestação e ao nascimento, essas propostas sugeriam o parto mais humanizado, considerando as preferências e necessidades da gestante, a repartição da prestação de cuidado de filhos pequenos entre homens e mulheres. Isso contribuiu para que a mulher pudesse desempenhar-se melhor no seu ambiente de trabalho, visto que ficaria menos sobrecarregada com suas funções dentro de casa, e também contribuiu para a diminuição do preconceito com as mulheres que exercem funções consideradas masculinas. Mas, agora, além de trabalhar fora, as mulheres continuam desempenhando o trabalho doméstico na casa. Pode-se perceber que a mulher moderna tem uma sobrecarga de trabalho muito grande, o que pode afetar a sua saúde. "As mulheres (...) argumentam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduzem também em problemas de saúde que afetam particularmente a população feminina" (PNAISM, 2007, pg. 25).

A Declaração de Adelaide pretende que os países criem políticas públicas saudáveis para as mulheres. Isso implica na prevenção e tratamento de doenças que tem uma grande frequência.

A TPM é uma dessas doenças. Ela é um estado que atinge milhões de mulheres no mundo, e uma de suas singularidades é que mesmo apresentando um grande número de portadoras, não há cura para ela (FERREIRA, 2011).

Mas a TPM pode ser tratada. Estudos mostram que existem métodos que podem amenizar sua intensidade. Dentre os métodos e práticas que podem influenciar na TPM estão: a mudança dos hábitos alimentares, a prática de esportes, o uso de pílulas contraceptivas, técnicas de relaxamento, e nos casos mais graves o uso de medicamentos mais específicos (TEIXEIRA, 2010).

A TPM é uma síndrome que atinge grande parte da população feminina, influencia na vida da mulher e tem tratamento. Então, por que esse tratamento não é oferecido pelo sistema público de saúde, se ele pode acarretar na melhora da condição de vida dessas mulheres?

Estando sob o efeito da TPM, a mulher se torna muito instável, podendo ter fortes variações de humor e apetite, irritabilidade, depressão, baixa auto-estima, ansiedade e tensão. A manifestação desses sintomas pode prejudicar a portadora da síndrome em diversas situações.

Este trabalho tem relevância a partir do momento em que a síndrome abordada interfere na vida e nas relações das mulheres que são portadoras dela, e a partir do momento em que essa síndrome impede que estas mulheres alcancem o total bem-estar que define o conceito de saúde<sup>1</sup>. Além disso, é muito importante que se trate da saúde da mulher sobretudo em um mundo onde seu papel vem se sobressaindo cada vez mais, com o aumento crescente de sua participação no mercado de trabalho. E ainda deve-se considerar que por terem estruturas anatômicas e fisiológicas diferentes daquelas que os homens possuem, é importante que as especificidades das mulheres sejam consideradas ao se tratar de sua saúde, pois, exatamente por serem diferentes, as mulheres são atingidas por patologias que não atingem os homens.

---

<sup>1</sup> "Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade." Fonte: OMS (1948)

O trabalho pretende analisar a TPM e a sua influência na saúde e na vida social da mulher. Para fazê-lo é necessário: enfatizar a questão da TPM como problema de saúde pública, concernente com o ideário de Promoção da Saúde; descrever os aspectos fisiológicos da TPM; apresentar os riscos implicados na falta de tratamento da TPM; e apresentar os tratamentos propostos.

O trabalho foi realizado através de revisão de literatura. Para a elaboração da monografia foram utilizados artigos que abordem a TPM e sua influência socialmente ou na saúde da mulher. Estes artigos foram obtidos através de *sites* científicos e bibliotecas. Além disso, foi consultada bibliografia que aborde o ciclo sexual feminino e políticas públicas de saúde que discorram sobre a saúde da mulher, dentre elas a Carta de Adelaide.

## **2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA DA SAÚDE DA MULHER**

Com o advento do Movimento de Promoção da Saúde, o conceito de saúde passou a ser muito discutido. Este é um termo que pode ser interpretado de duas maneiras: como simplesmente sendo o oposto de doença, o estado em que o indivíduo não apresenta nenhuma enfermidade, ou relacionando-se também a outros fatores que fazem parte da vida do indivíduo.

Assim, o conceito de saúde foi ampliado, pois o anterior não dava conta dos ensejos do Movimento de Promoção da Saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade" (OMS, 1948, apud Müller, 2012).

Os indicadores de saúde demonstram que estão mais vulneráveis, e vivem menos, as populações expostas às precárias condições de vida (BRASIL, 2004). O movimento de Promoção da Saúde procura eliminar qualquer tipo de empecilho que possa interferir negativamente no bem-estar da pessoa e nisto inclui-se aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. Segundo Sigerist (1946, apud Buss 2003) a saúde é promovida quando se proporciona condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso.

Para que esse objetivo seja alcançado é necessária uma ação intersetorial que tenha participação do Estado, da comunidade, do indivíduo e do sistema de saúde, que vise uma melhor qualidade de vida e que enfrente não só a doença, mas também problemas sociais e econômicos (BUSS, 2003).

Buss (2003) também afirma que a promoção da saúde é a estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis). A partir daí, é possível perceber que as escolhas pessoais também influenciam na saúde do indivíduo. Por isso é importante ter hábitos saudáveis.

As desigualdades sociais, econômicas e culturais influenciam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o exercício da cidadania na promoção da saúde implica estabelecer os limites entre o que é responsabilidade do Estado e responsabilidade dos cidadãos e cidadãs em relação ao seu próprio bem-estar (RABELLO, 2010).

Então, dentro dos propósitos da promoção da saúde, o ideal seria que tanto o Estado, como a comunidade e o indivíduo (com relação ao seu estilo de vida) contribuíssem com seus conhecimentos para que estratégias eficientes sejam elaboradas, como explica Buss (2000, p.15):

partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

Com a finalidade de que o Movimento de Promoção da Saúde fosse difundido por todo o mundo, foram feitas conferências, onde representantes de todas as partes do mundo se reuniram para discutir políticas públicas saudáveis sobre um tema específico. Ao final das conferências foram elaborados documentos (conhecidos como cartas, ou declarações) que continham metas a serem cumpridas pelos países participantes.

A Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde ocorreu em Adelaide, na Austrália, no mês de Abril de 1988, teve como tema "Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis" e nela foi discutida e produzida a Declaração de Adelaide.

Essa conferência tinha como objetivo fazer com que os países criassem políticas públicas saudáveis, que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade<sup>2</sup>, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população (WHO, 1988, apud BUSS, 2000).

Essa declaração responsabilizava o setor público, não só pelas políticas sociais que formula e implementa (ou pelas consequências quando deixa de fazê-lo), como também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e o sistema de saúde (BUSS, 2000).

Além disso, ela também aconselhava aos países desenvolvidos a assegurarem que suas próprias políticas públicas resultassem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento, já que as primeiras tinham um nível de saúde bem superior ao das últimas (BUSS, 2000).

---

<sup>2</sup> Equidade é um conceito que é relacionado à igualdade. Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços. Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas. Sendo assim, o princípio de equidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea. Se o sistema de saúde oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades.

Fonte: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>. Acesso em: 30/10/2013.

A Conferência de Adelaide foi uma conferência que teve como base o princípio da equidade. Uma das quatro áreas de atuação propostas na Declaração de Adelaide foi a área de saúde da mulher, sendo as outras alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde.

Considerado que o próprio conceito de saúde varia, o conceito de saúde da mulher também apresenta várias definições. As visões mais restritas abordam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino e as amplas interagem com dimensões dos direitos humanos e questões relacionadas à cidadania (COELHO, 2003, apud BRASIL, 2004).

Através do princípio da equidade a Declaração de Adelaide pretende amenizar as diferenças entre gêneros, propondo a igualdade de direitos trabalhistas e a atenção às especificidades femininas, como direito a acompanhar filhos doentes e licença maternidade. Gênero, neste sentido, se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher (HERA, 1995, apud BRASIL, 2004).

A discriminação nas relações de trabalho fora de casa, e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico em casa, agravam os problemas de saúde das mulheres (BRASIL, 2011). Além disso, o relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

As desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduzem também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina (BRASIL, 2004). Por isso, as questões de gênero devem ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2011), porque da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de riscos, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2004).

A partir daí, torna-se necessária a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde que tem como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2004).

Partindo desse pressuposto, entende-se que é importante ter um cuidado especial com relação à mulher, já que ela apresenta necessidades que os homens não apresentam, e, historicamente, são discriminadas na sociedade, com sobrecarga de funções e remuneração inadequada. A Declaração de Adelaide representou um grande avanço em direção à saúde da mulher, foi a partir dela que começou a haver uma maior preocupação com a criação de políticas públicas mais humanizadas com foco nas mulheres. A partir dessa Conferência que se passou a criar políticas públicas que visassem à saúde da mulher como um todo em muitos países.

No Brasil, as primeiras políticas públicas destinadas à saúde da mulher foram implantadas no início do século XX, mas tinham uma visão muito restritiva sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e de dona de casa, englobando, assim, apenas as demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2007).

Esses programas eram caracterizados pela falta de integração com outros programas e ações propostos pelo Governo Federal. Além disso, as metas eram definidas sem uma avaliação das necessidades de saúde das populações locais. A junção desses dois aspectos resultava num baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2007).

O movimento feminista brasileiro criticava vigorosamente esses programas pela visão reducionista com que eles tratavam as mulheres, que só tinham acesso a cuidados de saúde na gravidez e no parto e ficavam com assistência insuficiente na maior parte da vida. Sendo assim, as mulheres reivindicavam assistência integral à saúde, considerando as suas especificidades de mulher, com necessidades que extrapolam a gestação e o parto. Elas solicitavam ações que lhes proporcionassem melhores condições de saúde durante todos os ciclos de vida (BRASIL, 2007).

Em 1984, o Ministério da Saúde atendeu às reivindicações do movimento e elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), onde se rompeu com os princípios norteadores de saúde das mulheres vigentes até então, e onde, finalmente, os princípios da Promoção da Saúde foram implantados na saúde da mulher no Brasil (BRASIL, 2007).

O PAISM incorporou as propostas do Movimento da Reforma Sanitária<sup>3</sup>, proporcionando, assim, uma melhor qualidade de vida para as mulheres. Esse movimento foi um ator político essencial para a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), que surge como um modelo inovador que tem como princípios a integralidade e a equidade da atenção primária. Além disso, na legislação básica que institui e regulamenta o SUS se colocam as ações e serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2007).

---

<sup>3</sup> O Movimento de Reforma Sanitária pretendia reverter o quadro de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde. O Movimento tinha como reivindicações: a saúde como direito de todo cidadão, garantia do acesso da população às ações preventivas e curativas, descentralização da gestão e controle social das ações de saúde. Esse movimento colaborou muito na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), único e atual sistema de saúde do Brasil.  
Fonte: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>. Acesso em: 30/10/2013.

### 3 TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL NA SAÚDE DA MULHER

A Tensão Pré-Menstrual (TPM) ou Síndrome Pré-Menstrual (SPM) é uma importante síndrome a ser tratada para que a saúde da mulher seja efetivamente alcançada.

Milhões de mulheres no mundo sofrem com a TPM, que é definida por um conjunto de fatores físicos e psíquicos que afetam as mulheres, fatores estes que podem mudar o seu modo de se portar perante a sociedade por um certo período de tempo que corresponde a, aproximadamente, de duas semanas anteriores até a menstruação em si.

Os sintomas se repetem mensalmente e variam de mulher para mulher. Dentre eles estão dor de cabeça, agressividade, alterações de humor, impulsividade, ansiedade e tensão (NEWS.MED.BR, 2008). O sintoma e a intensidade podem variar de acordo com o ciclo menstrual.

Apesar de a TPM atingir um grande número de mulheres, não há uma cura para ela. Além disso, não é possível saber quais serão os sintomas e a intensidade desses sintomas nas portadoras da síndrome, pois cada mulher reage de um modo diferente à TPM.

A TPM é interpretada de diferentes modos de acordo com a cultura que a está descrevendo. Na medicina chinesa, a tensão emocional é considerada a maior causa de TPM. Eles tratam a TPM basicamente com sessões de acupuntura, o que tem se mostrado bastante eficiente. Nessa cultura sentimentos como a raiva, a frustração e o ressentimento, a longo prazo, podem causar Estagnação de Qi (energia vital) do Fígado. Nascimento; Juliani; Santos p.1117 (2012) explicam:

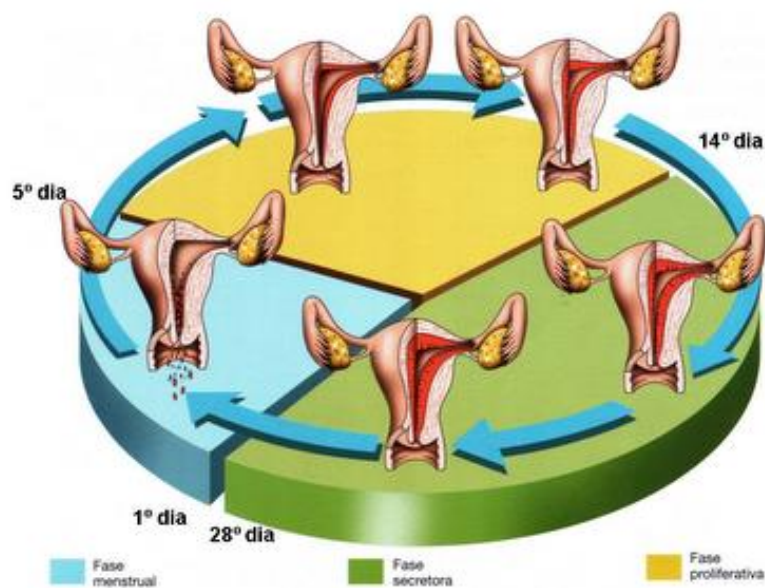
Com esse embasamento da medicina chinesa, preconiza-se que o Yang [quente] do Fígado precisa de Yin [frio], de sangue e de Qi do Baço e do Rim suficientes para se manter na parte inferior do Corpo e de forma estável, para então ser capaz de realizar adequadamente sua função de manter o fluxo livre do Qi do Fígado, tão necessário na menstruação. Se um dos quatro fatores de controle se tornar Hiperativo e pode subir pelo corpo, manifestando-se em forma de dor de cabeça, tontura, irritabilidade e alterações de humor.

No entanto, a corrente de pensamento que vai ser seguida ao longo deste trabalho é a da medicina ocidental, que é a mais difundida no Brasil. De acordo com essa corrente, a síndrome é causada por flutuações dos hormônios ovarianos durante o ciclo menstrual feminino. Isso torna a TPM uma síndrome ainda mais peculiar, pois ela é causada por um processo natural que compõe uma grande parte da vida da mulher.

### 3.1 - O CICLO MENSTRUAL

O ciclo menstrual ocorre em aproximadamente 28 dias, sendo 5 deles a fase menstrual, 11 a fase proliferativa e 12 deles a fase secretora. Na fase menstrual ocorre a descamação do endométrio, seus fragmentos e pequena quantidade de sangue originam o fluxo menstrual, que é eliminado pela vagina. Na fase proliferativa as células do endométrio voltam a se multiplicar e regeneram-no. Na fase secretora ocorre a ovulação e o útero se prepara para receber o embrião, caso isso não ocorra o ciclo se reinicia.

O ciclo menstrual é resumido na figura a seguir:



Fonte: <http://henriquetmartinho.blogspot.com.br>. Acesso em 08/01/2014.

O ciclo menstrual feminino acontece devido à oscilação da quantidade dos hormônios femininos. Essa oscilação causa a alteração da função ovariana, que se repete mensalmente, compondo o ciclo.

A hipófise anterior secreta dois tipos de hormônio: o hormônio folículo estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH). O FSH tem como função provocar o crescimento dos folículos e a produção de estrogênio nos ovários. Baixas taxas de FSH estimulam a produção de estrogênio, enquanto altas taxas a inibem. O LH tem como função promover a secreção de estrogênio e progesterona, além da ruptura do folículo, ocasionando a liberação do óvulo, na mulher (CANALI; KRUEL, 2001).

O ovário secreta dois tipos de grupos de hormônios: os progestagênios, composto por progesterona e 17-hidroxiprogesterona, e os estrogênios, composto por estradiol, estrona e estriol (CANALI; KRUEL, 2001). Os progestagênios são esteroides sexuais femininos produzidos pelo corpo lúteo menstrual durante a fase secretora ou, caso haja a fecundação, até cerca de oito semanas de gestação. Eles apresentam várias funções como preparação do endométrio para recepção e implantação do zigoto, produção do leite durante o aleitamento e equilíbrio da predominância estrogênica, mostrando-se, ainda, fundamental na prevenção dos sintomas mais comuns da TPM (WOLFF et al., 2012). Os estrogênios estimulam a deposição de gordura corporal, como forma de preparar o corpo da mãe para a gravidez, e estimula o desenvolvimento de características sexuais femininas. Sua regulação é relacionada com o FSH e com o LH (CANALI; KRUEL, 2001).

No início do ciclo, a hipófise libera o FSH em maior quantidade que o LH. O FSH estimula a proliferação de folículos primários, acarretando na proliferação de células foliculares, as quais secretam estrogênios. Esses efeitos provocados pelo FSH provocam o crescimento de múltiplos folículos vesiculares. O estrogênio promove a proliferação de algumas células, o que acarreta o aumento da espessura do endométrio (revestimento interno do útero). As células epiteliais do endométrio triplicam seu número. Essa fase é conhecida como fase proliferativa do desenvolvimento endometrial e dura cerca de 11 dias após o término da menstruação. (GUYTON, 1988)

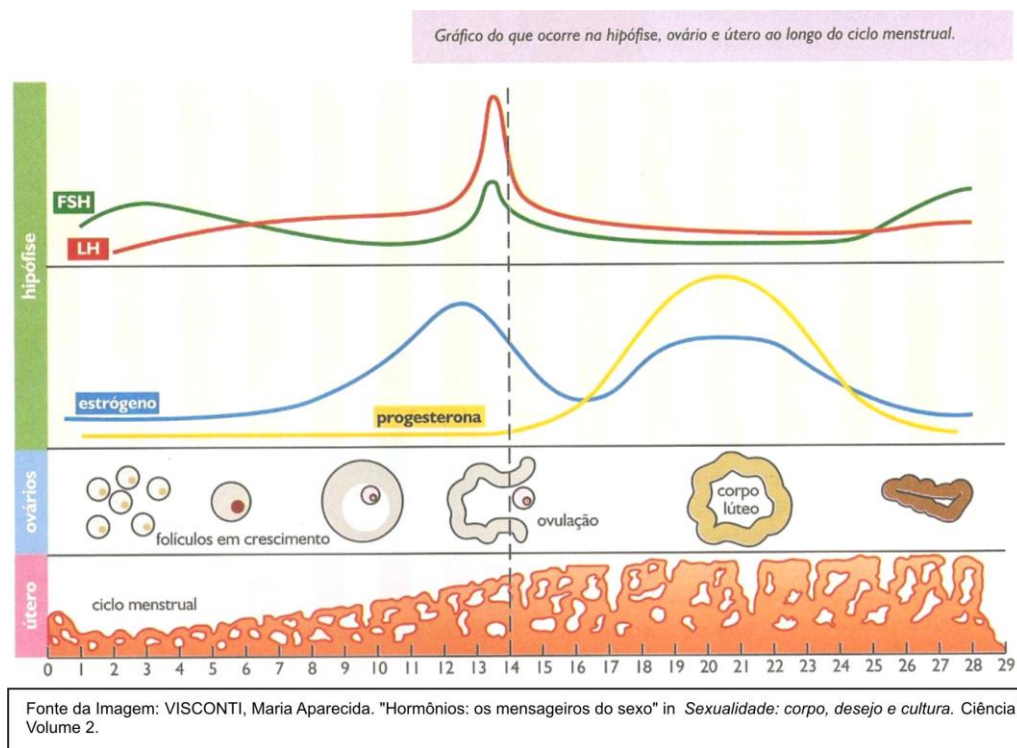
Neste momento o estrogênio exerce o efeito de feedback negativo na hipófise anterior, inibindo a secreção de FSH, mas também o efeito de feedback positivo estimulando a produção de LH. Deste modo, a liberação de LH pela hipófise excede a liberação de FSH. O LH promove o crescimento do folículo, até que o folículo cresça tanto que ovule, expelindo óvulo. A partir daí o LH transforma as células foliculares em corpo lúteo, que secreta, além do estrogênio, a progesterona.

A progesterona provoca um maior espessamento do endométrio e torna disponíveis os nutrientes necessários para o desenvolvimento do embrião. Essa fase é conhecida como fase secretora do ciclo endometrial e dura cerca de 12 dias após a fase proliferativa. (GUYTON, 1988)

Sendo assim, se um óvulo é fertilizado e começa a se multiplicar, a gravidez se inicia. Mas se o óvulo não for fecundado, o corpo lúteo involui, deste modo a produção de estrogênio e progesterona cai a níveis muito baixos. Com isso o fluxo sanguíneo não chega na superfície do endométrio, o que provoca a morte do tecido epitelial. Esse tecido é descamado para a cavidade uterina, ocorrendo a perda de sangue pela parede endometrial. Esse processo é a menstruação e ocorre por um período de 3 a 5 dias.

Com o baixo nível de estrogênio, a hipófise anterior fica livre para liberar FSH, que estimula a proliferação de estrogênio, e assim recomeça o ciclo menstrual.

No gráfico a seguir, pode-se observar melhor como as flutuações hormonais e o desenvolvimento dos folículos se dão:



Fonte: <http://crv.educacao.mg.gov.br>. Acesso em 03/12/2013.

### 3.2 A FLUTUAÇÃO HORMONAL E A TPM

Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2011), a instabilidade desses hormônios influencia na liberação de alguns neurotransmissores. Destes, o mais importante é a serotonina, que é um neurotransmissor responsável pela regulação do humor e, quando a menstruação se aproxima, a produção desse neurotransmissor e dos hormônios ovarianos cai, e a mulher torna-se instável. Além do humor, a serotonina controla a ansiedade e regula o apetite, o sono e a excitação. Conclui-se, então, que a instabilidade dos hormônios na fase pré-menstrual afeta o comportamento e as emoções das mulheres que sofrem com essa síndrome, o que pode prejudicar muito sua vida social.

Quando as mulheres têm sintomas afetivos muito severos são classificadas como apresentando Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), que está incluído nos Transtornos Depressivos sem Outra Especificação na quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM. IV) da Associação Psiquiátrica Americana (MARIANO, 2012).

Designa-se como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) um transtorno variante da TPM, mais severa ou mais extrema (VALADARES et al., 2006), com sintomas que incluem depressão, baixa auto-estima, dificuldade de concentração e irritabilidade e que é grave o suficiente para interferir em alguns aspectos da vida social da mulher (NEWS.MED.BR, 2008).

A sintomatologia do TDPM pode se dar em quatro grupos, os quais podem se manifestar isoladamente ou combinados variando de mulher pra mulher: 1) com predomínio de ansiedade e agressividade; 2) com predomínio de alterações afetivas, notadamente sintomas depressivos; 3) com predomínio de queixas físicas resultantes de acúmulo e retenção de líquidos; 4) com predomínio de alterações alimentares, desde anorexia ou bulimia, ou mesmo alterações do apetite seletivo, como por exemplo, vontade de consumir doces (BALLONE, 2010).

O TDPM é tão agressivo que o tratamento é recomendado pelos especialistas no assunto, pois o transtorno interfere na habilidade da mulher de conviver socialmente ou no trabalho. O suicídio de mulheres com TDPM tem suas taxas mais altas na fase lútea do ciclo sexual, período onde ocorrem as variações de humor (VALADARES et al., 2006).

### 3.3 ASPECTOS JURÍDICOS DO TDPM

Devido à gravidade do TDPM, em alguns lugares do mundo existe uma legislação específica para casos em que ele esteja presente. A justiça do Reino Unido reconhece o período do transtorno como sendo de "insanidade temporária". Em outros países europeus, como a França, é possível também pleitear a redução da pena, quando se comprova que a mulher cometeu o crime durante o TDPM (ROCHA, 2000).

Aqui no Brasil o projeto de Lei da Deputada Iara Bernardi, proposto sob o nº 17/2003, trata sobre a garantia de atendimento especializado às mulheres acometidas da síndrome. Mas muitos autores estão pensando na atenuação da pena para portadoras da síndrome, visto que mulheres no estado puerperal<sup>4</sup> já têm suas penas atenuadas e que tanto a TPM quanto o estado puerperal tem as mesmas causas, efeitos parecidos e acometem exclusivamente as mulheres.

O advogado João Carlos Rocha (2000, p.46) explica:

De fato, o parágrafo único do artigo 26 do Código Penal, em vigor desde 1940, possibilita a redução da pena de um terço a dois terços, no tribunal do júri, uma vez comprovado que no momento do delito a pessoa, mulher ou homem, não estava em condições de discernir o que é legal ou não. Se durante a T.P.M. a mulher tem sua capacidade de entendimento diminuída, e isso for comprovado e aceito pelo júri, ela pode ter sua pena reduzida - o que não significa, porém, ganhar total liberdade. 'Quem tem a pena reduzida com base neste artigo é encaminhado para tratamento psiquiátrico', explica D'Urso.

Deste modo, considerando o conceito ampliado de saúde da OMS, pode-se afirmar que uma mulher portadora da síndrome não está em boas condições de saúde, já que, quando está no período da TPM a mulher não alcança o completo bem-estar físico, mental e social, podendo, também, causar danos a outras pessoas.

É importante frisar que, uma vez que sejam protegidas pela lei por ter a capacidade de controle diminuída, as portadoras da síndrome devem ser privadas de outras responsabilidades também, pelo mesmo motivo.

---

<sup>4</sup> O estado puerperal seria uma perturbação mental da parturiente, (...) que acarreta alterações (...), que permitem a abolição da capacidade de se conduzir ou se controlar diante do fato adverso. Este estado pode basear-se em dois motivos, são eles: psicológico que visa ocultar a desonra proveniente de uma gravidez ilegítima (...) e o físico-psíquico (...), que são alterações emocionais, cognitivas, comportamentais gerados pelos desgastes físicos causados pelo parto, ou seja, dores, sangramentos, medo, fadiga, súbita queda de níveis hormonais, alterações bioquímicas no sistema nervoso central. Fonte: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1809/1717>, acesso em 03/12/2013.

Assim, pode-se perceber que a TPM é um problema de saúde pública, já que acomete parte da população feminina e além de causar um mal-estar à portadora, ainda pode causar um mal à sociedade.

As mulheres que sofrem com esse transtorno têm suas vidas desestabilizadas durante uma a duas semanas de cada mês, deste modo "esse sofrimento constitui um problema de saúde pública, com consequências importantes nas áreas pessoal, econômica e de equidade para as mulheres afetadas e para a sociedade" (VALADARES et al., 2006).

Por isso o tratamento é tão importante e defendemos que ele deve ser disponibilizado no serviço público de saúde. No Brasil, já há avanços neste aspecto. A lei nº 2.330 de 26 de fevereiro de 1999<sup>5</sup> assegura às portadoras da síndrome atendimento especializado na rede pública de saúde, porém apenas no Distrito Federal.

---

<sup>5</sup> Fonte: [http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id\\_norma\\_consolidado=50288](http://www.sinj.df.gov.br/SINJ/Arquivo.ashx?id_norma_consolidado=50288), acesso em 02/12/2013.

## 4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Como foi visto anteriormente as consequências advindas da TPM podem ser graves, por isso o tratamento é recomendado. Deste modo é importante que o diagnóstico seja feito corretamente.

Não existe um teste ou exame definitivo para o diagnóstico da síndrome. No caso da TPM, para o diagnóstico ser feito, geralmente é solicitado que a paciente escreva um diário, durante alguns ciclos menstruais, onde contenha informações como: quais são os sintomas que ela sente em cada dia, quando os sintomas começam a aparecer, quando eles desaparecem, além de quando começa e termina seu ciclo menstrual.

Geralmente os critérios utilizados para que uma mulher seja diagnosticada como portadora da síndrome são: a presença de um ou mais sintomas físicos e/ou emocionais durante os cinco dias anteriores à menstruação ou durante a fase lútea, apresentar esses sintomas por dois ou três ciclos consecutivos e os sintomas devem desaparecer com a chegada da menstruação (VALADARES et al., 2006).

Os critérios para diagnosticar o TDPM são os estabelecidos pelo Manual de Diagnósticos e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM IV). A paciente deverá neste caso também escrever um diário. É considerada portadora aquela cujos sintomas interferem nas atividades cotidianas, aquelas cujos sintomas não são exacerbação de outras doenças e que apresentem cinco dos sintomas a seguir, sendo que pelo menos um esteja entre os quatro primeiros:

- Humor deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos;
- Acentuada ansiedade, tensão, sentimento de estar com "nervos à flor da pele";
- Instabilidade afetiva acentuada;
- Raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou conflitos interpessoais aumentados;
- Diminuição do interesse pelas atividades habituais;
- Sentimento subjetivo de dificuldade em concentrar-se;
- Letargia, fadiga fácil ou acentuada, falta de energia;
- Acentuada alteração do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos;
- Hipersonia ou insônia;

- Sentimento subjetivo de descontrole emocional;
- Outros sintomas físicos, como sensibilidade ou inchaço das mamas, cefaleia, dor articular ou muscular, sensação de "inchaço geral" e ganho de peso (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia/Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

A fim de amenizar esses sintomas, o tratamento é recomendado. Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2011), para apresentar uma melhora perceptível, o tratamento deve ser feito de modo adequado ao grau de intensidade da síndrome da portadora, ou seja, de acordo com o resultado do diagnóstico. E também é necessário que se considere os efeitos adversos do tratamento, já que a TPM e o TDPM são crônicos.

Não existe um tratamento padrão. O tratamento é individualizado e é feito de acordo com os resultados apresentados durante o diagnóstico. Isso ocorre devido à variedade de sintomas que a mulher pode apresentar durante o período da síndrome. A primeira coisa a ser feita, ao começar o tratamento, é: conhecer os sintomas, em que período do ciclo menstrual eles começam e o que parece desencadeá-los (NEWS.MED.BR, 2008).

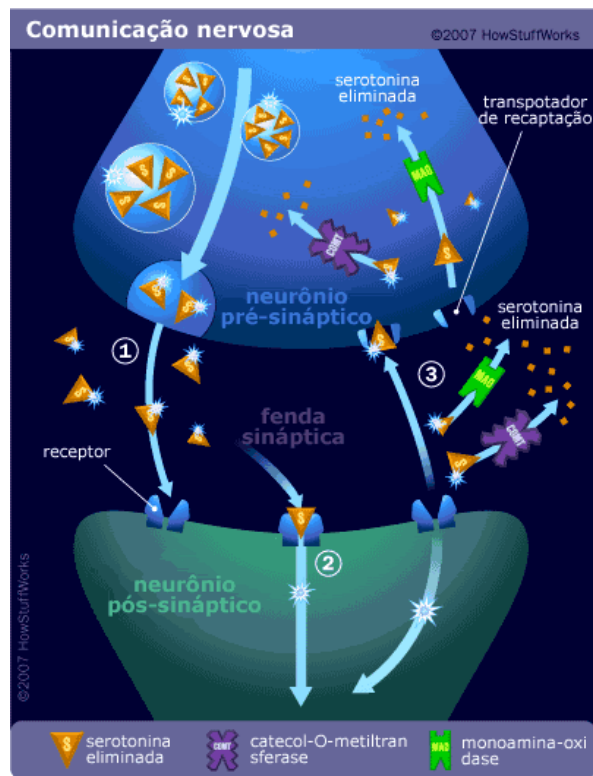
É possível controlar e reduzir os sintomas da síndrome fazendo uma alimentação adequada, praticando atividades físicas ou adaptando a sua rotina. Também pode ser feito o uso de medicamentos específicos, mas estes são mais recomendados para o TDPM.

#### **4.1 TIPOS DE TRATAMENTOS PARA A TPM E O TDPM**

O tratamento mais eficaz para a TPM é à base dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs). Mas os inibidores são destinados principalmente para as mulheres com maior prevalência de sintomas emocionais graves ou para portadoras do TDPM.

Os ISRSs inibem a recaptação da serotonina pelo neurônio pré-sináptico, aumentando a concentração extracelular desse neurotransmissor, deste modo o nível de serotonina disponível para se ligar ao receptor pós-sináptico aumenta. Assim, como a serotonina controla o humor, a mulher fica menos instável.

Pode-se entender melhor esse processo com o auxílio da imagem abaixo:



Fonte: <http://saude.hsw.uol.com.br/nervo5.htm>. Acesso em: 03/12/2013.

Existem vários tipos de ISRSs, e é a particularização dos sintomas da TPM que irá direcionar a escolha do inibidor adequado. Para cada conjunto de sintomas há um tipo de inibidor adequado.

Os ISRSs, geralmente são prescritos para serem usados diariamente, mas apresentam melhor perfil de efeitos colaterais quando usados apenas nos catorze dias que precedem a menstruação.

Outra alternativa no tratamento da TPM são os contraceptivos hormonais, pílulas que são tomadas diariamente a fim de evitar a gravidez. Estas pílulas contêm doses de hormônio que eliminam as flutuações hormonais, tornando o ciclo menstrual feminino estável.

Os contraceptivos hormonais atuam mais fortemente nos sintomas físicos. A dosagem e o intervalo de tempo em que as pílulas serão tomadas também são definidos de acordo com os sintomas sentidos pela mulher.

As pílulas devem ser usadas cuidadosamente, pois seu uso de modo inadequado pode intensificar ainda mais os sintomas da síndrome e do transtorno.

Ao mudar a alimentação se tem várias opções para amenizar tanto a síndrome como o transtorno. Pode-se procurar aumentar a concentração de vitamina B6, cálcio e magnésio, e a diminuir a concentração de sal no organismo.

A vitamina B6, por exemplo, pode amenizar vários sintomas da síndrome. Ela atua como coenzima na biossíntese da serotonina, aumentando sua concentração no organismo da mulher. Como a serotonina é o neurotransmissor que regula o humor, ingerindo as doses corretas de vitamina B6 por dia, a mulher tem menos variações de humor durante o período da TPM (FONSECA et al., 2000). E seu uso profilático pode ser utilizado contra a cefaleia também.

O magnésio (Mg) é um mineral importante na regulação do ciclo menstrual. Sua carência acarreta na deficiência de progesterona, o que contribui para o desequilíbrio hormonal, podendo agravar os sintomas sentidos pela mulher. Além disso, a deficiência de magnésio também prejudica a absorção de cálcio (Ca), o que poderia evitar a cólica menstrual (HAIAT, 200?).

É a carência de magnésio uma das responsáveis pela grande necessidade de doces por parte das mulheres no período que precede a menstruação. A redução de algumas vitaminas e minerais, sendo o magnésio um deles, no período pré-menstrual faz com que as mulheres busquem alimentos fontes destes nutrientes. A grande necessidade das mulheres consumirem chocolate nesse período evidencia a carência de magnésio no organismo (HAIAT, 200?). Peixes, leite, pão, batata e abacate são exemplos de alimentos ricos em magnésio.

O cálcio é outro nutriente que contribui na regulação do ciclo menstrual, devido ao fato de que ele controla as flutuações hormonais. Por isso quando ele está em baixas quantidades no organismo da mulher é possível notar que os sintomas da síndrome são agravados. Quando ingerido na quantidade diária correta, o cálcio pode agir benéficamente no humor, no comportamento, nas dores, em geral, e na retenção de água. O cálcio está presente no leite, nas laranjas, no espinafre, no feijão e nos brócolis.

Para evitar a retenção de líquidos e o inchaço vários métodos podem ser utilizados. Neste caso deve-se aumentar a ingestão de potássio (K), que é o responsável pela gestão interna de líquidos no organismo e diminui a retenção de líquidos e o inchaço causado por esta, e deve-se evitar a ingestão de sal, que estimula a retenção de líquidos e, conseqüentemente, o inchaço. Alguns exemplos de alimentos ricos em potássio são: banana, batata, ameixa, mamão e pêra.

Outro modo de amenizar a TPM além de utilizar medicamentos e a alimentação é a prática de exercícios. Os exercícios físicos liberam endorfina, que tem ação analgésica, aliviando a cólica. Além disso, mulheres que malham têm, normalmente, fluxo menstrual menor do que as sedentárias, diminuindo a probabilidade da mulher sentir os sintomas. Ioga, técnicas de relaxamento e alongamento também podem ser utilizados na prevenção da TPM (DIAS, 2011).

Assim como a dieta e os medicamentos, os exercícios também são recomendados de acordo com os sintomas sentidos pela mulher. Por exemplo, no caso de ansiedade são indicados ioga e alongamento. Para depressão são recomendadas atividades aeróbicas, dança ou lutas marciais. Já para inchaço são aconselhadas caminhada, natação e hidroginástica.

Deste modo, é possível perceber que combinando alguns desses métodos, a mulher pode ter um período pré-menstrual muito melhor sem os sintomas da síndrome ou do transtorno. Assim, entende-se que o tratamento é importante considerando-se que com ele as muitas mulheres que sofrem com a TPM e principalmente com o TDPM podem passar por este período mais facilmente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao não reconhecimento da TPM como doença, é muito frequente que o senso comum caracterize-a como melindre de mulher, como uma desculpa da qual elas se utilizam para justificar o mau humor e a irritabilidade. Pretendi buscar respostas em relação a TPM ser ou não uma "frescura", se ela realmente ocorre e como pode causar sérios prejuízos, para a saúde das mulheres que sofrem com a síndrome e também para as pessoas que estão ao redor delas.

O reconhecimento da TPM como doença é muito importante. Por ela não ser reconhecida como doença, há um preconceito muito grande em relação às mulheres que se assumem portadoras da síndrome. A partir daí, reconhecer-se portadora da síndrome, buscar o diagnóstico e procurar o tratamento se torna um fardo para a mulher. Deste modo, muitas não procuram o tratamento e permanecem caladas quanto a síndrome devido ao constrangimento. Entendendo-se que a TPM é uma condição que pode prejudicar as mulheres, é importante que o tratamento seja realizado, para que se assegure um estilo de vida melhor para a portadora e para todos ao redor dela. Assim, é muito importante difundir os conhecimentos sobre este transtorno, para que se possa diminuir o preconceito, que é um dos fatores que dificultam a procura do tratamento, e um passo em direção a isso seria o reconhecimento da síndrome como doença.

A TPM é uma das especificidades da mulher, e caso pretenda-se alcançar a saúde de todos, é importante deter-se nas singularidades dos grupos e procurar atendê-las da melhor maneira possível. Não se deve tratar pessoas com problemas diferentes do mesmo modo, pois elas exigem necessidades distintas. O sistema de saúde deve ser equitativo e colocar as pessoas num mesmo patamar de saúde. Assim, se as necessidades diferentes não forem consideradas, um grupo terá uma vida mais saudável que o outro. Partindo-se daí, entende-se que as relações de gênero devem ser consideradas nas políticas de saúde, já que mulheres e homens estão sujeitos a enfermidades diferentes.

Considerando-se isso, a não disponibilização do tratamento da TPM na rede pública de saúde, acaba por privar a mulher do seu bem-estar, resultando em uma queda na qualidade de vida, o que implicaria em prejuízos para a saúde, na perspectiva da Promoção. Isso infringe os direitos da mulher como cidadã, pois lhe nega um direito assegurado pela Constituição Federal. Deste modo, é possível afirmar que a TPM é um problema de saúde pública considerando o conceito ampliado de saúde e o Movimento

de Promoção da Saúde.

Além disso, como foi observado anteriormente, caso a mulher tenha uma TPM mais severa, a falta de tratamento põe em risco não só sua saúde, mas também a de outras pessoas próximas a ela.

Como foi demonstrado, muitas vezes o tratamento é simples, sem uso de medicamentos.

Sendo assim, considerando-se essa série de fatores, é importante que o tratamento da TPM seja oferecido no sistema público de saúde, já que a síndrome acomete grande parte da população feminina e não diz respeito apenas às portadoras, mas também à sociedade em geral.

## REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. **Transtorno Disfórico Pré-menstrual - TDPM**. PsiqWeb, 2010. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=143>>, acesso em 25/06/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **2004 - Ano da mulher**. Editora MS. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Apoio Integral à Saúde da Mulher**, 2007. Disponível em <[www.ujaen.es/revista/reid/monografico/n1/REIDM1art8.pdf](http://www.ujaen.es/revista/reid/monografico/n1/REIDM1art8.pdf)>, acesso em 06/07/2013.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Editora MS. Brasília, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & saúde coletiva. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso&userID=-2)>, acesso em 13/08/2013.

\_\_\_\_\_. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. Promoção da saúde - conceitos, reflexões, tendências. Editora Fiocruz, 2003.

CANALI, Enrico Streliaev; KRUEL, Luiz Fernando Martins. **Respostas Hormonais ao Exercício**. Rev. paul. Educ. Fís., 2001. São Paulo. Disponível em <[http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc\\_1148646189\\_57.pdf](http://www.artigocientifico.com.br/uploads/artc_1148646189_57.pdf)>, acesso em 04/07/2013.

DIAS, Rodrigo da Silva. **Transtorno disfórico pré-menstrual**, 2011. Disponível em <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4853](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4853)>, acesso em 03/12/2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Tensão Pré-Menstrual**, Projeto Diretrizes, 2011, disponível em <[www.projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br)> acesso em 26/03/2013.

FERREIRA, Régis Cavini. **Tensão Pré-Menstrual - TPM. Mudanças do Humor ao Longo do Ciclo Menstrual**. Disponível em <<http://www.psiconeuroendocrinologia.com.br/index2.html>>, acesso em 26/06/2013.

FONSECA, Angela Maggio da; PARELLADA, Cintia Irene; BAGNOLI, Vicente Renato; DIEGOLI, Mara Solange Carvalho; PINOTTI, José Aristodemo. **Vitamina B6 - revisão atualizada sobre suas aplicações clínicas**. Revista Brasileira de Medicina - Caderno Suplementar de Ginecologia e Obstetrícia, v.57, 2000.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. Tradução de Charles Alfred Esberard. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HAIAT, Patricia Davidson. **Deficiências e excessos nutricionais - alguma implicação na TPM?** 200?. Disponível em: <<http://www.nutconsult.com/artigos-tpm.htm>>, acesso em 19/11/2013.

LIMA, Euclides Cachioli de. **O transtorno disfórico feminino como atenuante da conduta dentro do regulamento castrense**. 2009. Disponível em <<http://www.jusmilitaris.com.br/novo/index.php?s=autores&idautor=83>>, acesso em 26/03/2013.

MARIANO, Miriam Oliveira. **A Construção da Síndrome Pré-Menstrual**. Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <[http://www.bdtd.uerj.br/tde\\_arquivos/44/TDE-2012-06-15T171852Z-2359/Publico/Miriam%20Oliveira%20Mariano%20tese.pdf](http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/44/TDE-2012-06-15T171852Z-2359/Publico/Miriam%20Oliveira%20Mariano%20tese.pdf)>, acesso em 04/07/2013.

MÜLLER, Ray Luiza S. S. **Promover a Saúde ou Promover o Consenso: Possibilidades da Promoção da Saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Programa de Pós Graduação em Educação Profissional em Saúde, 2012. Disponível em <<http://157.86.173.10/beb/textocompleto/mfn17370.pdf>>, acesso em 17/08/2013.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; JULIANI, Herberlane Ferreira; SANTOS, Sonia Nunes dos. **Síndrome Pré-Menstrual na Medicina Chinesa**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde - vol.03, Nº. 03, 2012: p.1109-1121. Disponível em [http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/190/pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/190/pdf_1), acesso em: 03/12/2013.

NEWS.MED.BR. **Apoio aos pacientes: Tudo sobre Tensão Pré-Menstrual (TPM) ou Síndrome Pré-Menstrual**. 2008. Disponível em: <<http://www.news.med.br/p/para-pacientes/14730/apoio-aos-pacientes-tudo-sobre-tensao-pre-menstrual-tpm-ou-sindrome-pre-menstrual.htm>>, acesso em 26/06/2013.

OPAS. **Declaração de Adelaide**, 1988. Disponível em < [www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)>, acesso em 11/03/2013.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção em saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Editora Fiocruz, 2010.

ROCHA, João Carlos. **A Síndrome Pré-Menstrual como circunstância relevante na análise dos delitos penais**. 2000. Disponível em <<http://rochaconsultores.com.br/site/wp-content/uploads/2012/10/joaocarlosrocha-monografiadireito.pdf>>, acesso em 11/03/2013.

TEIXEIRA, Ricardo A. **Passando a Limpo A TPM. Suas Origens e Soluções**. 2008. Disponível em <[http://www.icbneuro.com.br/paginas/artigos\\_especiais\\_materia.php?id=18](http://www.icbneuro.com.br/paginas/artigos_especiais_materia.php?id=18)>, acesso em 26/06/2013.

VALADARES, Gislene C.; FERREIRA, Luciana Valadares; FILHO, Humberto Correa; ROMANO-SILVA, Marco Aurélio. **Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - conceito, história, epidemiologia e etiologia.** Revista de Psiquiatria Clínica, 2006. São Paulo. Disponível em <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/117.html>>, acesso em 11/03/2013.

WOLFF, Roberta Bastos; GOMES, Regina Célia Teixeira; VERNA, Carina; MAIORAL, Gabriela Carolina C. C.; RAMPAZO, Thaís Cristina; SIMÕES, Ricardo Santos; BARACAT, Edmund Chada; SOARES, José Maria. **Aspectos moleculares dos esteróides sexuais sobre a cartilagem e os ossos.** Rev. Assoc. Med. Bras. [online]. 2012, vol.58, n.4, pp. 493-497. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000400023&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302012000400023&script=sci_arttext&tlng=pt)> , acesso em 04/07/2013.