



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



05.2026

# PERTURBAÇÃO DISFÓRICA PRÉ-MENSTRUAL

## AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO



DOCUMENTOS DE APOIO À PRÁTICA PROFISSIONAL

Documento de Apoio à Prática Profissional: Avaliação e Intervenção na Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, publicado pela Ordem dos Psicólogos Portugueses.

A informação que consta deste documento, elaborado em Maio de 2026, e na qual se baseia foi obtida a partir de fontes que os autores consideram fiáveis. Esta publicação ou partes dela podem ser reproduzidas, copiadas ou transmitidas com fins não comerciais, desde que o trabalho seja adequadamente citado, conforme indicado abaixo.

**Sugestão de citação:**

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). Avaliação e Intervenção na Perturbação Disfórica Pré-Menstrual. Lisboa.

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

Av. Fontes Pereira de Melo 19 D, 1050-116 Lisboa

+351 213 400 250  
ordemdospsicologos.pt

# Índice

## Notas Introdutórias

## Enquadramento

### **1. Sobre a Perturbação Disfórica Pré-Menstrual**

- 1.1. Sintomas e diagnóstico
- 1.2. Causas e fatores associados
- 1.3. Experiência de viver com PDPM
- 1.4. Tipos de tratamento

### **2. Recomendações para a Prática Profissional**

- 2.1. Redução do estigma e promoção da literacia
- 2.2. Avaliação psicológica
- 2.3. Intervenção psicológica
- 2.4. Acompanhamento continuado

# Notas Introdutórias

Algumas pessoas, além das mulheres cisgênero, podem viver com Perturbação Disfórica Pré-Menstrual, como é o caso de pessoas transgênero e pessoas com gênero diverso. No entanto, consideramos que o termo *mulher* deve persistir, uma vez que ainda é um sujeito político que necessita de ser evidenciado e empoderado. Assim, optamos pela terminologia *mulher* em todo o texto, não querendo dessa forma excluir outras pessoas que têm atividade hormonal ovárica, mas não se identificam com o gênero feminino.

# Enquadramento

As perturbações pré-menstruais constituem um espectro de problemas de Saúde que afetam o bem-estar físico, psicológico e social das mulheres. Este tipo de perturbações associa-se, invariavelmente, ao ciclo menstrual e à fase lútea – fase do ciclo que decorre entre a ovulação e o início de uma nova menstruação (Takeda, 2023).

Quanto à prevalência, estima-se que **90% das mulheres experienciem pelo menos um sintoma pré-menstrual** (e.g., alterações de humor; dores de cabeça; fadiga) e que 20% a 40% sofram com sintomas mais graves que causam sofrimento e podem impactar a sua capacidade em realizar tarefas quotidianas. No extremo mais grave, encontra-se a **Perturbação Disfórica Pré-menstrual (PDPM)**, a qual afeta **aproximadamente entre 2% e 5% das mulheres**, sendo classificada como um diagnóstico autónomo no DSM-V e na ICD-11 (Cary & Simpson, 2024; Reilly et al., 2024).

Os sintomas da PDPM podem ser confundidos com sintomas de outros problemas de Saúde Mental, especialmente de outras perturbações do humor, podendo resultar em **dificuldades no diagnóstico e em consequentes atrasos no acesso a intervenções terapêuticas adequadas**. O presente documento pretende contribuir para uma melhor compreensão da PDPM, bem como indicar recomendações que auxiliem a prática dos/as Psicólogos/as.

# 1. Sobre a Perturbação Disfórica Pré-Menstrual

Tal como o termo “pré-menstrual” indica, a PDPM é um problema de Saúde que se associa ao ciclo menstrual, em geral, e à fase lútea, em específico. **A fase lútea estende-se do 15.º ao 28.º dia do ciclo menstrual e corresponde ao período entre a ovulação e o início de uma nova menstruação.** Consiste na transformação do folículo, após libertação do óvulo, em corpo lúteo – uma glândula que produz quantidades crescentes de progesterona e, em menor grau, de estrogénio, com o objetivo de preparar o endométrio para uma eventual implantação do óvulo fertilizado, que dará origem ao embrião e futuro bebé.

**Caso a fertilização não ocorra**, o corpo lúteo degenera, originando uma queda abrupta nos níveis de progesterona e estrogénio. Esta descida hormonal leva à descamação do endométrio e ao início de nova menstruação, durante a qual o óvulo é expelido. Na fase pré-menstrual (últimos dias da fase lútea), **as flutuações hormonais desencadeiam vários mecanismos bioquímicos que provocam alterações físicas e psicológicas** (Romans et al., 2012).

É possível saber mais sobre o Ciclo Menstrual e a sua relação com a Saúde e o funcionamento Psicológico no documento de apoio à prática profissional **Prevenção e Intervenção Psicológica na Saúde Menstrual** (OPP, 2025).

## 1.1. Sintomas e diagnóstico

Para cerca de 1 em 3 mulheres, as alterações física e psicológicas pré-menstruais são comuns e traduzem-se em **sintomas significativos** – vulgarmente associados à denominada Síndrome Pré-menstrual (SPM) – que, dependendo da gravidade, podem comprometer o bem-estar e a interferir com a capacidade funcional (Gudipally & Sharma, 2023).

Os sintomas mais comuns de SPM podem incluir, entre outros, **alterações no apetite, dor abdominal, dor lombar, dor de cabeça, náuseas, obstipação, inchaço e/ou sensibilidade mamária, fadiga, mas também nervosismo, inquietação, irritabilidade, humor disfórico ou outras alterações emocionais e afetivas.** O tipo e a intensidade destes sintomas podem variar de pessoa para pessoa e entre ciclos, tendendo a desaparecer após o início da menstruação (Hantsoo et al., 2022).

Considerando que as perturbações pré-menstruais podem ser conceptualizadas num espectro (Take-

da, 2023), a **PDPM é uma forma mais grave da SPM**, sendo os sintomas recorrentes na maioria dos ciclos menstruais. De acordo com o DSM-V-TR, a PDPM integra o grupo nosológico das perturbações depressivas e o seu diagnóstico exige que (Reid, 2017):

- A. Os sintomas surjam na semana que antecede a menstruação, melhorem nos dias após o início da menstruação e desapareçam progressivamente com o avançar do ciclo menstrual. Ainda, pelo menos 5 dos 11 sintomas seguintes ocorrem na maioria dos ciclos.
- B. A pessoa apresente um, ou mais, dos seguintes sintomas obrigatórios:
  1. *Labilidade afetiva marcada (e.g., variações de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa; sensibilidade aumentada perante a rejeição);*
  2. *Irritabilidade, raiva acentuada ou aumento dos conflitos interpessoais;*
  3. *Humor deprimido, sentimentos de desesperança ou pensamentos autodepreciaativos;*
  4. *Ansiedade, tensão e/ou sensação de estar nervoso ou no limite.*
- C. A pessoa apresente um, ou mais, dos seguintes sintomas adicionais, perfazendo pelo menos 5 em agregado com os da categoria B:
  5. *Diminuição do interesse por atividades habituais;*
  6. *Dificuldades subjetivas de concentração;*
  7. *Letargia, fadiga fácil ou uma falta acentuada de energia;*
  8. *Alterações acentuadas no apetite, ingestão alimentar excessiva ou desejo por alimentos específicos;*
  9. *Hipersónia ou insónia;*
  10. *Sensação de estar sobrecarregada ou de estar fora de controlo;*
  11. *Sintomas físicos como hipersensibilidade ou tensão mamária, dores articulares ou musculares, sensação de “inchar” ou aumento de peso.*

**Os sintomas da PDPM afetam diretamente as relações interpessoais da mulher, assim como a sua capacidade para o trabalho e outras tarefas da vida pessoal, familiar ou social, diminuindo a sua qualidade de vida.** A PDPM não é uma exacerbação de um problema de Saúde Mental pré-existente, assim como os sintomas não são atribuíveis ao efeito de substâncias (e.g., álcool ou outras drogas; medicamentos) ou a uma condição médica (e.g., hipertireoidismo).

A duração dos sintomas pode variar de mulher para mulher, podendo, por exemplo, **variar entre alguns dias imediatamente antes da menstruação ou, no extremo oposto, até cerca de duas semanas**, estendendo-se por toda a fase lútea. Por ser um problema associado à ovulação, **os sintomas da PDPM tendem a desaparecer durante uma gravidez e, de forma mais definitiva, com menopausa**. Ainda assim, pode existir um agravamento dos sintomas durante a perimenopausa, isto é, nos anos que antecedem a menopausa, marcados por alterações hormonais associadas à diminuição da função ovárica (Eisenlohr-Moul et al., 2020).

## 1.2 Causas e fatores associados

Quanto às causas, **pressupõe-se que a etiologia da PDPM seja multifatorial, sendo as alterações hormonais e neurológicas durante a fase lútea um dos principais determinantes**. De acordo com evidências sistematizadas (Cary & Simpson, 2024; Tiranini & Nappi, 2022), ainda que as alterações hormonais nos níveis de progesterona e estrogênio sejam normativas e comparáveis às de outras mulheres durante a fase lútea, parece existir, para as mulheres que vivem com PDPM, uma **hipersensibilidade a estas alterações, resultando em desequilíbrios bioquímicos ao nível de neurotransmissores** (e.g., serotonina, GABA e glutamato) que se traduzem em alterações no humor e no comportamento durante a fase lútea.

Comparativamente a outras mulheres, as mulheres com PDPM apresentam diferenças nas fases de identificação, seleção e implementação do processo de regulação emocional. Ou seja, tendem a experienciar **maior sensibilidade e reatividade a estímulos negativos, menor clareza na identificação emocional, assim como maior dificuldade em ativar estratégias que envolvam a aceitação experiencial e a tomada de perspectiva** (Lambert et al., 2025).

Importa, no entanto, reconhecer que estas diferenças não refletem uma incapacidade geral de regulação emocional, mas antes dificuldades em manter uma regulação deliberada e contextualmente apropriada durante a fase lútea (Eisenlohr-Moul, 2019).

Ainda, **outros fatores psicológicos parecem associados à severidade dos sintomas e à sua duração**. Por exemplo, a presença de sintomas de PDPM parece associar-se a traços de neuroti-

cismo e perfeccionismo (Eissa, 2010; Morishita et al., 2022), a uma maior tendência para manifestar outros sintomas de Saúde psicossomáticos (Alevisou et al., 2018), assim como, entre outros, a uma maior reatividade ao stresse agudo e a estilos de  *coping*  maladaptivos (Liu et al., 2024). Por sua vez, um funcionamento psicológico marcado por impulsividade e ruminação melancólica parece associar-se a uma maior severidade dos sintomas pré-menstruais e a uma remissão mais lenta (Dawson et al., 2018).

Mais recentemente, alguns estudos têm procurado explorar a **associação entre experiências traumáticas<sup>1</sup> na infância e/ou adolescência e o desenvolvimento de PDPM** (e.g., Arora et al., 2025; Bencker et al., 2025; Grewal et al., 2025).

De acordo com esta hipótese, **as experiências traumáticas podem constituir um fator de vulnerabilidade, sobretudo para as mulheres que também têm uma maior sensibilidade de processamento sensorial** – ou seja, que dispõem de uma maior sensibilidade inata a estímulos internos e externos. Em termos de mecanismos, as experiências traumáticas podem provocar **alterações em sistemas neuropsicológicos envolvidos na regulação das emoções e na leitura dos sinais do corpo** (i.e., na consciência interoceptiva), contribuindo para menor capacidade de autorregulação e para que as mudanças corporais e emocionais típicas da fase lútea sejam vividas de forma mais intensa e reativa. Devido a esta hipersensibilidade sensorial e tendência psicossomática, as variações de estrogênio e progesterona atuam como “gatilhos” num sistema já predisposto e preparado para **reagir de forma exacerbada ao stresse**, amplificando a reatividade emocional e somática e, assim, resultando no aparecimento (ou agravamento) dos sintomas pré-menstruais (Arora et al., 2025).

Neste sentido, **a PDPM pode resultar da interação entre sensibilidade hormonal, sensibilidade no processamento sensorial e alterações na regulação emocional e interocepção provocadas por experiências traumáticas**.

---

### 1 Nota

i.e., experiências associadas a eventos emocionalmente perturbadores de negligência, abandono, violência ou, por exemplo, de risco de vida, que podem comprometer os sistemas neurais e psicológicos responsáveis pelo regulamento emocional, processamento sensorial e consciência corporal.

Partindo desta perspectiva sensorial e psicossomática, a seguinte figura resume os principais fatores e mecanismos envolvidos:

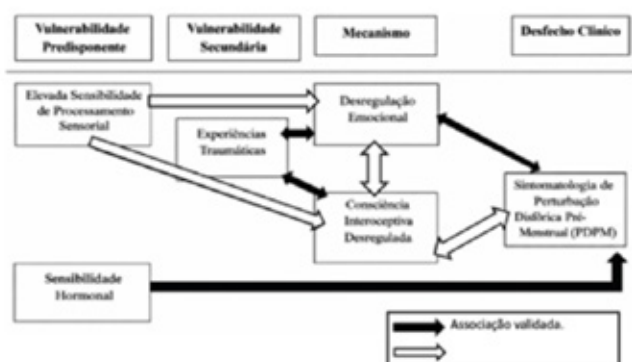


Figura 1. Fatores e mecanismos associados à DPDM (adaptado de Arora et al., 2025).

A inclusão das experiências de vida como um fator relevante no desenvolvimento ou na severidade da DPDM **ainda se encontra em estudo**. Ainda assim, parece ter algum fundamento (Grewal et al., 2025; Kulkarni et al., 2022). Desta forma, pode ser útil considerar uma perspectiva biopsicossocial na compreensão da DPDM, reconhecendo a pertinência de outras abordagens – neste caso, sensíveis ao trauma – na avaliação e na intervenção terapêutica.

Ainda que se reconheça a centralidade da sensibilidade hormonal e da desregulação emocional e se comece a explorar o papel de mecanismos sensoriais e psicossomáticos, a afirmação mais consensual é que, por enquanto, **a etiologia da DPDM permanece incompleta** (Bencker et al., 2025; Dawson et al., 2018; Tiranini & Nappi, 2022).

### 1.3 Experiência de viver com DPDM

Devido à abrangência dos sintomas psicológicos, **a DPDM é frequentemente confundida com outros problemas de Saúde Mental**, por exemplo, com perturbações depressivas, da ansiedade ou até com perturbações da personalidade, dificultando o diagnóstico diferencial e atrasando o acesso a tratamentos adequados (Takeda, 2023; Craner et al., 2014). Por tal, a DPDM **continua a ser subdiagnosticada, e por consequência, subtratada** (Islas-Preciado et al., 2025).

Segundo a experiência de mulheres que vivem com DPDM, antes de quaisquer diagnósticos e tratamentos, **sentem viver “uma batalha contra o próprio corpo e mente”**, devido às mudanças bruscas no humor e à dificuldade em funcionar. Sem uma explicação para as suas dificuldades, algumas **experienciam solidão e isolamento**, assim como,

por não encontrarem soluções para mitigar os sintomas e o sofrimento, encontram nos **comportamentos auto-lesivos e/ou no consumo de álcool e outras drogas** uma forma de *coping* (Osborn et al., 2020).

No que respeita à validação e reconhecimento social dos sintomas psicológicos pré-menstruais, persiste um **estigma social associado ao estereótipo da mulher como “instável”, “exagerada” ou “histórica”**, sendo reforçado pelos Media, mas também pela incompreensão de familiares, amigos/as e, inclusive, de profissionais de Saúde (Rathor & Rauf, 2025). A própria internalização do estigma pode traduzir-se em **sentimentos de culpa e inadequação, baixa autoestima e ansiedade antecipatória** face a este período do ciclo menstrual (King, 2020). Ainda, as dificuldades de viver com DPDM podem precipitar ou agravar comportamentos suicidários. Por exemplo, de acordo com uma meta-análise (Prasad et al., 2021), **as mulheres que vivem com DPDM têm uma probabilidade 4 vezes maior de ter ideação suicida e 7 vezes maior de tentar o suicídio**, comparando com mulheres que não vivem com DPDM.

As mulheres que vivem com DPDM também reportam **insatisfação com os cuidados de Saúde** que lhes são prestados. Por exemplo, muitas referem ter recebido um primeiro diagnóstico errado (geralmente, de perturbação depressiva bipolar ou perturbação *borderline* da personalidade), assim como ter seguido um tratamento psicofarmacológico que não aliviou os sintomas e/ou que tiveram efeitos secundários indesejados. A percepção de que os tratamentos prescritos eram “para a depressão” e não para um problema que também afeta a Saúde Menstrual parece gerar **sentimentos de frustração e desconsideração**, sobretudo por não sentirem as suas perspetivas e queixas atendidas (Chan et al., 2023; Osborn et al., 2020).

Desde que experienciam os primeiros sintomas até à obtenção do diagnóstico, do tratamento adequado e da gestão contínua da condição de Saúde, as mulheres que vivem com DPDM enfrentam diversas barreiras (Chan et al., 2023):

- **Barreiras associadas à demora na procura de ajuda.** Entre o espoletar dos sintomas até ao momento em que a mulher procura ajuda profissional, por exemplo: não ter literacia sobre o ciclo menstrual; não ter acesso a cuidados de Saúde; não falar com pessoas à sua volta sobre os sintomas pré-menstruais; dificuldades em reconhecer o que é normal e o que não é durante esta fase do ciclo; entre outras.

- **Barreiras associadas ao atraso no diagnóstico.** Entre recorrer a um/a profissional de Saúde e ocorrer o diagnóstico, por exemplo: a normalização e desvalorização dos sintomas pelo/a profissional de Saúde; dinâmicas de poder entre paciente e profissional no que respeita a “*quem sabe sobre o assunto*”; erro no diagnóstico; não recorrer ou não ter acesso a especialistas em Saúde Sexual e Reprodutiva; entre outras.
- **Barreiras associadas ao atraso do tratamento.** Entre ter o diagnóstico e obter tratamentos efetivos, por exemplo: os primeiros tratamentos (contracetivos hormonais e antidepressivos) serem considerados desajustados, apenas resultarem parcialmente e terem efeitos adversos indesejados; a mulher desejar algum tipo de menopausa, mas, por ser irrealista, desistir de tratamentos convencionais; procurar terapias alternativas; quando existe comorbilidade (e.g., endometriose), optar pela indução da menopausa através de métodos cirúrgicos ou hormonais; entre outras.
- **Barreiras associadas à gestão contínua da doença.** Entre seguir algum tratamento e ter uma estratégia terapêutica continuada, por exemplo: Procurar diferentes profissionais de Saúde que revalidam o diagnóstico, mas apresentam terapêuticas diversas e conflitantes; ausência de uma estratégia de cuidados continuados multidisciplinares de gestão da PDPM; difusão de responsabilidade entre profissionais de Saúde; a mulher sentir que tem de ser ela própria a encontrar soluções para os sintomas pré-menstrual, tendo dificuldade em encontrar soluções efetivas; entre outras.

Quando as mulheres que vivem com PDPM compreendem a dinâmica cíclica dos sintomas e obtêm diagnóstico, tendem a experienciar **sentimentos de alívio e realização**, os quais acompanham uma alteração da narrativa pessoal de ser alguém “instável e defeituosa” para ser alguém que sofre de uma doença há muito tempo por diagnosticar e tratar. Os tratamentos, incluindo tratamentos hormonais supressores da ovulação e intervenção psicológica que visa a adaptação à doença, ajudam a mitigar os sintomas, permitindo-lhes **sentir que “podem ter uma vida mais normal” e que têm a capacidade para gerir a doença e outras dimensões da vida**, desde as relações interpessoais até ao trabalho (Osborn et al., 2020).

Ainda assim, após o diagnóstico, várias mulheres vivem o **luto pelos anos de vida “perdidos”** devido à doença, assim como passam por processo de reinvenção pessoal emocionalmente exigente, marcado pela **ambivalência entre a culpa e a (auto) aceitação**, à medida que se justificam e reajustam

em diferentes relações e contextos, anteriormente afetadas pelos sintomas da PDPM e pela forma com lidavam com estes. Ainda, a **desesperança e desespero** podem voltar quando os tratamentos hormonais têm efeitos indesejados graves, são incompatíveis com planos de vida (e.g., engravidar) ou, inclusive, perdem a eficácia –contribuindo para a contínua procura de tratamentos ou soluções mais definitivas, como a remoção cirúrgica dos ovários (i.e., ooforectomia) (Osborn et al., 2020).

Estas evidências, que resultam das perspetivas de mulheres com PDPM, reforçam a importância de uma **abordagem centrada na pessoa, multidisciplinar, de acompanhamento contínuo e num modelo partilhado de tomada de decisão**. Desta forma, é possível não só o melhor alívio sintomático possível, mas também assegurar uma monitorização adequada da Saúde Sexual e Reprodutiva ao longo da vida.

Por exemplo, uma revisão sistemática (Pereira et al., 2021) indica que **parece existir uma associação positiva e significativa entre viver com PDPM e o desenvolvimento de depressão perinatal, sobretudo de depressão pós-parto**. Estes resultados salientam a importância de avaliar sistematicamente a história de PDPM e monitorizar a sintomatologia ao longo do período perinatal (antes, durante e após a gravidez), garantindo identificação precoce, prevenção e encaminhamento/intervenção atempadas.

## 1.4. Tipos de tratamento

Existem diferentes tipos de tratamento que podem ajudar as mulheres com PDPM, seja no mitigar de sintomas, psicológicos e físicos, seja, por exemplo, na adaptação e gestão da doença a longo prazo. As intervenções com algumas evidências de eficácia podem ser **agrupadas em três categorias** (Alevizou et al., 2018; Buys, 2026; Cary & Simpson, 2024; Hantsoo & Epperson, 2015; Tiranni & Nappi, 2022):

### I. Intervenções médicas

São intervenções que exigem prescrição médica e utilizam métodos farmacológicos ou cirúrgicos para atuar em fatores/mecanismos biológicos da PDPM, sejam associados ao sistema nervoso central ou ao sistema reprodutor, incluindo:

- **Fármacos que visam mitigar sintomas específicos.** Por exemplo, analgésicos para dores físicas, ansiolíticos para sintomas de ansiedade e antidepressivos para sintomas depressivos.

Os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) são antidepressivos utilizados no tratamento dos sintomas disfóricos, podendo ser utilizados de forma intermitente – ou seja, apenas durante a fase lútea – ou de forma continuada.

- **Fármacos que visam a supressão ovárica.** Por exemplo, pílulas anticoncepcionais, adesivos ou anéis vaginais, podem ajudar a regular os níveis hormonais e reduzir os sintomas, físicos e psicológicos, da PDPM – ainda que as evidências de eficácia sejam modestas. Outros tratamentos hormonais, como o oestradiol (transdérmico), parecem ser mais eficazes. Em casos mais graves, podem ser utilizados inibidores de gonadotropina (GnRH) para cessar a função ovárica e provocar uma menopausa clínica.
- **Cirurgia que visa a remoção dos ovários.** Em casos graves e resistentes a várias modalidades de tratamento, a remoção cirúrgica dos ovários (ooforectomia bilateral) pode ser considerada uma opção de tratamento, interrompendo, de forma definitiva, a atividade hormonal ovárica e, conseqüentemente, aliviando os sintomas.

Nenhuma das intervenções médicas acima descritas está isenta de riscos e efeitos adversos – por exemplo, os ISRS podem diminuir a libido e a função sexual. **As intervenções mais eficazes na mitigação dos sintomas da PDPM parecem ser as mais evasivas e menos reversíveis** (i.e., inibidores GnRH e cirurgia), sendo, geralmente, reservadas para casos refratários, exigindo um estreito acompanhamento psicológico para a gestão da adaptação à menopausa precoce e às mudanças na identidade reprodutiva.

## II. Intervenções psicológicas

Existem diferentes intervenções psicológicas que visam diminuir os sintomas psicólogos, mas também físicos (e.g., dor), assim como promover uma resposta adaptativa às dificuldades associadas. As intervenções psicológicas parecem ser **relativamente eficazes na redução das dificuldades associadas à PDPM**, demonstrando-se particularmente úteis em pessoas com sintomas leves a moderados, tendo efeitos mais duradouros do que algumas intervenções farmacológicas isoladas (e.g., contraceptivos hormonais). Incluem-se aqui, entre outras:

- **Educação Psicológica deliberada.** Através de sessões focadas na promoção da literacia, permite que a paciente compreenda os fatores e mecanismos da PDPM conhecidos e como estes se traduzem nos sintomas experienciados – sendo algo importante à monitorização siste-

mática do ciclo menstrual e à gestão da doença a longo prazo.

- **Intervenções de mudança comportamental.** Através de estratégias de entrevista motivacional ou, entre outras, de comportamento planejado (e.g., ajuste de compromissos e carga de trabalho nos dias críticos), visa fortalecer a adesão a rotinas de sono, exercício e nutrição. O objetivo é garantir a adesão a um novo estilo de vida, capacitando também a paciente para uma autogestão da doença mesmo quando a sua regulação emocional pode estar limitada durante a fase lútea.
- **Intervenções cognitivo-comportamentais.** Alguns dos sintomas da PDPM podem ser exacerbados por crenças distorcidas sobre, por exemplo, a própria capacidade de regulação emocional e a possibilidade de expressar dor ou desconforto em diferentes fases do ciclo menstrual. Ao alterar estas cognições é possível desenvolver estratégias de *coping* mais eficazes e adaptativas. Esta abordagem pode também incluir o treino de técnicas de relaxamento ou aceitação experiencial, por exemplo, de forma a capacitar para a gestão do stresse, da ansiedade antecipatória e da dor.
- **Intervenções orientadas por um modelo interpessoal.** Dado que a labilidade emocional e o humor disfórico são sintomas centrais na PDPM, algumas intervenções focam-se na gestão do contexto interpessoal. As abordagens interpessoais partem do princípio de que os sintomas depressivos são exacerbados por dificuldades nas relações e nos papéis sociais. O objetivo é fortalecer a capacidade de tomada de perspetiva relacional, assim como a comunicação e o suporte social – os quais funcionam como fatores protetores face aos sintomas afetivos da PDPM.
- **Intervenções orientadas por outros modelos baseados em evidências.** Incluindo-se as intervenções baseadas na Terapia Comportamental-Dialética, a qual inclui treino de competências que visam a regulação emocional, a tolerância à dor e ao mal-estar, bem como a eficácia interpessoal (Oliveri et al., 2025); mas também, por exemplo, na Terapia Focada em Emoções, visando alterações adaptativas nas fases de identificação, seleção e implementação do processo de regulação emocional (Lambert et al., 2025).

## III. Alterações no estilo de vida

Embora não substituam intervenções clínicas, algumas mudanças no estilo de vida podem contribuir

para a gestão dos sintomas de PDPM. Por exemplo, a prática regular de exercício físico, especificamente de treino de força e/ou de exercício aeróbico, parece atuar como um adjuvante terapêutico relativamente eficaz. Ainda, alterações nutricionais focadas na introdução de determinadas vitaminas e suplementos (e.g., vitamina B; cálcio; magnésio; *vitex agnus castus*) e na redução da ingestão de cafeína, açúcares refinados e álcool, bem como a cessação tabágica, parecem contribuir para a estabilização metabólica e redução da inflamação sistêmica.

Geralmente, **os tratamentos de primeira linha para situações clínicas de leves a moderadas combinam intervenções não-farmacológicas** (e.g., prescrição de atividade física, alterações na alimentação/suplementação e/ou intervenções psicológicas) **com um tipo de intervenção farmacológica** (ISRS ou hormonas de supressão ovárica), de forma a atuar simultaneamente sobre diferentes mecanismos da PDPM (Cary & Simpson, 2024).

Quando as intervenções de primeira linha não funcionam, ou os sintomas são graves, **a segunda linha de tratamentos inclui a combinação de intervenções farmacológicas** – por exemplo, combinando ISRS com hormonas de supressão ovárica, ou uma combinação de supressores hormonais. Mesmo numa segunda linha de tratamento **é possível manter a intervenção psicológica**, por exemplo, entre outros objetivos, reforçar a adesão e a autogestão do plano terapêutico, assim como fortalecer competências de regulação emocional e *coping* nos períodos de maior vulnerabilidade, seja na antecipação ou durante a fase lútea.

Quando os sintomas da PDPM parecem resistir às primeiras linhas de tratamento, considera-se o encaminhamento para **serviços multidisciplinares especializados e pondera-se intervenções médicas mais evasivas e menos reversíveis**, como os inibidores GnRH ou a ooforectomia bilateral. Mesmo nestas situações mais graves, o acompanhamento psicológico é relevante no apoio à tomada de decisão informada, na preparação e adaptação à menopausa induzida – por exemplo, na gestão do impacto emocional e das alterações na identidade reprodutiva e sexualidade – e, ainda, na promoção de estratégias de ajustamento a longo prazo.

Ainda, defende-se uma **abordagem que considere fatores interseccionais** – como a identidade de género, a orientação sexual, a raça/etnia e, por exemplo, o estatuto socioeconómico — que podem influenciar o significado atribuído aos sintomas, o acesso a cuidados de Saúde, o risco de subdiagnóstico, o ajustamento das terapêuticas às necessidades e circunstâncias socioculturais, assim como a adesão terapêutica (Islas-Preciado et al., 2025).

## 2. Recomendações para a Prática Profissional

As/os Psicólogas/os exercem a sua prática profissional em consonância com os princípios éticos e normas deontológicas consagradas no **Código Deontológico**. Além deste instrumento, apresentam-se algumas recomendações concretas para a prática profissional.

### 2.1. Redução do estigma e promoção da literacia

- **Promover literacia em Saúde Menstrual e PDPM.** Explicar, de forma simples, a diferença entre variações pré-menstruais comuns, SPM e PDPM, ajudando a pessoa e a sua rede a reconhecer sinais de alarme e a procurar ajuda atempadamente. Estas intervenções podem ocorrer em consulta psicológica (individual, de grupo, casal, família), mas também em contextos alargados (e.g., ações de promoção da literacia em escolas/universidades, locais de trabalho e programas comunitário de promoção da Saúde). Sempre que adequado, é importante integrar informação sobre monitorização do ciclo menstrual — para tal, é possível recorrer ao documento **Vamos falar sobre Saúde Menstrual**.

- **Advogar por melhores políticas públicas e práticas institucionais.** Contribuir para que a Saúde Menstrual seja reconhecida como um tema pertinente de Saúde Pública, promovendo: (i) formação de profissionais de Saúde; (ii) circuitos de referência mais claros nos sistemas de Saúde (Medicina Geral e Familiar – Ginecologia – Psiquiatria – Psicologia) para reduzir subdiagnóstico e atrasos em intervenções necessários; (iii) inclusão de programas e políticas de promoção de Saúde e prevenção da doença em escolas, locais de trabalho e contextos comunitários.

- **Intervir ativamente na criação de contextos de validação e suporte.** Combater narrativas erróneas de “exagero”, “instabilidade” ou “histeria” através da (psico)educação deliberada e da correção de mitos sobre Saúde Menstrual, incluindo SPM e PPDM, junto de outros profissionais de Saúde (mas também de amigos e familiares). A concretização de uma abordagem interseccional acontece quando, em qualquer contexto de Saúde, se consideram como determinadas características identitárias e sociais (i.e., género, orientação sexual, etnia, estatuto socioeconómico) podem resultar em experiências de (auto)estigmatização e condicionar o processo de diagnóstico e acesso a terapêuticas adequadas.

### 2.2. Avaliação psicológica

- **Estar atento/a a sinais que indiciem dificuldades pré-menstruais.** Nem sempre é claro que as dificuldades se associam a questões de Saúde menstrual. Neste sentido, importa estar atento/a ao discurso (e.g., “todos os meses acontece”, “há uma semana em que fico outra pessoa”) e padrões cíclicos observáveis no comportamento (e.g., irritabilidade, labilidade, impulsividade, conflitos interpessoais, absentismo, isolamento). Pode ser útil colocar perguntas diretas e simples, por exemplo: “Considera que pode haver associação com o seu ciclo menstrual?”, “Há um período do mês em que se sente claramente melhor?”.
- **Adotar uma avaliação centrada na pessoa e sensível ao estigma.** Incluir, no processo de avaliação, a história clínica e de Saúde sexual (e.g., história reprodutiva e menstrual, uso de contraceptivos hormonais, de início dos sintomas pré-menstruais, impacto funcional). É relevante validar a experiência da mulher, clarificando que desregulações do humor pré-menstruais não correspondem a “falta de autocontrolo”, mas a um problema de Saúde cíclico e com um impacto real no funcionamento.
- **Monitorizar sintomas ao longo do ciclo menstrual.** Sempre que possível, basear a avaliação em registos prospetivos diários (e não apenas em recordação), durante pelo menos dois ciclos, usando escalas/diários de sintomas (e.g., DRSP – Registo Diário da Gravidade dos Problemas) ou aplicações digitais adequadas. É importante capacitar a mulher para realizar estes registos. O objetivo é observar se existe: (1) agravamento consistente na fase lútea, com impacto significativo; (2) melhoria rápida após o início da menstruação e; (3) intervalo livre de sintomas na fase folicular.
- **Considerar efeitos confirmatórios que podem resultar em falso-positivos.** Reconhecer que a atribuição de sintomas ao período pré-menstrual pode ser influenciada por expectativas, estereótipos culturais e enviesamentos de memória (e.g., recordar de forma mais vívida dias “maus” e associá-los automaticamente ao ciclo). Por isso, é relevante evitar uma avaliação da PDPM apenas em relatos retrospectivos, privilegiando dados prospetivos, clarificando a cronologia dos sintomas e verificando se o padrão se repete de forma consistente.
- **Reconhecer a necessidade de um diagnóstico diferencial.** É necessário distinguir a PDPM de outras perturbações (e.g., depressão, perturbação bipolar), bem como de situações de stresse crónico e/ou de condições médicas (e.g., alterações ao nível da tiroide). Inclusive, é relevante diferenciar entre sintomas que indicam PDPM e sintomas de perturbações depressivas que são exacerbados pe-

as alterações hormonais que ocorrem ao longo do ciclo menstrual. Na PDPM, existe um intervalo livre de sintomas após a menstruação e antes da ovulação. Quando existe história de trauma, também é relevante diferenciar a PDPM de agravamentos cíclicos de sintomas pós-traumáticos. A validação por pares e a articulação com médicos/as especialistas (e.g., Ginecologia, Psiquiatria) é relevante para confirmar o padrão clínico, excluir causas orgânicas e clarificar comorbidades.

- **Avaliar o risco suicidário.** Dada a associação entre PDPM e comportamentos suicidários, é recomendado realizar avaliação do risco através de questões de rastreio, observação de sinais de alarme e/ou instrumentos validados. Se existir risco, pode-se implementar intervenções breves (e.g., plano de segurança, contactos de cuidado) e, caso exista risco elevado ou incapacidade de garantir a segurança, encaminhar para serviços de Psiquiatria ou de urgência. Pode saber mais em **Avaliação e Intervenção Psicológica no Suicídio**.

## 2.3. Intervenção psicológica

- **Validar a experiência subjetiva e ajudar a compreender as dificuldades.** É essencial validar as experiências das mulheres com PDPM, reconhecendo a legitimidade dos seus sintomas e evitando que sejam considerados “normais” ou “exagerados”. Ainda, importa clarificar o que se sabe sobre a PDPM – por exemplo: **“as alterações hormonais ao longo do ciclo menstrual são normais, mas em algumas mulheres o cérebro e o corpo reagem de forma mais intensa a essas oscilações; na fase lútea, é-lhes mais difícil regular emoções, o que ajuda a explicar porque os sintomas aparecem de forma cíclica”** –, assim como os objetivos da intervenção psicológica incluïrem o aumento da previsibilidade, a capacidade funcional e o bem-estar da pessoa, mesmo quando os sintomas não desaparecem totalmente.

- **Articular com profissional da Medicina no definir de um plano terapêutico.** A articulação com Medicina Geral e Familiar, Ginecologia e/ou Psiquiatria ajuda a definir um plano terapêutico que possa incluir eventuais opções farmacológicas/hormonais em complementaridade com intervenção psicológica. Sempre que possível, é benéfico envolver a mulher no processo de tomada de decisão, informando sobre o que se sabe e não se sabe sobre cada terapêutica, incluindo efeitos adversos, *trade-offs* (e.g., diminuição da libido, subfertilidade) e, quando aplicável, efeitos menos reversíveis.

- **Considerar a regulação emocional como um foco de intervenção prioritário.** Tendo em conta

os mecanismos psicológicos conhecidos – ainda que incompletos – da PDPM (e.g., reatividade aumentada a estímulos negativos, menor clareza emocional, ruminação, menor flexibilidade regulatória e dificuldades na tomada de perspectiva na fase lútea), a intervenção psicológica pode visar, entre outros *outcomes*, o/a:

- Aumento da consciência emocional (e.g., nomear emoções e distinguir marcadores emocionais na mente e no corpo, identificar necessidades psicológicas);
- Redução de ruminação e atenção auto-focada (e.g., redirecionamento atencional, estratégias metacognitivas/*mindfulness*);
- Capacidade de aceitação experiencial e tolerância ao mal-estar e à dor (e.g., *grounding*, *urge surfing*, autoapaziguamento, relaxamento);
- Controlo de impulsos e prevenção de conflitos (e.g., planos “se-então”, pausas estratégicas, reparar conflitos após escalada).

A lógica é desenvolver competências e estratégias na fase folicular (quando há maior capacidade) para garantir uma melhor regulação na fase lútea.

- **Construir, em colaboração, um planeamento ciclo-específico.** A monitorização prospetiva de sintomas (e.g., hipersensibilidade, desesperança, irritabilidade) ajuda a um planeamento da vida diária em diferentes fases do ciclo menstrual. Este planeamento, que considera os momentos do ciclo mais difíceis, pode incluir estratégias como a priorização de tarefas de menor exigência, a comunicação deliberada sobre as dificuldades sentidas, o estabelecimento de limites e o evitamento de decisões importantes. Pode ser útil construir um “kit de *coping*”, com estratégias de *coping*, lista de contactos de apoio, atividades reguladoras e scripts de comunicação para momentos críticos. Quando existe risco suicidário, este kit deve integrar um plano de segurança.

- **Ajustar as intervenções às dimensões do funcionamento afetadas.** Diferentes pessoas podem ter a vida mais afetada numas dimensões do que noutras (i.e., desempenho laboral; relações interpessoais; parentalidade; sexualidade). Neste sentido, é relevante ajustar intervenções. Por exemplo, quando a sensibilidade à rejeição e os conflitos interpessoais são predominantes, pode ser adequado intervenções baseadas num modelo interpessoal que se foque na comunicação, no estabelecimento de limites e na reparação após conflito.

- **Promover comportamentos pró-saúde e de autocuidado.** Construir, em colaboração, um plano específico, faseado e monitorizável, definindo comportamentos-alvo alinhados com interesses

personais (e.g., caminhada/treino, rotina de sono, pausas), com intenções de implementação (“**se estiver na fase lútea, então reduzo y e priorizo x**”) e planos para barreiras (e.g., fadiga, irritabilidade, dor). É importante reforçar sentimentos de autoeficácia, adaptar o plano aos “dias críticos” e usar a monitorização do ciclo para antecipar ajustes.

## 2.4. Acompanhamento continuado

- **Assumir uma abordagem de longo prazo, com monitorização consistente.** É relevante enquadrar a PDPM como uma condição tendencialmente crónica (até à menopausa ou a tratamentos mais invasivos/irreversíveis), em que é expectável haver oscilações ao longo dos meses/anos. Neste sentido, é útil manter registos prospetivos (e.g., DRSP/ diário digital) em momentos-chave (meses iniciais do acompanhamento, transições de vida, agravamento dos sintomas), para documentar ciclicidade, gravidade e impacto funcional.
- **Reavaliar e reajustar o planeamento em transições de vida.** Antecipar mudanças do padrão sintomático em fases como perimenopausa (ciclos mais irregulares e flutuações hormonais mais imprevisíveis), pós-parto, alterações de contraceção/ terapêutica hormonal ou momento esperados de maior stresse. Nestes períodos, pode ser relevante aumentar temporariamente a monitorização dos sintomas e do risco, reforçar estratégias de *coping* e planeamento ciclo-específico, e articular de forma mais próxima com Medicina para ajustar terapêuticas e clarificar o diagnóstico diferencial.
- **Apoiar na deliberação sobre tratamentos.** Em alguns casos, pode ser necessário discutir a escalada terapêutica, sobretudo quando os sintomas são resistentes aos tratamentos, têm impactos graves ou pioram com a perimenopausa. O recurso a inibidores de gonadotropina (GnRH) ou a intervenções cirúrgicas implicam uma tomada de decisão com clarificação de expectativas, bem como a exploração do impacto na identidade reprodutiva, sexualidade e projeto de vida. Neste sentido, é importante apoiar esta deliberação, ajudando a pessoa a clarificar valores e prioridades, a gerir alguma ambivalência, a preparar a adaptação a uma menopausa induzida e prevenir sofrimento psicológico associado à perda de fertilidade e/ou a consequentes mudanças corporais e emocionais.

Documento elaborado com a colaboração de

**Ana Alexandra Carvalheira (CP.7998)**

**Isabel Silva (CP 10421)**

**Iva Joana D’Alte (CP 1793)**

**Maria Natália Mendes (CP 10488)**

**Olga Rodrigues Ribeiro (CP 8746)**

**Gabriela Moita (CP 7090)**

**Sónia Duarte Lopes (CP 1468)**

**Susana Samico (CP 5810)**

# Referências Bibliográficas

Alevizou, F., Vousoura, E., & Leonardou, A. (2018). Premenstrual dysphoric disorder: A critical review of its phenomenology, etiology, treatment and clinical status. *Current Women's Health Reviews*, 14(1), 59–66. <https://doi.org/10.2174/1573404813666171027141849>.

Arora, A., Chakraborty, S., & Pandey, R. (2025). Understanding premenstrual dysphoric disorder from a psychosomatic and a sensory perspective. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1595083.

Bencker, C., Tran, U. S., Roth, L. H. O., Nayman, S., & Nater, U. M. (2025). Associations between premenstrual symptoms and (traumatic) stress: a systematic review and three multilevel meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 1–11.

Buys, M. E. (2026). Psychotherapy modalities for premenstrual change: A systematic review. *Women & Therapy*, 49(1), 31–68. <https://doi.org/10.1080/02703149.2025.2534636>.

Cary, E., & Simpson, P. (2024). Premenstrual disorders and PMDD – A review. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 38(1), 101858.

Chan, K., Rubtsova, A. & Clark, C. (2023). Exploring diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder in the U.S. healthcare system: a qualitative investigation. *BMC Women's Health*, 23(272), 1-9.

Craner, J.R., Sigmon, S.T., & McGillicuddy, M.L. (2014). Does a disconnect occur between research and practice for premenstrual dysphoric disorder (PMDD) diagnostic procedures? *Women & Health*, 54(3), 232–244.

Dawson, D. N., Eisenlohr-Moul, T. A., Paulson, J. L., ... & Girdler, S. S. (2018). Emotion-related impulsivity and rumination predict the perimenstrual severity and trajectory of symptoms in women with a menstrually related mood disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 579–593.

Eisenlohr-Moul, T. A., Kaiser, G., Weise, C., ... & Kleinstäuber, M. (2020). Are there temporal subtypes of premenstrual dysphoric disorder? Using group-based trajectory modeling to identify individual differences in symptom change. *Psychological Medicine*, 50(6), 964–972. [10.1017/S0033291719000849](https://doi.org/10.1017/S0033291719000849).

Eisenlohr-Moul, T. (2019). Premenstrual disorders: A primer and research agenda for psychologists. *Clinical Psychology*, 72(1), 5–17.

Eissa, M. (2010). Personality and psychosocial factors affecting premenstrual syndrome. *Current Psychiatry*, 17(1), 55–62.

Grewal, J. K., Mu, E., Li, Q., Thomas, E. H. X., Kulkarni, J., & Chen, L. (2025). The prevalence of traumatic exposure in women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 28(4), 723–740. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01536-z>.

Gudipally, P. R. & Sharma, G. K. (2023). Premenstrual Syndrome. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/>.

Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual dysphoric disorder: Epidemiology and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17, Article 87. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0628-3>.

Hantsoo, L., Rangaswamy, S., Voegtline, K., Salimgaraev, R., Zhaunova, L. & Payne, J. (2022). Premenstrual symptoms across the lifespan in an international sample: data from a mobile application. *Archives of Women's Health*, 25, 903-910.

Islas-Preciado, D., Ramos-Lira, L., & Estrada-Camarena, E. (2025). Unveiling the burden of premenstrual dysphoric disorder: a narrative review to call for gender perspective and intersectional approaches. *Frontiers on Psychiatry*, 15:1458114.

King, S. (2020). Premenstrual Syndrome (PMS) and the Myth of the Irrational Female. In C. Bobel, I. Winkler, B. Fahs, K. Hasson, E. Kissling & T-A. Roberts (Eds.), *Palgrave Handbook of Critical Menstruation Studies* (p. 287– 302).

Kulkarni, J., Leyden, O., Gavrilidis, E., Thew, C., & Thomas, E. H. X. (2022). The prevalence of early life trauma in premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Psychiatry Research*, 308, 114381. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114381>.

Lambert, E., Hunter, M., Cocker, H., Gurvich, C., Kulkarni, J., & Chalder, T. (2025). Emotion regulation in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: A systematic review. *BMC Psychology*, 13, Article 1289. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03587-y>

Liu, Q., Lin, Y., & Zhang, W. (2024). Psychological stress dysfunction in women with premenstrual syndrome. *Heliyon*, 10(22), e40233.

Morishita, C., Inoue, T., Honyashiki, M., ... & Masuya, J. (2022). Roles of childhood maltreatment, personality traits, and life stress in the prediction of severe premenstrual symptoms. *Biopsychosocial Medicine*, 16 (1), 11.

Oliveri, A., Muir, S., Mu, E., & Kulkarni, J. (2025). Advancing psychological interventions for premenstrual dysphoric disorder: A dialectical behaviour therapy-informed treatment model. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 59(8), 670–673. <https://doi.org/10.1177/0004867425134837>.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2025). *Prevenção e Intervenção Psicológica na Saúde Menstrual*. Lisboa.

Osborn, E., Wittkowski, A., Brooks, J., Briggs, P. E., & O'Brien, P. M. S. (2020). Women's experiences of receiving a diagnosis of premenstrual dysphoric disorder: a qualitative investigation. *BMC Women's Health*, 20(1), 242. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01100-8>.

Pereira, D., Pessoa, A. R., Madeira, N., Macedo, A., & Pereira, A. T. (2021). Association between premenstrual dysphoric disorder and perinatal depression: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 1-10.

Prasad, D., Wollenhaupt Aguiar, B., Kidd, K. N., de Azevedo Cardoso, T., & Frey, B. N. (2021). Suicidal risk in women with premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review and meta analysis. *Journal of Women's Health*, 30(12), 1693–1707.

Rathor, H., & Rauf, K. (2025). The impact of media portrayals on the stigmatization of individuals with PMDD and PMS. *Journal of Social Sciences Research & Policy*, 2(3), 199-205.

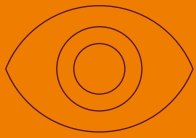
Reid, R. L. (2017). Premenstrual dysphoric disorder. In K. R. Feingold, R. A. Adler, S. F. Ahmed, et al. (Eds.), *Endotext*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279045/table/premenstrual-syndrom.table1diag/>.

Reilly, T. J., Patel, S., Unachukwu, I. C., ... & Cullen, A. E. (2024). The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 349, 534–540. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.066>.

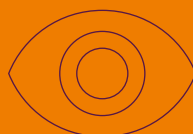
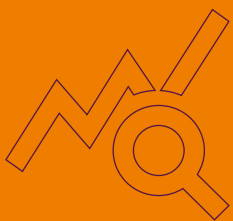
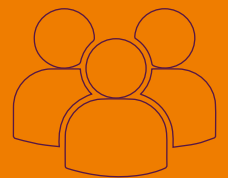
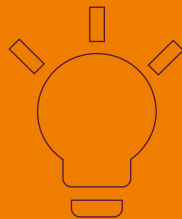
Romans, S., Clarkson, R., Einstein, G., et al. (2012). Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gender Medicine*, 9(5), 361–384.

Takeda T. (2023) Premenstrual disorders: Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(2), 510-518.

Tiranini, L., & Nappi, R. E. (2022). Recent advances in understanding/management of premenstrual dysphoric disorder/premenstrual syndrome. *Faculty reviews*, 11, 11.



ORDEM  
DOS  
PSICÓLOGOS



[ordemdospsicologos.pt](http://ordemdospsicologos.pt)