

Wellington Alexandre de Melo

Implicações das síndromes da tensão pré-menstrual e do transtorno disfórico pré-menstrual na qualidade de vida

Relatório Final

Mestrado em Educação para Saúde

Orientado por:

Professor Doutor João Duarte

Professora Doutora Paula Nelas



Junho de 2016

AGRADECIMENTOS

Participar do curso de Mestrado despertou em mim o sentimento de gratidão a partir do exercício da reflexão sobre a experiência de vivenciar momentos positivos, nos quais fui desafiado e me desafiei a ultrapassar dificuldades. Esse sentimento entendo precisar compartilhar dada sua importância.

Ao Professor Doutor João Duarte, minha gratidão por provocar-nos a construir um trabalho ainda melhor, alertando-nos para a necessidade da obediência ao rigor científico;

À Professora Doutora Paula Nelas, minha gratidão pelas diversas ocasiões em que orientou nosso pensamento, nosso senso crítico e, com isso, contribuiu para o desenvolvimento de uma competência maior na arte de estudar;

Ao Dr. Arlon Silveira, minha gratidão por nos ter incluído em suas pesquisas, motivando a estudar, esclarecendo dúvidas e impulsionando no caminho do conhecimento;

Ao Dr. Amauri Aluisio e Dr^a. Verônica pelo incentivo contínuo por acreditar que chegaria a este momento;

Aos diferentes colegas de Mestrado, originais no modo de ser, no coleguismo, nos estudos, no desempenho, sempre prestativos e amistosos em dividir facilidades e dificuldades;

Aos membros de minha família, minha gratidão manifesta a cada dia por terem propiciado as condições amorosas para que de uma criança se fizesse um adulto disposto a contribuir para com uma sociedade mais justa.

RESUMO

Enquadramento: Embora o ciclo menstrual seja um fenômeno normal na vida de mulheres em idade fértil, a ele podem se associar síndromes de intensidade variável. **Objectivo:** Determinar o impacto da síndrome pré-menstrual e da síndrome disfórica pré-menstrual na qualidade de vida de mulheres em idade fértil, comparadas a mulheres sem essas síndromes. **Material e Métodos:** Procedeu-se a estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal, com 60 participantes do sexo feminino (16 com síndrome pré-menstrual, 28 com sintomatologia compatível com SDPM e 16 não apresentavam sintomas compatíveis com diagnóstico). A colheita de dados foi no Ambulatório de Ginecologia do Hospital Militar de nível terciário no período de janeiro a fevereiro de 2015, apresentando idade entre 18 e 56 anos, menarca há mais de um ano; ciclos menstruais em ausência de uso de terapia de reposição hormonal, com queixas associadas ao período menstrual. Três instrumentos de recolha de dados foram empregados: um questionário de identificação da paciente e caracterização de vida reprodutiva; o Questionário de Triagem de Sintomas Pré-menstruais e o *Short Form Health-Survey* com 36 itens. Para organização e análise dos dados, foi empregado o programa *Statistical Package for Social Sciences*, na versão 21.0. As variáveis foram dicotomizadas, para análise de contingência com o teste exato de Fisher. Para comparação de médias, foram utilizados o teste de diferença de médias de amostras independentes e o teste Kruskal Wallis, todos em nível de significância de 0,05. **Resultados:** A prevalência de síndrome menstrual igualou-se a 76,3%, sendo 46,6% compatível com síndrome disfórica e 29,7% com síndrome pré-menstrual. Esses grupos diferiram significativamente nos sintomas de ansiedade/tensão, fadiga/perda de energia, dificuldade de concentração, fome excessiva ou anorexia e sentimento de opressão. A síndrome disfórica pré-menstrual associou-se a maior comprometimento de relações sociais, familiares e domésticas, bem como à perda de saúde geral e de saúde mental, nos domínios de vitalidade, funções sociais, limitações devidas a problemas emocionais e saúde mental. Essas alterações não interferiram na percepção da libido e de orgasmo, mas alguns domínios da qualidade de vida estiveram associados a características reprodutivas. **Conclusão:** As síndromes pré-menstruais comprometem a qualidade de vida das utentes e requerem assistência voltada à melhoria do conhecimento das mulheres sobre seu problema de saúde.

Palavras-chave: Síndrome pré-menstrual, Síndrome disfórica pré-menstrual, Qualidade de vida.

ABSTRACT

Background: Although the menstrual cycle is a normal phenomenon in the lives of women of childbearing age, it can be associated with varying intensity syndromes. **Objective:** To determine the impact of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric syndrome in the quality of life of women of childbearing age, compared to women without these syndromes. **Material and Methods:** We proceeded to a quantitative, descriptive, correlational, cross sectional study, attended by 60 female patients treated at the military hospital of tertiary level from January to February 2016, aging between 18 and 56, menarche for more than one year; menstrual cycles without hormone replacement therapy, and complaining symptoms associated with the menstrual period. Three data collection instruments were used: a questionnaire for patient identification and characterization of reproductive life; the Screening Questionnaire Symptoms of Pre-Menstrual and the Short Form Health Survey-36 items. To organize and analyze data, we used the Statistical Package for Social Sciences, in its version 21. The variables were dichotomized for contingency analysis with Fisher's exact test. To compare means, we used the mean difference test of independent samples and the Kreskas Wallis test, all at 0.05 significance level. **Results:** The prevalence of menstrual syndrome was equal to 76.3%; 46.6% compatible with dysphoric syndrome and 29.7% with premenstrual syndrome. These groups differed significantly in symptoms of anxiety/tension, fatigue/loss of energy, difficulty for concentrating, excessive hunger or anorexia and feeling of oppression. Premenstrual dysphoric syndrome was associated with a greater commitment to social, family and home relations, and the loss of overall health and mental health in the areas of vitality, social function, limitations due to emotional problems and mental health. These changes did not affect the perception of libido and orgasm, but some areas of quality of life were associated to reproductive characteristics. **Conclusion:** Premenstrual syndromes compromise the quality of life of users and require assistance aimed at improving the knowledge of women about their health problem.

Keywords: Premenstrual Syndrome. Dysphoric Premenstrual Syndrome. Quality of Life.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO 2	REVISÃO INTEGRATIVA	27
2.1	MÉTODO	28
2.2	DESENVOLVIMENTO	30
2.2.1	O ciclo menstrual e as flutuações hormonais	30
2.2.2	Ações hormonais nas estruturas do Sistema Nervoso Central e as síndromes menstruais	32
2.2.3	Teorias explicativas da sintomatologia da SPM e da SDPM e aspectos polêmicos no comprometimento da qualidade de vida	35
CAPÍTULO 3	MÉTODOS	43
3.1	MÉTODOS	43
3.1.1	Conceitualização do estudo	43
3.1.2	Questões de Investigação	44
3.1.3	Objetivos da investigação	44
3.1.4	Tipo de Investigação	45
3.1.5	Esquema conceptual de base	46
3.2	PARTICIPANTES	47
3.2.1	Recorte de participantes	47
3.2.2	Caracterização sociodemográfica da amostra	47
3.3	INSTRUMENTOS	49
3.4	PROCEDIMENTOS FORMAIS, ÉTICOS E ESTATÍSTICOS	51
3.4.1	Procedimentos formais éticos	51
3.4.2	Procedimento de recolha dos dados	52
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	53
CAPÍTULO 4	RESULTADOS	54
CAPÍTULO 5	DISCUSSÃO	63

5.1	DISCUSSÃO DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS	63
5.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	64
CAPÍTULO 6	CONCLUSÕES	71

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS ETÁRIA E DE VIDA REPRODUTIVA DAS PARTICIPANTES	48
TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS GINECOLÓGICAS DAS PARTICIPANTES	48
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DOS SINTOMAS PARA TRIAGEM DE SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL.....	55
TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS ATRIBUÍDAS AOS SINTOMAS PARA TRIAGEM DE SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL.....	56
TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DE MEDIAS E DESVIOS-PADRÃO DAS PONTUAÇÕES DOS COMPONENTES DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO SÍNDROMES MENTRUAI SI	57
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIA E DESVIOS-PADRÃO DAS PONTUAÇÕES DOS COMPONENTES DE QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO INFLUÊNCIA DE VARIÁVEIS SOBRE A SÍNDROME MENSTRUAL	61

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – CONVERSÃO DAS RESPOSTAS EM PONTUAÇÃO NOMINAL OU REVERSA DOS COMPONENTES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO SF-36.....	50
QUADRO 2 – PARÂMETROS DE PADRONIZAÇÃO EMPREGADOS NO CÁLCULO DOS COMPONENTES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL DO SF-36	51

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - MODELO SIMPLIFICADO DOS EFEITOS DO ESTROGÊNIO SOBRE O HIPOTÁLAMO	34
FIGURA 2 – MODELO CONCEITUAL DE BASE DA PESQUISA APRESENTANDO INTERRELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS	46

Índice de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

%	Porcentagem
<	Menor
=	Igual
>	Maior
≤	Inferior ou igual
≥	Superior ou igual
FSH	Hormônio folículo estimulante
GABA	Ácido gama-amino butírico
GnRH	Hormônio liberador de gonadotrofinas
HARF	Hospital de Aeronáutica de Recife
LH	Hormônio luteinizante
N	Número
OR	Odds Ratio
p	Valor de probabilidade determinada por teste estatístico
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.</i>
SDPM	Síndrome disfórica pré-menstrual
SNC	Sistema Nervoso Central
SPM	Síndrome pré-menstrual

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

Um evento marcante na fisiologia feminina é o ciclo menstrual. Ele tem início no primeiro dia do fluxo menstrual, decorrente da descamação endometrial por quatro a seis dias. Segue-se a fase folicular ou proliferativa, por sete a 14 dias, para ter início a última fase, luteal ou secretória, a qual inicia com a ovulação e finda no fluxo menstrual subsequente. Essas fases se sucedem por flutuação na concentração de hormônios sexuais estrogênicos e progestogênicos, porém suas ações fisiológicas não estão restritas ao ciclo menstrual (Farage, Osborn, & MacLean, 2008).

Pelo fato de haver receptores dos hormônios sexuais em diversas células e em praticamente todos os tecidos, a flutuação hormonal, característica do ciclo menstrual, se acompanha de ações variadas segundo o tecido em que o receptor esteja presente, em ossos, no sistema imunológico, na pele, no sistema cardiovascular e no sistema nervoso central, dentre outros (Douma, Husband, O'Donnell, Barwin, & Woodend, 2005). Essa variabilidade topográfica dos receptores possibilitou compreender os sintomas relatados pelas mulheres ao longo do ciclo menstrual, cuja intensidade pode lhes comprometer o desempenho de atividades de vida diária, social e profissional (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

Embora haja relato de diversos sintomas associados ao ciclo menstrual, os dois mais frequentes e com maior impacto negativo na vida da mulher em idade fértil são a síndrome pré-menstrual (SPM), também denominada tensão pré-menstrual (TPM), e a síndrome disfórica pré-menstrual (SDPM).

A SPM é conceituada como um conjunto de sintomas cíclicos e recorrentes, físicos, emocionais e comportamentais, graves o suficiente para interferirem na rotina diária, com início ao final da fase lútea do ciclo menstrual e alívio com o início do fluxo menstrual (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011). A SDPM também é um transtorno característico do ciclo menstrual, porém necessariamente caracterizado pela presença de pelo menos um sintoma psicológico (depressão, irritabilidade

excessiva, ansiedade ou labilidade afetiva), segundo a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (American Psychiatry Association, 2013).

A falta de consenso entre as associações médicas quanto ao conceito de tais síndromes tem como consequência a impossibilidade de determinação da prevalência mundial. Revisão sistemática com metanálise publicada em 2014, com base em 17 artigos, dentre 53 elegíveis, incluindo 18.800 mulheres, indicou que a prevalência estimada da síndrome pré-menstrual iguala-se a 47,8% (intervalo de confiança a 95% - IC95% 32,6%-62,9%), porém alerta que essa estimativa é passível de grande variação porque os estudos empregam amostras pequenas e diferentes critérios diagnósticos (Direkvand-Moghadam, Sayehmiri, Delpisheh, & Kaikhavandi, 2014). Alerta similar é feito quanto à prevalência da SDPM, cuja variabilidade entre 2% e 8% depende dos critérios diagnósticos, do país em que o estudo é feito e da temporalidade diagnóstica, ou seja, se a investigação sintomatológica é feita exclusivamente pela recordação ou como uso de um diário de registro de sintomas (Bosman, Jung, Miloserdov, & Schoevers, 2016).

Diversos pesquisadores, especialmente na última década, investigaram as alterações associadas à SPM e à SDPM, incluindo a percepção sensorial (de olfato, audição, visão e paladar) (Fernanda & Silva, 2012), o humor (Naeimi, 2015), a cognição (Maclean, Farage, Osborn, & Maclean, 2008), a velocidade de processamento cerebral (Robinson, 2015), a percepção de emoções e sentimentos (Biggs, Academy, Demuth, State, & Lansing, 2011; Gingnell, Ahlstedt, Bannbers, Wikström, & Sundström-poromaa, 2014), dentre outras, do que resultou o desenvolvimento de diversas teorias para explicar tais transtornos e guiar a investigação diagnóstica.

Mesmo diante das evidências e apesar dos progressos da ciência e dos aparelhamentos com mais alta tecnologia, a medicina ainda não conseguiu melhorar a qualidade de vida de mulheres com SPM ou SDPM, devido a subjetividade dos sintomas e as controvérsias sobre a etiologia dessas síndromes, o que também dificulta a instituição do tratamento (Bosman et al., 2016; Cantilino & Sougey, 2008; S. Chung et al., 2014).

Dentre os diversos questionamentos sobre a etiologia da SPM e da SDPM, está a identificação dos fatores desencadeantes ou agravantes da sintomatologia que acomete as pacientes. Há consenso quanto à ação dos hormônios sexuais em estruturas do

Sistema Nervoso Central, especialmente hipotálamo, nucleus acumbens e amígdalas (Carvalho, 2010; Laura, Pires, & Calil, 1999; Romano-Silva, Sallet, & Eckert, 2006), mas a ação dos fatores exógenos e ambientais é pouco estudada e ainda é alvo de controvérsia.

Pesquisa realizada com 55 estudantes de medicina, em seu programa de internato como atividade de graduação, divididas em dois grupos sendo um participante de atividades em turnos noturnos ou diurnos com duração de 12 horas consecutivas, e um grupo controle não participante dos turnos, recolheu dados em registro diário das participantes por 60 noites consecutivas. Identificou que a carga de trabalho e o *stress* contribuíam para desencadeamento ou agravamento dos sintomas de SPM ou SDPM (Jahromi, Pakmer, Hagh-Shenas, 2011).

No sentido contrário esteve a conclusão de Carvalho (2010), a partir de pesquisa sobre repercussões da SDPM em estudantes universitárias. Ao identificar que os sintomas estavam relacionados aos antecedentes hereditários (Odds Ratio - OR 2,15; $p=0,03$), à preocupação com o desconforto ou dor causados pela doença (OR 3,93; $p=0,05$) e à depressão (OR 5,78; $p=0,003$), a autora concluiu que a SDPM é um transtorno depressivo, sem associação com estresse.

Apesar da relevância das controvérsias sobre a etiologia da SPM e da SDPM, a participação dos fatores externos na sintomatologia tem sido considerada igualmente importante para o tratamento dessas pacientes uma vez que, em virtude de dinâmica social deste século, a mulher associou o trabalho ao foco de suas atribuições, do que decorre ter ficado mais vulnerável ao estresse. Essa modificação social acresceu um novo fator a ser considerado, qual seja a análise das implicações da síndrome da tensão pré-menstrual e da síndrome do transtorno disfórico pré-menstrual na qualidade de vida das pacientes, para que se possa melhor atender a suas necessidades de assistência médica.

A pesquisa da literatura, com análise das afirmações de diversos autores, motivou-nos para escolha desse tema, numa tentativa de enriquecer o acervo de evidências, por meio de pesquisa que contemplasse os fatores internos (inerentes a essas síndromes) e externos (atinentes ao entorno dessas pacientes) como estressores. Essa motivação suscitou questionamentos que se constituem em perguntas condutoras de nossa pesquisa:

- Qual a prevalência de SPM e SDPM dentre mulheres que buscam assistência ginecológica com queixas menstruais?
- A presença ou ausência de síndromes menstruais (SPM e DSPM) pode influenciar a intensidade autoavaliada da saúde mental e física?
- A idade pode exercer ação distinta na autoavaliação da qualidade de saúde de utentes com e sem síndromes relacionadas ao período pré-menstrual (SPM e SDPM)?
- As características clínicas, relativas à idade à menarca e à coitarca, regularidade e duração de ciclo menstrual, número de parceiros, vivência de orgasmo e preservação da libido atuam distintamente sobre a qualidade de vida de mulheres com síndromes do período menstrual (SPM e SDPM) e sem essas enfermidades?

Nesta linha de pensamento, admitimos que a intensidade e o domínio da qualidade de vida sujeito a comprometimento por alterações do ciclo menstrual constituem problemas a serem investigados para melhor direcionamento da prática clínica na assistência a pacientes com essas síndromes. Essa foi a base fundante do objetivo principal desta pesquisa, qual seja, comparar a relação entre intensidade do comprometimento da qualidade de vida na síndrome pré-menstrual, com aquela na síndrome disfórica pré-menstrual em mulheres atendidas no consultório de Ginecologia do Hospital de Aeronáutica de Recife.

Para atingir esse objetivo, apresentamos na Parte I desta dissertação o estado de arte sobre síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual. Por meio de revisão integrativa, assim denominada por reunir evidências com aplicação na clínica, buscaram-se as mais recentes evidências e hipóteses explicativas da etiologia e do comprometimento das estruturas cerebrais por esses transtornos, numa tentativa de explicação dos sintomas que comprometem seriamente a qualidade de vida das pacientes para sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de selecionar o que nos pareceu mais pertinente e atual.

A Parte II foi dedicada ao detalhamento dos métodos empregados para a realização da pesquisa original de determinação das implicações da síndrome da tensão

pré-menstrual e da síndrome disfórica pré-menstrual na qualidade de vida de mulheres. Foram admitidas e obedecidas as premissas metodológicas propostas pelos diversos autores cujos artigos integraram a revisão, no intuito de reduzir os vieses de escolha de instrumentos de coleta e do próprio processo de recolha de dados.

A Parte III contém os resultados da pesquisa realizada com pacientes atendidas em clínica ginecológica com queixas compatíveis com SPM ou SDPM, apresentados sob forma de tabelas ou gráficos e comentados para servir de base da discussão, a qual compôs a Parte IV desta dissertação, concluída com a apresentação das Conclusões.

Para obedecer às Recomendações da Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, regida no Brasil pela Resolução nº. 466, publicada em 2012, nas Apêndices estão apresentados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o Protocolo de Recolha dos dados, ao passo que, nos Anexos, estão contidas as versões dos questionários padronizados utilizados e o Parecer do Comitê de Ética Oficial Brasileiro.

PARTE I

CAPÍTULO 2 REVISÃO INTEGRATIVA

O ciclo menstrual, desde 2000 a.C., constitui um tema intrigante como processo fisiológico e pelos sintomas que acompanham seu caráter cíclico e recorrente. Nos papiros de Ebers e Kahum, bem como nos registros de Hipócrates, há referência de sensações desagradáveis, de intensidade variável, que podem acometer mulheres sensíveis ao fluxo menstrual (Habiger, 1998).

Essa “sensibilidade” foi interpretada durante muitos anos exclusivamente como uma manifestação subjetiva da percepção da mulher sobre seu ciclo menstrual e sua sexualidade, merecendo maior atenção dos psiquiatras. A partir do Século XX, os conhecimentos da fisiologia hormonal possibilitaram melhor compreensão das queixas femininas, mas sempre manteve uma lacuna em relação aos fatores fisiopatológicos desencadeadores ou agravantes da sintomatologia, agora alvo também da atenção de ginecologistas e clínicos médicos (Carvalho, 2010).

Na medida em que a mulher foi assumindo novos papéis sociais e profissionais, os desconfortos desencadeados ao longo do ciclo menstrual ganharam maior importância. Sua entrada no mercado de trabalho exigiu maior atenção à tensão pré-menstrual por ser motivo de absenteísmo cíclico acompanhando a fisiologia reprodutiva. Pelo fato de o diagnóstico ser clínico, realizado por anamnese, exame físico e eventualmente por exames complementares, as investigações tiveram início para identificação de métodos diagnósticos mais objetivos (Biggs et al., 2011).

O aprimoramento tecnológico possibilitou o desenvolvimento de alguns métodos diagnósticos, porém ainda insuficientes. Sua maior contribuição residiu no domínio de dosagens hormonais e no estudo da ação de hormônios sexuais no Sistema Nervoso Central, desmistificando a “sensibilidade” ao ciclo menstrual e configurando o conjunto de sintomas como síndromes, portanto passíveis de tratamento (S. Chung et al., 2014; Robinson, 2015). Significa dizer que o diagnóstico e o tratamento de tais síndromes requerem conhecimentos do ciclo menstrual e da ação dos hormônios sexuais estrogênicos e progestogênicos, especialmente no Sistema Nervoso Central, já que a diferença entre as principais síndromes é a presença de sintomas disfóricos (Bosman et al., 2016).

Esta revisão integrativa tem por objetivo apresentar as evidências e teorias mais atuais sobre a fisiopatologia da síndrome pré-menstrual e da síndrome disfórica pré-menstrual, que podem contribuir para melhor assistência a mulheres com esses acometimentos, considerando o prejuízo para sua qualidade de vida.

2.1 MÉTODO

Foi realizada revisão integrativa, obedecendo ao protocolo de elaboração de revisões, conhecido pela sigla PRISMA, iniciais de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Esse protocolo, proposto por um conjunto de especialistas e editores de periódicos indexados, visa orientar a construção de revisões, possibilitando a avaliação da fidedignidade e consistência dos artigos, bem como às diretrizes internacionais sobre o tema (Moher et al., 2015).

Atendendo ao que propuseram Moher et al. (2015), assim estão dispostos os passos obedecidos para construção desta revisão:

- a) Após identificar os motivos para a revisão, foram definidos os objetivos, com os quais se pode apontar as características dos participantes, as enfermidades a serem abordadas e os aspectos de interesse sobre essas enfermidades.
- b) Seguiu-se a definição dos critérios de elegibilidade dos artigos, incluindo características dos estudos (desenho do estudo, local, período) e características do relatório das pesquisas (como idioma dos estudos, status das publicações, tempo de acompanhamento dos pacientes).
- c) Foram, então, descritas todas as fontes de informação como bancos de dados eletrônicos, contato com autores, registros de pesquisas experimentais, para ampliar as informações para, em seguida, descrever as estratégias.
- d) O passo seguinte consistiu na determinação dos mecanismos de recolha dos dados e de seleção do material a ser incluído na revisão. Exemplos desse estágio da revisão incluem número de revisores, obrigatoriedade de consenso na escolha, definição do “voto de Minerva”, elaboração da planilha de caracterização dos estudos, definição dos dados a serem incluídos e período de duração da revisão
- e) Em relação às variáveis, foram listadas e definidas para orientar os dados a serem obtidos, assim como foram explicitadas possíveis simplificações que poderão ser necessárias, ao longo do processo de construção da revisão. Dentre as variáveis,

devem ser explicitados os resultados de interesse, podendo ser divididos em primários e secundários, os riscos de viés em cada estudo com descrição dos métodos que poderão ser empregados para sua redução e a forma pela qual as informações das variáveis de risco poderão ser usadas na revisão.

- f) O passo seguinte da construção da revisão foi definir explicitamente a forma pela qual serão sintetizadas as informações obtidas, descrevendo, também, os critérios com os quais os dados serão quantitativamente sintetizados e apresentados.

Aplicando os descritores <síndrome pré-menstrual>, <transtorno pré-menstrual>, <síndrome disfórica>, <síndrome disfórica pré-menstrual>, <síndrome do transtorno disfórico pré-menstrual>, <sistema nervoso central>, <hipotálamo>, <amígdala>, <estrógeno>, <progesterona>, <ciclo menstrual>, <menstruação>, com os conectores booleanos AND e OR, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Web of Science, Periódicos CAPES, EBSCO, Medline, PubMed e Scopus, foram localizados 145 artigos, incluindo manuais de rotina e publicações de consenso.

Para seleção dos artigos admitiram-se os critérios de inclusão de idioma (escritos em português, inglês, francês ou espanhol), temporal (período de publicação de 2000 a 2016); metodológicos (explicação detalhada da composição amostral ou populacional, dos instrumentos de recolha dos dados e do tratamento dos dados) e conceituais (relativos às teorias explicativas da sintomatologia das síndromes de interesse). Foram excluídos artigos com mesmo teor, porém em duplicidade, ou seja, publicados em revistas distintas; com detalhamento de outros aspectos do tema diferentes do objetivo central dessa revisão.

Para obediência a tais critérios, dois juízes independentemente leram os resumos dos artigos e procederam à exclusão, sempre utilizando consenso nos casos de discordância seletiva. Dedicaram-se então à leitura dos artigos na íntegra, procedendo a nova seleção, agora mais detalhada, do que resultou a inclusão de 17 artigos principais e 12 artigos de apoio para a explicação de alguns aspectos abordados nos artigos principais.

Admitiram-se três partes para esta revisão. A primeira dedicada ao ciclo menstrual para explicação do mecanismo hormonal; a segunda para detalhamento das ações dos estrógenos e dos progestágenos nas estruturas do Sistema Nervoso Central,

contribuindo para o comprometimento da qualidade de vida. A terceira parte esteve voltada para a contextualização dos aspectos polêmicos e das teorias explicativas da sintomatologia que caracteriza as síndromes pré-menstrual (SPM) e a síndrome disfórica pré-menstrual (SDPM), no intuito de situar os fatores agravantes ou desencadeantes, modificáveis por adaptações no estilo de vida ou com emprego de terapêutica medicamentosa, sem contudo ter a preocupação de discorrer sobre tratamento de tais síndromes.

2.2 DESENVOLVIMENTO

2.2.1 O ciclo menstrual e as flutuações hormonais

O corpo feminino tem como integrante importantíssimo o sistema reprodutor, responsável pela procriação, mas sobretudo pelo equilíbrio de funcionamento dos órgãos, em sua preparação para a gestação. O funcionamento do sistema reprodutor feminino respeita a eventos com duração relativamente fixa, repetitiva em período de aproximadamente 28 a 30 dias, denominado ciclo menstrual (Fernanda & Silva, 2012).

O ciclo menstrual depende das ações de estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC) e do sistema reprodutor. No SNC estão o hipotálamo e a hipófise, o primeiro responsável pelo desencadeamento do gatilho estimulador e pelo sistema de retroalimentação do ciclo e a segunda, uma glândula endócrina, responsável pela liberação de hormônios endógenos tróficos, ou seja, sintetizados e liberado na corrente circulatória para ação à distância, em estruturas ovarianas (Maclean et al., 2008).

O hipotálamo, sob ação de estruturas a serem abordadas na segunda parte desta revisão, secreta o hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH), o qual atua sobre a hipófise promovendo a síntese e secreção do hormônio folículo estimulante, derramado na corrente circulatória para ação nos folículos de Graaf imaturos, situados no ovário, promovendo sua maturação. A síntese e a secreção de hormônios estrogênicos (estradiol, estrógeno e estriol) promovem o processo maturacional folicular juntamente com a proliferação celular da camada interna do útero (endométrio). A maturação dos folículos de Graaf se acompanha de redução gradual da concentração dos estrógenos, fenômeno que é captado pelo SNC, como parte da retroalimentação do ciclo (Maclean et al., 2008).

A resposta do SNC à redução da concentração endógena de estrógenos é a liberação de hormônio luteinizante (LH) pela hipófise, possibilitando a terminalização maturacional folicular com liberação de um óvulo (fenômeno denominado ovulação), a ser transportado para o interior do útero, do que resulta a formação do corpo lúteo, órgão glandular responsável pela síntese e liberação de progesterona, o segundo hormônio sexual envolvido nas síndromes menstruais (Carvalho, 2010). O final de cada ciclo menstrual é caracterizado pela redução das concentrações de estrógenos e progestágenos, do que decorre a descamação endometrial sob forma de fluxo sanguíneo vaginal, denominado menstruação ou fluxo menstrual.

É relevante ressaltar o equilíbrio de alternância entre altas concentrações de estrógenos e progestágenos ao longo do ciclo menstrual, pois que tal alternância faz corresponder à estimulação ou inibição de diferentes estruturas cerebrais que têm sido admitidas como responsáveis por sintomas fisiologicamente normais, percebidos ao longo do ciclo menstrual (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

Cerca de 80% das mulheres, em algum período da vida fértil, apresentam queixas associadas ao ciclo menstrual. Tais sintomas não indicam processo patológico ou de transtorno funcional, mas apenas a resposta exacerbada de um ou mais órgãos nos quais há receptores para os hormônios sexuais femininos. Essas variações são susceptíveis de alteração de intensidade em função de fatores endógenos e exógenos ou ambientais (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

No entanto algumas mulheres apresentam sintomas negativos associados ao ciclo menstrual. São sintomas e sinais cíclicos e intermitentes, coincidentes com uma ou mais fases do ciclo, com intensidade capaz de perturbar o desempenho feminino em suas atribuições familiares, sociais, profissionais ou de inter-relação pessoal, o que caracteriza a presença de síndrome menstrual. Outras, entretanto, apresentam sintomas positivos igualmente cíclicos e associados à fase do ciclo menstrual (Chung et al., 2014). É interessante notar que a intermitência dos sintomas, negativos ou positivos e sua influência por fatores exógenos e ambientais faz com que o diagnóstico de uma síndrome menstrual seja precedido de relato escrito em diário, para redução do viés de recordação da mulher e minimização da possível influência de seu humor na avaliação dos sintomas (Bosman et al., 2016).

Os sintomas refletem também, mas não exclusivamente, a ação dos hormônios sexuais sobre as estruturas do SNC, contribuindo para a intensidade sintomatológica e o aparecimento até mesmo de sinais clínicos, ponto que ainda intriga os pesquisadores pela impossibilidade de identificação de sua etiologia. Dessa forma, cumpre apresentar o conhecimento acumulado sobre a atuação dos hormônios sexuais no SNC, porém sem a preocupação de apontar etiologia.

2.2.2 Ações hormonais nas estruturas do Sistema Nervoso Central e as síndromes menstruais

O termo Sistema Nervoso Central é por demais amplo e complexo. Dessa feita, cumpre especificar mais detalhadamente as estruturas de interesse para esta revisão integrativa. Consideremos que o SNC é formado por células (neurônios) altamente específicas e organizadas, com ampla rede de comunicação intercelular formada pelos prolongamentos celulares denominados axônios e por fibras (cujo conjunto forma os tratos). A intercomunicação celular ocorre por meio da liberação de moléculas sintetizadas no corpo celular dos neurônios e em suas terminações e liberadas para ação nas superfícies de separação entre neurônios. São os neurotransmissores atuantes nas sinapses neuronais (Rosa e Silva & Sá, 2006).

Essas sinapses são responsáveis pela comunicação entre as diversas zonas cerebrais as quais determinam percepções sensoriais (como as zonas olfativa, visual, auditiva, somatossensorial) e as motricidades voluntária e involuntária. Outras estruturas do SNC determinam as funções cognitivas, comportamentais, integrativas com o Sistema Nervoso Autônomo Simpático e Parassimpático, bem como as funções do sistema límbico, responsável pela integração das respostas emocionais às funções vegetativas, que interferem sobre o sistema hormonal (Douma et al., 2005; A. C. J. R. e Silva & Sá, 2006). Todas essas estruturas cerebrais são sensíveis às alterações estrogênicas e progestágenas do ciclo menstrual, em intensidades variáveis.

Estrógeno é um termo genérico que se refere a um conjunto de hormônios (estradiol, estriol e estrona) cujo principal elemento é o estradiol por ser o mais potente dos três (Farage et al., 2008). Os estrógenos, atuando no hipotálamo, determinam a regulação da temperatura corpórea e do ciclo circadiano do sono; alteram neurotransmissão mediada por serotonina, colina, dopamina, glutamina e ácido gama-

aminobutírico (GABA), porque eles reduzem os níveis das enzimas monoaminoxidase, e catecol-o-metil-transferase, de forma que aumentam a ação dos neurotransmissores nas sinapses (Robinson, 2015).

O aumento da concentração de estrógenos endógenos inibe a ação da monoaminoxidase, do que decorre aumento da disponibilidade de neurotransmissores serotonina, dopamina, acetilcolina, bem como redução da concentração livre de norepinefrina. Todas essas modificações favorecem sentimentos positivos e contribuem para a sensação de bem-estar da mulher. Dessa feita, o final da fase folicular é marcada, em condições fisiologicamente normais, humor alegre, atenção concentrada, condições saudáveis de sono, disposição para o desempenho de atividades diárias, sociais e laborais (Douma et al., 2005).

Adicionalmente, a ação estrogênica sobre os receptores de neurotransmissores possibilita melhora da memória verbal e da concentração (Farage et al., 2008). Em particular, o estradiol estimula a regeneração de neurônios danificados e a produção de neurotransmissores. Com isso, esse hormônio modula a função serotoninérgica, pois promove aumento da 5-hidroxitriptamina, ligando-se às regiões pré-frontal, giro cingulado, córtex olfatório primário e nucleus acumbens, responsáveis pelo controle do humor, do estado mental, da cognição, das emoções e do comportamento (Douma et al., 2005). As funções estrogênicas sobre o SNC são de tal intensidade e importância para a qualidade de vida feminina que esses hormônios são classificados como psicoprotetores naturais contra depressão e sintomas pré-menstruais (Fink, Sumner, Rosie, Grace, & Quinn, 1996).

A condição de sentimentos positivos está também relacionada à presença de receptores estrogênicos no hipotálamo e na amígdala, onde modulam funções neuroendócrinas, autonômicas e emocionais. Dessa feita se podem compreender os efeitos antagônicos desencadeados pela redução da concentração de estrógenos na circulação, tal como ocorre na fase lútea do ciclo menstrual (Douma et al., 2005). Resumidamente, a Figura 1 apresenta a ação da redução de estrógeno no SNC e os principais efeitos dessa ação.



Figura 1 - Modelo simplificado dos efeitos do estrogênio sobre o hipotálamo

Fonte: Adaptado de Doumas et al. (2005)

A redução do estrógeno, sinalizando os receptores no hipotálamo e na amígdala, libera a ação da monoamino-oxidase, reduzindo a concentração de serotonina circulante, do que decorre insônia, depressão e fatigabilidade, redução do desempenho em tarefas de vida diária, profissional e afastamento de atividades sociais. Assim também a redução da acetilcolina e da dopamina contribui para o desencadeamento de sentimentos negativos, redução do humor e dificuldade de manter atenção. A essas modificações, soma-se aumento da concentração de norepinefrina, com desencadeamento das ondas de calor, devido à desregulação do mecanismo de controle de temperatura (Biggs & Demuth, 2011; Epperson et al., 2012).

Esses efeitos da ação dos estrógenos estão associados à atuação dos progestágenos, quando a concentração de estrógenos decai, em decorrência da alternância entre fase folicular e lútea. Os efeitos de tais modificações sujeitam a mulher à alternância de sentimentos positivos e negativos, que podem não promover modificações acentuadas, em condições fisiológicas normais (Farage et al., 2008).

A progesterona, liberada pelo corpo lúteo maduro, sob ação do hormônio luteinizante secretado pela hipófise, em decorrência do mecanismo de retroalimentação

que a redução de estrógenos exerce sobre os receptores hipotalâmicos, é metabolizada nos ovários e no cérebro para formar esteroides neuroativos potentes. Dentre os progestágenos merecem atenção a pregnenolona e a alopregnanolona, por exercerem ação moduladora bifásica sobre os receptores GABAérgicos (Cirillo, Passos, Bevilaqua, López, & Nardi, 2012).

Em altas concentrações, os metabólitos da progesterona produzem efeitos ansiolíticos, antiepilépticos, anestésicos e sedativos, contribuindo para sentimentos positivos. No entanto, quando em baixas concentrações, esses neuroesteróides promovem um efeito paradoxal, acompanhado por ansiedade, comportamento impulsivo, agressivo, e sentimentos negativos em mulheres susceptíveis a tais variações (Bäckström et al., 2014).

A ação hormonal ao longo do ciclo menstrual, para mulheres susceptíveis a tais modificações, se traduz em sintomatologia mais ou mais grave, do que decorrem as síndromes pré-menstruais. A redução das concentrações de estradiol e de progesterona convertem o período pré-menstrual uma fase de maior risco de sentimentos negativos e sintomatologia marcante (Epperson et al., 2012).

Mesmo admitindo tais mecanismos de ação dos hormônios sobre os neurônios e as zonas do cérebro, ainda é intrigante explicar as razões pelas quais algumas mulheres desencadeiam síndromes pré-menstruais e outras não, assim como o porquê, dentre as mais susceptíveis, a sintomatologia pode ser tão grave que chega mesmo a incapacitá-las para o desempenho de atividades rotineiras, comprometendo enormemente sua qualidade de vida. Pelo fato de ainda não se ter uma explicação consensual para tais fatos, persistem pesquisas para investigação de quatro hipóteses explicativas, as quais também suscitam debates sobre os aspectos mais obscuros das alterações de humor e, conseqüentemente, da qualidade de vida em mulheres durante o ciclo menstrual (Naeimi, 2015; Taghizadeh, Shirmohammadi, Arbabi, & Mehran, 2008).

2.2.3 Teorias explicativas da sintomatologia da SPM e da SDPM e aspectos polêmicos no comprometimento da qualidade de vida

Os sintomas pré-menstruais têm sido explicados com base em quatro hipóteses. A primeira delas é considerada hipótese única, por admitir que a etiologia da SPM e da

SDPM estariam afeitas exclusivamente a alterações da função ovariana. Tais alterações poderiam derivar de modificações fisiológicas anormais no eixo hipotálamo-hipófise, com retardo de estimulação da função ovariana, ou ainda por transtornos nos ovários, impedindo síntese ou liberação de estrógenos (Carvalho, Cantilino, Carreiro, Sá, & Sougey, 2009).

Admitir essa hipótese é estar convidado a pesquisar o desequilíbrio hormonal da ação estrogênica periféricamente e no cérebro, a partir de sua interação com neurotransmissores em nível de hipotálamo e hipófise (Mazzini, Grossi, & Malheiros, 2013). Todavia tal hipótese parece restrita uma vez que o ciclo menstrual não é marcado exclusivamente por alterações cíclicas, intermitentes dos estrógenos. Admití-la seria minimizar as ações dos progestágenos sobre o SNC e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida.

A segunda teoria é mais abrangente, pois admite que as síndromes pré-menstruais podem ter as alterações hormonais como fator etiológico. Significa admitir que alterações em todos os hormônios hipofisários, hipotalâmicos, ovarianos ou lúteos podem estar implicados na sintomatologia característica das síndromes. É relevante observar que essa hipótese não suscita pesquisas envolvendo neurotransmissores, mas prioriza a identificação de alterações no mecanismo desencadeador da síntese e liberação do GnRH, por ser o deflagrador de todo o processo hormonal que ocorre ao longo de cada ciclo menstrual (Biggs & Demuth, 2011; Pires & Calil, 1999).

A terceira teoria volta a atenção da pesquisa para a investigação dos neurotransmissores, prioritariamente para os receptores GABAérgicos, serotoninérgicos, colinérgicos e dopaminérgicos, por entender que a desregulação do processo de ativação/desativação de tais moléculas poderia explicar a sintomatologia das síndromes pré-menstruais (Carvalho et al., 2009; Gillings, 2014).

As pesquisas parecem fornecer evidências de que as alterações nos neurotransmissores, seja por redução de síntese, seja por alterações nos receptores, poderiam explicar a exacerbação da sintomatologia de tal forma a desencadear até mesmo um transtorno psiquiátrico, como pretende a American Psychiatric Association ao classificar a DPM na DSM-5, o que tem sido foco de muita polêmica (American Psychiatry Association, 2013; Epperson et al., 2012; Gillings, 2014; Hantsoo & Epperson, 2015).

Os pontos de apoio dessa hipótese têm sido o emprego terapêutico medicamentoso para tratamento dos transtornos de ansiedade e desordens de humor, com sucesso. Esses resultados convidam a admitir que a serotonina poderia estar responsável, ainda que não isoladamente, pelos transtornos, uma vez que sua redução pode deflagrar alterações de conduta, depressão, fadiga e insônia (Biggs & Demuth, 2011; Erika et al., 2009; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

Outra possibilidade de reforço da hipótese dos neurotransmissores seriam alterações nos receptores GABA, explicando inclusive as modificações sensoriais de visão, olfação, e gustação, com reflexo direto na ingesta alimentar, favorecendo a obesidade ou a anorexia por ação central, que se associaria a alterações de humor, para configurar quadros mais graves de SDPM (Farage et al., 2008; S. M. C. S. Silva, Silva, Farina, Spinoza, & Breda, 2012; Valadares, Ferreira, Filho, & Romano-Silva, 2006).

Ainda que todas essas hipóteses persistam sendo investigadas, é a da vulnerabilidade e dos fatores ambientais que vem ganhando força, em decorrência das modificações de estilo de vida feminina, em resposta à exigência de sociedade moderna e do empobrecimento geral, exigindo mais um membro familiar a obter renda.

Gillings (2014) traz um comentário interessante sobre a emancipação feminina e sua assunção de novos papéis sociais, sem, contudo abdicar de suas funções familiares. O autor pondera as vantagens de a mulher aceitar uma fragilização cada vez maior de sua saúde, por se expor a fatores ambientais exteriores, como o estresse, tensão diária, inconveniências nutricionais representadas por refeições impróprias ou incomuns, consumo exagerado de substâncias como cafeína, álcool, xantina ou nicotina, modificação constante de parceiros e insatisfação com a vida até por cansaço excessivo. A essa evidência devem-se acrescentar as pesquisas apontando que a mulher na modernidade passou a adotar modelos novos de decisão para manter sua saúde e a de sua família, de tal forma que pode estar exposta a maior risco de comprometimento da qualidade de vida (Kushner & Harrison, 2011; Santaella, 2008).

Uma vez desencadeada a SPM ou a SDPM, a mulher fica estigmatizada por aumentar seu absenteísmo ao trabalho, reduzir seu desempenho doméstico, reduzir o convívio com amigos e com frequência indispor-se até mesmo com seu parceiro, fenômenos que podem gerar um ciclo vicioso, o qual contribui para a redução de síntese

de hormônios, com liberação dos neurotransmissores a promover exacerbação sintomatológica (Farage et al., 2008; Gillings, 2014).

Gillings (2014) e Epperson et al. (2012), entretanto, lançam uma nova hipótese para explicar esses transtornos que acompanham o ciclo menstrual. Admitem que não se trata de síndromes, mas sim de fenômenos adaptativos desencadeados como consequência normal do processo evolutivo da raça humana, em constante modificação de estilo de vida, local de habitação, exigências sociais, escassez de recursos, fatores esses que atuam diretamente no sistema límbico, na amígdala, portanto com possibilidade de promover maladaptações transitórias. Esses autores apontam para a necessidade de avaliar a saúde da mulher pela aplicação de questionários padronizados, para que periodicamente ela possa rever seu padrão comportamental e promover adaptações mais adequadas à qualidade de vida.

Nesse sentido é relevante ponderar que, embora não haja um conceito único consensual de qualidade de vida, admite-se ser um constructo envolvendo aspectos sociais, econômicos, culturais, afetivos e de saúde, o que significa dizer que as alterações hormonais características das síndromes pré-menstrual e disfórica pré-menstrual podem ter um impacto ainda maior na vida das mulheres (Schiola, Lowin, Lindemann, Patel, & Endicott, 2011).

No entender de Minayo, Hartz e Buss (2000), a consideração da qualidade de vida e saúde é um debate necessário, porque, para além dos aspectos já citados, o conceito engloba características subjetivas, não definíveis por critérios técnicos ou científicos, exclusivamente. Assim os autores ensinam, ao discorrerem sobre indicadores de qualidade de vida: “Os de natureza subjetiva respondem a como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas, ou como percebem o valor dos componentes materiais reconhecidos como base social da qualidade de vida” (Minayo et al., 2000, pp 11-12). Essas características subjetivas interferem diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde, ou seja, “[...] no valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos” (Minayo et al., 2000, p 12).

Há evidências de que as modificações hormonais relacionadas à síndrome pré-menstrual e disfórica pré-menstrual interferem sobre o emocional feminino e podem até mesmo incapacitar temporariamente o exercício de atividades sociais e laborais, bem

como modificar negativamente a vida de relação. Por esses motivos, o atendimento a mulheres com essas síndromes deve contemplar a investigação de sua qualidade de vida, como afirmam Minayo et al. (2000). Reforçando a necessidade de considerar a qualidade de vida como item investigatório na anamnese de mulheres com síndromes pré-menstruais, está o estudo de Hofstede (1984), que, ponderando a relatividade cultural do conceito de qualidade de vida, afirma que a mudança de uma sociedade individualista para outra coletivista, faz com que o emprego invada a vida privada das pessoas em geral. Dessa feita, as síndromes afetando a disposição para o trabalho, interferem também negativamente sobre a vida familiar, o que confere maior importância em investigar a qualidade de vida dessas mulheres.

São decorridos 82 anos desde que houve a primeira publicação relatando casos de um transtorno a que hoje denominamos síndrome pré-menstrual. Apesar de todos os esforços ainda pouco se sabe sobre esse fenômeno, o que aponta para sua complexidade, dada a cronicidade fisiológica. Uma mulher cicla ao longo de mais de 30 anos, especialmente na civilização ocidental, na qual se admite redução da fertilidade. Deve-se reconhecer a necessidade de pesquisas que busquem diversos aspectos desses transtornos, para que, abrindo o leque de possibilidades, se possa melhor aquilatar as diversas nuances do problema e melhor atender essas mulheres.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO 3 MÉTODOS

Essa fase da pesquisa é marcada pela busca de maior coerência entre a motivação para pesquisar, os questionamentos que o autor busca responder, a definição de objetivos e, com essa base, a escolha dos instrumentos de recolha de dados, a operacionalização da pesquisa e a definição das variáveis de interesse, para que possa proceder à análise dos resultados (Richardson, 2009).

3.1 MÉTODOS

3.1.1 Conceitualização do estudo

As evidências identificadas na revisão integrativa a que se procedeu da literatura denotou a existência de lacunas de compreensão da etiologia e dos processos avaliatórias de mulheres com síndromes pré-menstruais, independente da intensidade da sintomatologia.

Considerando que essas mulheres, utentes de serviços de saúde, em que buscam lenitivo para o sofrimento que essas síndromes lhes infringe, estão inseridas em um contexto social ingrato, exigente, complexo, é plausível admitir que sua sintomatologia pode estar relacionada a sua percepção de saúde, dada a possibilidade de ter comprometimento de humor o que lhe toldaria essa autoavaliação.

Dessa feita, aplicar instrumentos de recolha de dados que possibilitem à mulher autoavaliar sua saúde física e mental, pode contribuir para que ela mesma objetivamente avalie seus mecanismos adaptativos, o que também auxilia aos profissionais de saúde direcionamento mais adequado das opções terapêuticas medicamentosas ou comportamentais para mitigar-lhe o sofrimento.

Por se tratar de um processo crônico, cíclico, recorrente, essa autoavaliação de saúde mental e física pode também auxiliar à mulher.

3.1.2 Questões de Investigação

Essa motivação suscitou questionamentos que se constituem em perguntas condutoras de nossa pesquisa:

- Qual a prevalência de SPM e SDPM dentre mulheres que buscam assistência ginecológica com queixas menstruais?
- A presença ou ausência de síndromes menstruais (SPM e DSPM) pode influenciar a intensidade autoavaliada da saúde mental e física?
- A idade pode exercer ação distinta na autoavaliação da qualidade de saúde de utentes com e sem síndromes relacionadas ao período pré-menstrual (SPM e SDPM)?
- As características clínicas, relativas à idade à menarca e à coitarca, regularidade e duração de ciclo menstrual, número de parceiros, vivência de orgasmo e preservação da libido atuam distintamente sobre a qualidade de vida de mulheres com síndromes do período menstrual (SPM e SDPM) e sem essas enfermidades?

3.1.3 Objetivos da investigação

O principal objetivo deste estudo consiste em comparar a qualidade de vida de mulheres com e sem síndrome relacionada ao período pré-menstrual (SPM e SDPM), atendidas no consultório de Ginecologia do Hospital de Aeronáutica de Recife com queixas compatíveis com tais enfermidades.

Na procura de respostas globais, delineou-se um conjunto de objetivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática suscita.

- Determinar a prevalência da SPM e da SDPM nas mulheres atendidas no consultório de Ginecologia do Hospital de Aeronáutica de Recife;
- Estabelecer a diferença da intensidade da saúde mental e física autoavaliada por utentes com e sem SPM ou SDPM.
- Avaliar a influência da idade cronológica na autoavaliação da qualidade de vida de utentes com e sem SPM ou SDPM;
- Comparar as características clínicas, relativas à idade, à menarca e à coitarca, regularidade e duração de ciclo menstrual, número de parceiros, vivência de orgasmo e preservação da libido, de mulheres com e sem SPM ou SDPM, segundo percepção de saúde mental e física.

3.1.4 Tipo de Investigação

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, transversal, em pacientes cadastradas e atendidas em hospital militar de nível terciário.

O Hospital de Aeronáutica de Recife (HARF), referência no II Comando Aéreo Regional do Nordeste Brasileiro, tem estrutura pavilhonar, regime administrativo federal, militar e destinação específica quanto à clientela. Presta assistência médica, de enfermagem, farmacêutica, dietoterápica e nutricional, fisioterápica, em regime ambulatorial e de internamento exclusivamente a militares da Força Aérea Brasileira e de seus dependentes, sediados na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil.

Essa característica do local de estudo pode contribuir para maior especificidade do estudo, uma vez que a clientela tem características peculiares derivadas do convívio com o regime militar.

O caráter descritivo desta pesquisa atendeu ao objetivo primordial de definição das características de determinada população e fenômeno, para embasar a identificação de relação entre variáveis.

3.1.5 Esquema conceptual de base

A Figura 2 contém o esquema conceptual que serviu de base para a construção da metodologia desta pesquisa, admitindo por fundamentação teórica a revisão integrativa da literatura.

À esquerda da figura estão representadas as variáveis admitidas como independentes e de caracterização da população incluído idade e história reprodutiva, que podem contribuir para o agravamento ou o desenvolvimento das síndromes do período pré-menstrual, porém podem estar presentes na ausência de tais enfermidades (representadas ao centro da figura), as quais, por sua vez, podem interferir na autoavaliação de saúde física e saúde mental empregando o questionário de qualidade de vida SF-36.

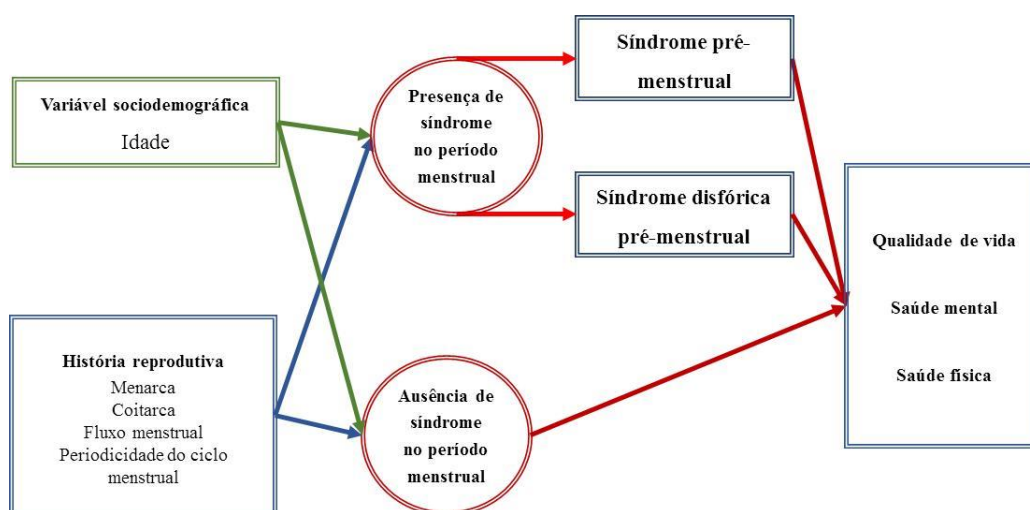


Figura 2 – Modelo conceitual de base da pesquisa apresentando interrelações entre variáveis

Legenda: Influência das variáveis independentes (à esquerda) sobre as variáveis dependentes (à direita).

3.2 PARTICIPANTES

3.2.1 Recorte de participantes

A população do estudo foi formada por clientes do consultório de Ginecologia do local do estudo, que obedeceram aos critérios de inclusão no estudo.

Para inclusão no estudo a utente deveria ter sido atendida no período de 23 de janeiro a 23 de fevereiro de 2015, no local de estudo; ter história de menarca há mais de um ano em relação à data de recolha dos dados; manter ciclos menstruais sem uso de terapia de reposição hormonal, e ter queixas que ocorrem no período pré-menstrual e desaparecem nas demais fases do ciclo menstrual.

Embora não tenha havido qualquer caso de exclusão, admitiu-se a possibilidade de exclusão do estudo a utente que apresentasse enfermidade ginecológica desencadeadora ou exacerbante de sintomatologia compatível com síndrome pré-menstrual ou ainda cujo estado de saúde pudesse comprometer a autoavaliação por outra patologia.

Ao considerar as características próprias da clientela, habituada a cuidar da saúde pela maior facilidade de atendimento decorrente da característica do hospital, admitiu-se: a) percentual de 70% de mulheres atendidas com queixas no período pré-menstrual; b) média trimestral de 100 mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia do local de estudo no período de três meses; c) níveis de confiança iguais de 90% e 95% para estimar intervalo de tamanho amostral; d) desejo de estudo igual a 1,0, o tamanho amostral estimado variou entre 71 e 78 utentes, empregando-se o programa estatístico OpenEpi. O tamanho amostral igualou-se a 60 pacientes que obedeciam aos critérios de inclusão.

3.2.2 Caracterização sociodemográfica da amostra

As utentes tinham idade variando entre 18 e 56 anos, com vida reprodutiva ativa e ciclos menstruais regulares, características que se podem observar nas Tabelas 1 e 2.

Quanto à idade, as utentes apresentaram média igual a 32 anos com desvio-padrão de 9 anos. Referiram menarca em média aos 12 anos de idade (desvio-padrão igual a 1 ano) e coitarca à idade de 18 anos, variando entre 16 e 20 anos. Exclusivamente uma paciente mantinha vida sexual ativa havia um ano, portanto teve iniciação sexual logo após a menarca, mas não tinha sintomatologia compatível com síndrome pré-menstrual.

Tabela 1 – Características etária e de vida reprodutiva das participantes

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mediana	Amplitude interquartílica
Idade (anos)	32	9	30	24-38
Menarca (anos)	12	1	12	12-13
Coitarca (anos)	18	4	18	16-20
Número de parceiros	3	4	2	1-3
Duração da fase menstrual (dias)	5	2	5	4-6

Quanto às características reprodutivas de interesse para esta pesquisa, constatou-se que 42 utentes apresentavam queixa relacionada à intensidade do fluxo menstrual, a qual foi avaliada como aumentada (hipermenorreia) porque era maior que oito dias, com quantidade excessiva (maior que 80 mL), associação dessas duas queixas, quando havia necessidade de troca de absorventes durante a noite ou ainda quando, nos dias de maior sangramento, havia transbordamento do absorvente interno ou externo em menos de duas horas (Machado, 2001; Silva Filho et al., 2015). A categorização de fluxo reduzido foi empregada quando houve referência de duração menor que três dias, intensidade menor que 30 mL ou ambas as condições (Machado, 2001). Quanto à vida sexual, 56 mulheres declararam experimentar orgasmo nas relações sexuais e 55 relataram manutenção da libido (Tabela 2).

Tabela 2 – Características ginecológicas das participantes

Variáveis ginecológicas	Categorização	Frequência	percentual
Fluxo menstrual	Aumentado	30	50,0
	Reduzido	12	20,0
	Constante	18	30,0
Orgasmo	Ausente	4	6,7
	presente	56	93,3
Libido	Ausente	5	8,3
	presente	55	91,7

3.3 INSTRUMENTOS

Nesta pesquisa foram empregados três instrumentos, sendo dois padronizados e internacionalmente utilizados em pesquisas. O primeiro instrumento consistiu em um conjunto de perguntas aplicadas às utentes para sua identificação e caracterização de vida reprodutiva (Apêndice B).

O segundo instrumento foi o Questionário de Triagem de Sintomas Pré-menstruais, padronizado por Steiner, Macdougall e Brown (2003), composto por uma relação de 14 sintomas característicos de síndromes pré-menstruais, aos quais se associam cinco interferências desses sintomas em atividades de vida diária, social, profissional e relacional familiar e com amigos. As respostas possibilitam classificar o transtorno pré-menstrual da utente, obedecendo aos critérios propostos pela American Psychiatric Association e pela Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (American Psychiatric Association, 2013; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

Foram consideradas utentes com síndrome pré-menstrual aquelas que avaliaram os sintomas numerados de um a quatro como moderados ou graves, avaliaram pelo menos quatro dos 14 sintomas como moderados ou graves e referiram uma influência moderada a grave de seus sintomas sobre suas atividades. Os mesmos critérios foram adotados para a classificação das pacientes com o diagnóstico de síndrome disfórica pré-menstrual, porém sempre com classificação de interferência ou sintoma na intensidade grave (American Psychiatric Association, 2013; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2011).

O terceiro questionário foi o *Short Form Health-Survey* (SF-36), que é a forma curta do *Medical Outcomes Study* (MOS), composto por 149 itens, concebido a partir de diversos instrumentos desenvolvidos nos últimos 20 anos para avaliação de saúde, sendo usado em estudos de avaliação de saúde (Ware Jr & Sherbourne, 1992). O SF-36 tem sido considerado um questionário genérico de avaliação do estado de saúde, tão amplo quanto possível, porém de aplicação compreensível e breve (aproximadamente 10 minutos), baseado em medidas psicométricas e validado, no Brasil, por Ciconelli, em

1997, sendo atualmente um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos (Cicoconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999). É um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens, com oito componentes ou domínios, cuja composição e pontuação está expressa no Quadro 1.

As respostas são convertidas em pontos, variando conforme o número de alternativas de cada questão. As respostas relativas a: dor (itens 7 e 8), percepção do estado geral de saúde (itens 1, 11b, 11d), vitalidade (itens 9a e 9e), funções sociais (item 6) e saúde mental (itens 9d e 9h) tiveram a pontuação revertida, respeitando as normas do *QualiMetric SF Health Outcomes*, porque uma resposta com maior pontuação corresponde à piora do estado de saúde (Saris-Baglama et al., 2004) (Quadro 1).

Quadro 1 – Conversão das respostas em pontuação nominal ou reversa dos componentes de saúde física e mental do SF-36

Domínio	Perguntas	Pontuação Nominal	Conversão em pontuação reversa
Funções físicas	3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j	1, 2 ou 3	-
Limitações devidas à saúde física	4a, 4b, 4c, 4d	1 ou 2	-
Dor	7	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
	8	1, 2, 3, 4, 5	5, 4, 3, 2, 1
Percepção do estado geral de saúde	11a, 11c	1, 2, 3, 4, 5	-
	1	1, 2, 3, 4, 5	5, 4, 3, 2, 1
	11b, 11d,	1, 2, 3, 4, 5	5, 4, 3, 2, 1
Vitalidade	9g, 9i	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
	9a, 9e	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
Funções sociais	6	1, 2, 3, 4, 5	5, 4, 3, 2, 1
	10	1, 2, 3, 4, 5	-
Limitações devidas a problemas emocionais	5a, 5b, 5c	1, 2	-
Saúde mental	9b, 9c, 9f	1, 2, 3, 4, 5, 6	-
	9d, 9h	1, 2, 3, 4, 5, 6	6, 5, 4, 3, 2, 1
Saúde total	2	1, 2, 3, 4, 5	-

FONTE: Saris-Baglama et al. (2004)

A pontuação de cada domínio foi obtida pela soma dos pontos dos itens que o compuseram, convertida em uma escala percentual pela fórmula 1.

$$\text{escala transformada} = \left(\frac{\text{Soma de pontos do domínio} - \text{menor pontuação possível do domínio}}{\text{pontuação máxima} - \text{pontuação mínima}} \right) * 100$$

Para o cálculo dos componentes de saúde física do SF36 e de saúde mental, a soma de pontos de cada domínio foi convertida em escala z, empregando as médias e desvios-padrão do Padrão Americano de 1998, para, em seguida, efetuar a soma da

pontuação de cada domínio multiplicado por seu respectivo coeficiente (Quadro 2), conforme fórmula 2.

$$\Sigma \text{escalafinal} = \Sigma \left(\frac{\text{escalatransformada} - \text{média do padrão americano de 1998}}{\text{desvio-padrão americano de 1998}} \right) * \text{coeficiente}$$

Quadro 2 – Parâmetros de padronização empregados no cálculo dos componentes de saúde física e mental do SF-36

Domínio	Padrão Americano de 1998		Coeficiente dos componentes	
	média	desvio-padrão	físico	mental
funções físicas	82,34934	24,55363	0,42402	-0,22999
limitações devidas à saúde física	78,37950	35,25259	0,35119	-0,12329
Dor	73,37809	24,09701	0,31754	-0,09731
percepção do estado geral de saúde	70,69938	21,60431	0,24954	-0,01571
Vitalidade	57,64847	21,81907	0,02877	0,23534
funções sociais	85,61860	22,83605	-0,00753	0,26876
limitações devidas a problemas emocionais	82,44273	32,52898	-0,19206	0,43407
saúde mental	76,23511	17,25352	-0,22069	0,48581

A interpretação dos resultados fez-se considerando que a pontuação indica a intensidade com que o domínio de saúde analisado interfere sobre o desempenho normal da mulher nessas atividades. Assim, a pontuação de domínio de funções físicas indica a extensão com que a saúde interfere sobre o desempenho de atividades como praticar esportes, carregar pacotes, subir escadas e caminhar. Nas limitações devidas a problemas emocionais, a pontuação indica o grau com que problemas emocionais não resultam em problemas no trabalho e na vida diária. A pontuação da saúde mental indica o grau com que uma pessoa não se sente nervosa ou deprimida (Deberard & Masters, 2014).

3.4 PROCEDIMENTOS FORMAIS, ÉTICOS E ESTATÍSTICOS

3.4.1 Procedimentos formais éticos

Em obediência ao que preceitua a Recomendação 466, publicada em 2014 pelo Conselho Nacional de Saúde, para disciplinar os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética do Hospital Otávio de Freitas, recebendo CAAE nº. 52599616.5.0000.5200 (conforme Anexo C), bem como contou com a anuência do

Exmo. Sr. Coronel Diretor do Hospital de Aeronáutica de Recife, para que a recolha dos dados fosse procedida no ambulatório de Ginecologia (conforme Anexo D),.

O direito ao anonimato e à confidencialidade foi prezado rigorosamente, através da atribuição de um número, ao questionário, que substitui a identidade da mesma. Em nenhum momento, a identidade do sujeito é passível de ser associada às suas respostas individuais, mesmo pelos investigadores. Considerou-se que a quebra do anonimato e confidencialidade poderia significar o prejuízo psicológico e social dos sujeitos identificados.

Para além dos procedimentos formais de preservação de um comportamento ético do pesquisador e dos pesquisados para com a sociedade nacional e internacional, já que uma pesquisa, ao ser publicada, torna-se documento de domínio público e pode servir de guia para conduta clínica e investigatória em várias partes do mundo, durante a execução da pesquisa o autor preocupou-se em cumprir a máxima de oferecer às utentes o benefício social de aumento de conhecimento. Adotando um comportamento amistoso e algo informal, incitou-se a utente a questionar sobre a síndrome pré-menstrual, ainda que essa não fosse sua queixa. Tal benefício social consiste em auxiliá-la a compreender o funcionamento de seu corpo, com possibilidade de se converter em agente de informação para outras mulheres de seu relacionamento social ou familiar.

3.4.2 Procedimento de recolha dos dados

Após obtenção da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética, cada uma das utentes que compareceu ao ambulatório de Ginecologia no período de recolha dos dados, foi convidada a participar da pesquisa, após lhe serem explicados os objetivos, as questões que norteavam tais objetivos, os riscos de sua participação, os benefícios, assim também os direitos inerentes a quem participa de pesquisa científica.

Obtido o consentimento verbal, após nos assegurarmos de que a utente houvera compreendido as explicações que lhe foram oferecidas pelo pesquisador, aplicaram-se os três instrumentos de pesquisa, solicitando que respondesse verbalmente a cada um deles. Essa conduta foi adotada dada a frequência de iletramento completo ou iletramento funcional da clientela feminina do local de pesquisa. Entendemos e

assumimos que a padronização de conduta de recolha de dados pôde evitar constrangimentos da utente por sua impossibilidade de compreensão da palavra escrita.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos distribuições de frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central como média e mediana, bem como de variabilidade como desvio padrão e amplitude interquartilica. No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exigiu verificar a natureza quantitativa das variáveis, sua distribuição normal e a homogeneidade de variância populacional para escolha do teste inferencial (Richardson, 2009). Da estatística não paramétrica foram utilizados o teste de diferença de médias de amostras independentes e o teste de Kruskal Wallis para comparação de médias de uma variável quantitativa.

Foi utilizado ainda o teste exato de Fisher, um teste não paramétrico para comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, dispostas em tabelas de 2x2, para o estudo de relações entre variáveis nominais, por meio de contingência, ou seja, da comparação entre as frequências observadas e esperadas, em decorrência da probabilidade de ocorrência. Na análise estatística, utilizamos o valor de significância $p < 0.05$ * significando diferença estatística significativa.

Todo o tratamento estatístico foi processado com o programa IBM/SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

De seguida apresentam-se os resultados de caracterização da síndrome pré-menstrual das utentes por meio de análise descritiva considerando as variáveis que podem interferir direta ou indiretamente no desencadeamento ou agravamento da síndrome pré-menstrual e na autoavaliação da saúde.

Com relação à síndrome pré-menstrual, 16 (29,7%) utentes tinham síndrome pré-menstrual; 28 (46,6%) tiveram sintomatologia compatível com SDPM e 16 (29,7%) utentes não apresentavam sintomas compatíveis com diagnóstico de tais síndromes.

Comparando a sintomatologia de utentes sem síndromes do ciclo menstrual com aquelas com SPM, identificou-se que foram mais frequentes em pacientes com a síndrome os sintomas de raiva/irritabilidade, ansiedade/tensão, choro/rejeição, além dos sintomas físicos e todas essas diferenças alcançaram significância estatística (conforme Tabela 3).

Da comparação de intensidade de sintomatologia de utentes com SPM às aquelas identificadas como SDPM, respeitando a gradação da intensidade de sintomas, se pôde afirmar que as mulheres com diagnóstico de SDPM mais frequentemente referiram queixas de ansiedade/tensão, diminuição do interesse com atividades domésticas, de trabalho e sociais, fadiga/perda de energia, dificuldade de concentração, fome excessiva ou anorexia, sentimento de estar oprimida/fora de controle e sonolência, o que as diferenciou significativamente das pacientes com SPM, independente de a intensidade das queixas ser grave (conforme Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de frequência dos sintomas para triagem de síndrome pré-menstrual

Sintoma	categorias	Classe de síndrome			Valor de p*	
		ausente	SPM	SDPM	Ausente vs SPM	SPM vs SDPM
		n %	n %	n %		
Raiva/Irritabilidade	Nenhum a leve	11 (68,8)	4 (25,0)	4 (14,3)	0,016	0,389
	Moderado/grave	5 (31,3)	12 (75,0)	24 (85,7)		
Ansiedade/Tensão	Nenhum a leve	13 (81,2)	7 (43,8)	3 (10,7)	0,033	0,017
	Moderado/grave	3 (18,8)	9 (56,3)	25 (89,3)		
Choro/rejeição	Nenhum a leve	13 (81,2)	6 (37,5)	7 (25,0)	0,014	0,285
	Moderado/grave	3 (18,8)	10 (62,5)	21 (75,0)		
Depressão/desesperança	Nenhum a leve	14 (87,5)	14 (87,5)	20 (71,4)	0,700	0,200
	Moderado/grave	2 (12,5)	2 (12,5)	8 (28,6)		
Diminuição do interesse com o trabalho	Nenhum a leve	15 (93,8)	15 (93,8)	16 (57,1)	0,759	0,010
	Moderado/grave	1 (6,2)	1 (6,2)	12 (42,9)		
Diminuição do interesse com atividades domésticas	Nenhum a leve	14 (87,5)	15 (93,8)	13 (46,4)	0,500	0,002
	Moderado/grave	2 (12,5)	1 (6,2)	15 (53,6)		
Diminuição do interesse para atividades sociais	Nenhum a leve	15 (93,8)	14 (87,5)	14 (50,0)	0,500	0,013
	Moderado/grave	1 (6,2)	2 (12,5)	14 (50,0)		
Dificuldades de concentração	Nenhum a leve	16 (100,0)	15 (93,8)	17 (60,7)	0,500	0,018
	Moderado/grave	0 (0,0)	1 (6,2)	11 (39,3)		
Fadiga/falta de energia	Nenhum a leve	15 (93,8)	11 (68,8)	8 (28,5)	0,085	0,011
	Moderado/grave	1 (6,2)	5 (31,2)	20 (71,5)		
Problema de fome excessiva ou anorexia	Nenhum a leve	15 (93,8)	12 (75,0)	11 (39,3)	0,166	0,023
	Moderado/grave	1 (6,2)	4 (25,0)	17 (60,7)		
Insônia	Nenhum a leve	15 (93,8)	14 (87,5)	22 (78,6)	0,500	0,380
	Moderado/grave	1 (6,2)	2 (12,5)	6 (21,4)		
Sonolência	Nenhum a leve	13 (81,2)	14 (87,5)	10 (35,7)	0,500	0,001
	Moderado/grave	3 (18,8)	2 (12,5)	18 (64,3)		
Sentimento de estar oprimida/fora de controle	Nenhum a leve	16 (100,0)	13 (81,3)	13 (46,4)	0,113	0,024
	Moderado/grave	0 (0,0)	3 (18,7,8)	15 (53,6)		
Sintomas físicos	Nenhum a leve	9 (56,3)	2 (12,6)	5 (17,9)	0,012	0,490
	Moderado/grave	7 (43,7)	14 (87,4)	23 (82,1)		

Legenda: * - valor de p calculado pelo teste exato de Fisher

Questionadas quanto à interferência dos sintomas nas atividades familiares, sociais, de inter-relação ou laborais, as avaliações das utentes com ausência de síndromes pré-menstruais comparadas àquelas com SPM eram muito semelhantes. No entanto as mulheres com SPM relatavam maior interferência familiar. No entanto qualquer dessas diferenças alcançou significância, conforme se observa na Tabela 4.

Ao proceder à comparação de tais interferências entre pacientes com SPM e com SDPM, identificou-se que a forma mais grave da síndrome comprometia significativamente as relações sociais, familiares e domésticas, tal como se observa na Tabela 4.

A referência de comprometimento da libido e do orgasmo teve alta frequência para utentes com ou sem síndrome menstrual, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição de frequência das interferências atribuídas aos sintomas para triagem de síndrome pré-menstrual

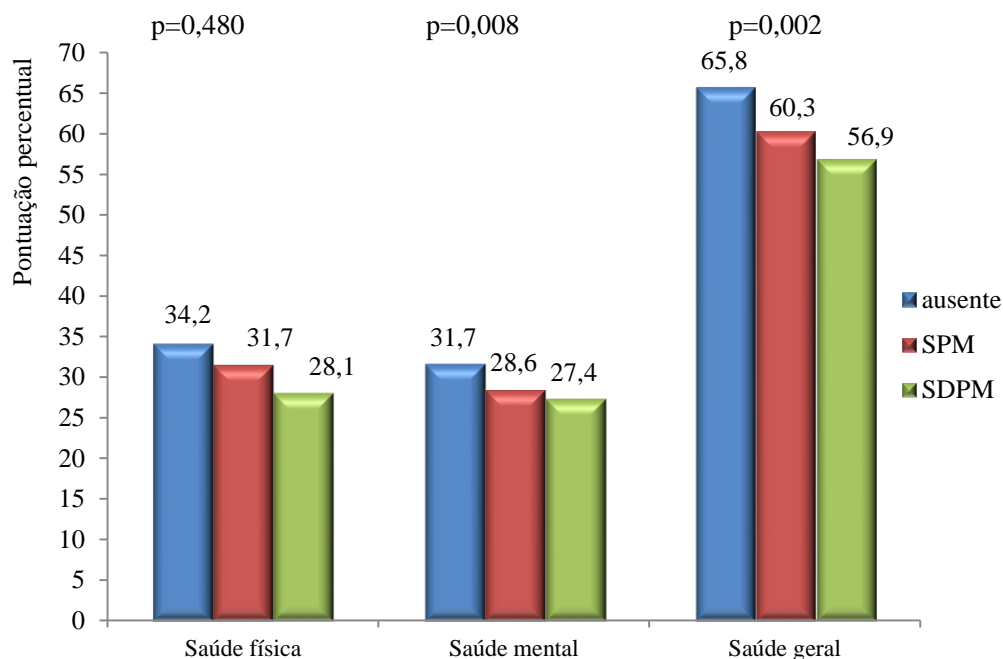
Interferências atribuídas aos sintomas	categorias	Classe de síndrome			Valor de p*
		ausente n %	SPM n %	SDPM n %	SPM vs SDPM
Interferência com produtividade	Nenhum a leve	16 (100,0)	15 (93,8)	21 (75,0)	0,124
	Moderado/grave	-	1 (6,2)	7 (25,0)	
Interferência no relacionamento com colegas	Nenhum a leve	15 (93,8)	15 (93,8)	17 (60,8)	0,010
	Moderado/grave	1 (6,2)	1 (6,2)	11 (39,2)	
Interferências familiares	Nenhum a leve	16 (100,0)	13 (81,3)	9 (32,2)	0,002
	Moderado/grave	-	3 (18,7)	19 (57,8)	
Interferências sociais	Nenhum a leve	11 (68,8)	15 (93,8)	3 (10,7)	< 0,001
	Moderado/grave	5 (31,3)	1 (6,2)	25 (89,3)	
Interferências domésticas	Nenhum a leve	13 (81,3)	14 (87,6)	14 (50,0)	0,013[†]
	Moderado/grave	3 (18,7)	2 (12,4)	14 (50,0)	
Libido	Nenhum a leve	1 (6,2)	1 (6,2)	3 (10,7)	0,537
	Moderado/grave	15 (93,8)	15 (93,8)	25 (89,3)	
Orgasmo	Nenhum a leve	2 (12,5)	1 (6,2)	1 (3,6)	0,600
	Moderado/grave	14 (87,5)	15 (93,8)	27 (96,4)	

Legenda: * - valor de p calculado pelo teste exato de Fisher

Confirmada a adequabilidade de classificação das utentes segundo síndrome pré-menstrual, apresentamos em gráficos as pontuações médias dos componentes de qualidade de vida relativos à saúde física e mental com respectivos domínios.

No Gráfico 1, observa-se a distribuição das pontuações médias dos componentes físico e mental de utentes, segundo síndrome menstrual ausente, SPM e SDPM. Identificou-se que o grupo com SDPM sofreu os maiores comprometimentos de saúde, tanto no componente físico quanto no mental. Comparativamente, as mulheres avaliaram que síndrome disfórica pré-menstrual comprometia mais sua saúde, ou seja, seu desempenho, do que o perceberam as mulheres com SPM ou ainda aquelas com queixas no período pré-menstrual, porém não características de síndrome pré-menstrual. Identificou-se que os prejuízos de saúde mental diferenciaram significativamente os grupos ($p=0,008$), do que derivou também haver uma diferença significativa na saúde geral das utentes ($p=0,002$), com perda maior para aquelas com SDPM, seguindo as pontuações da SPM (conforme Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição das pontuações médias dos domínios dos componentes físico, mental e de saúde geral de utentes segundo síndrome pré-menstrual



Nota: valor de p calculado pelo teste de diferença de médias de amostras independentes

Por meio do detalhamento do comprometimento da qualidade de vida segundo condição de presença ou ausência de síndrome pré-menstrual, foi possível constatar que a presença dessa síndrome (SPM ou SDPM) promoveu prejuízo na qualidade de vida devido ao aumento das limitações devidas a aspectos físicos, redução de viabilidade, do desempenho de funções sociais, aumento das limitações devidas a aspectos físicos, redução da vitalidade, do desempenho de funções sociais, aumento das limitações devidas a aspectos emocionais e redução de saúde mental, como se observa na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição de medias e desvios-padrão das pontuações dos componentes de qualidade de vida segundo síndromes mentruaisi

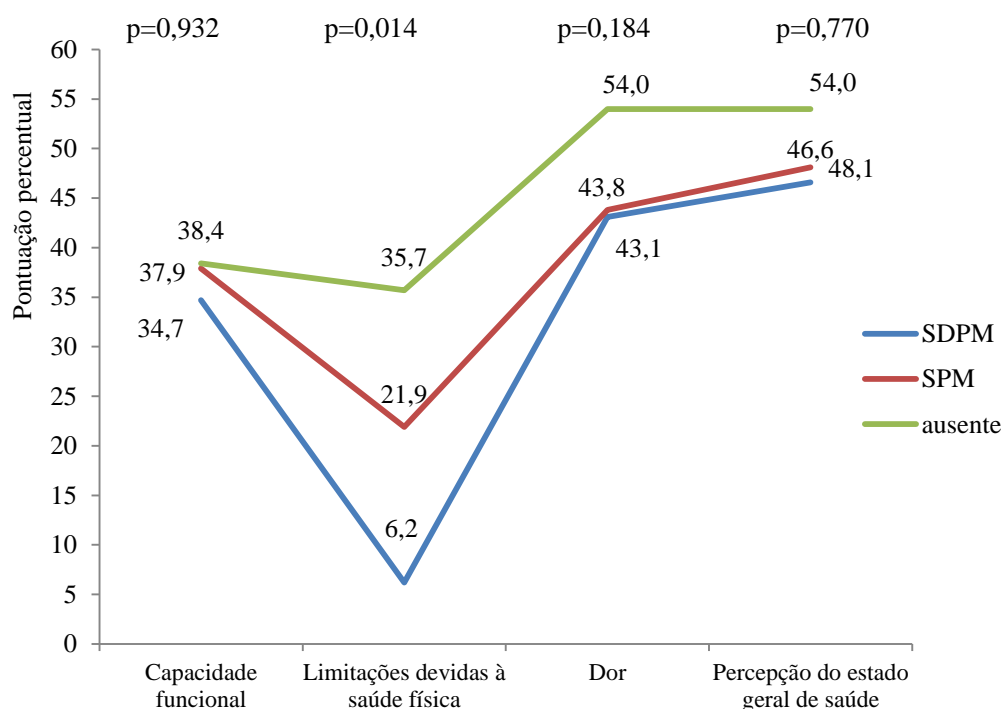
Componentes e domínios de qualidade de vida	Síndrome pré-menstrual		Valor de p
	Ausente	SPM/SDPM	
<i>Componente físico</i>	38,2 (5,1)	36,7 (4,0)	0,137
Capacidade funcional	38,1 (9,7)	39,7 (6,4)	0,553
Limitações devidas a aspectos físicos	30,1 (35,3)	6,2 (14,4)	0,001
Dor	50,2 (23,4)	43,3 (13,9)	0,254
Estado geral	47,6 (14,0)	48,1 (14,3)	0,891
<i>Componente mental</i>	30,6 (7,8)	26,6 (5,6)	0,066
Vitalidade	31,8 (17,3)	17,8 (10,9)	0,004
Funções sociais	28,7 (21,9)	11,7 (17,4)	0,007
Limitações devidas a aspectos emocionais	37,9 (39,7)	8,3 (25,8)	0,008
Saúde mental	44,7 (90)	34,8 (12,7)	0,006

Nota: valor de p calculado pelo teste de diferença de médias de amostras independentes

No Gráfico 2, buscou-se detalhar a avaliação da qualidade de vida segundo tipo de síndrome. O agravamento da sintomatologia promoveu perda no componente físico da qualidade de vida. Na comparação das queixas de pacientes sem síndromes de ciclo menstrual àquelas com SPM e SDPM, identificou-se maior prejuízo à qualidade de vida para esse último grupo, devido à presença de aumento de pontuação nos domínios de dor, limitações devidas à saúde física e percepção do estado geral de saúde. A SDPM promoveu maior prejuízo à qualidade de vida, quando comparada à SPM e à ausência dessas enfermidades, porém a maior repercussão foi atribuída às limitações devidas à saúde física ($p=0,014$, pelo teste de diferença de médias de amostras independentes).

As semelhanças entre a SPM e a SDPM nos domínios de saúde física estiveram presentes nas alterações de capacidade funcional e na percepção de estado geral de saúde, conforme Gráfico 2.

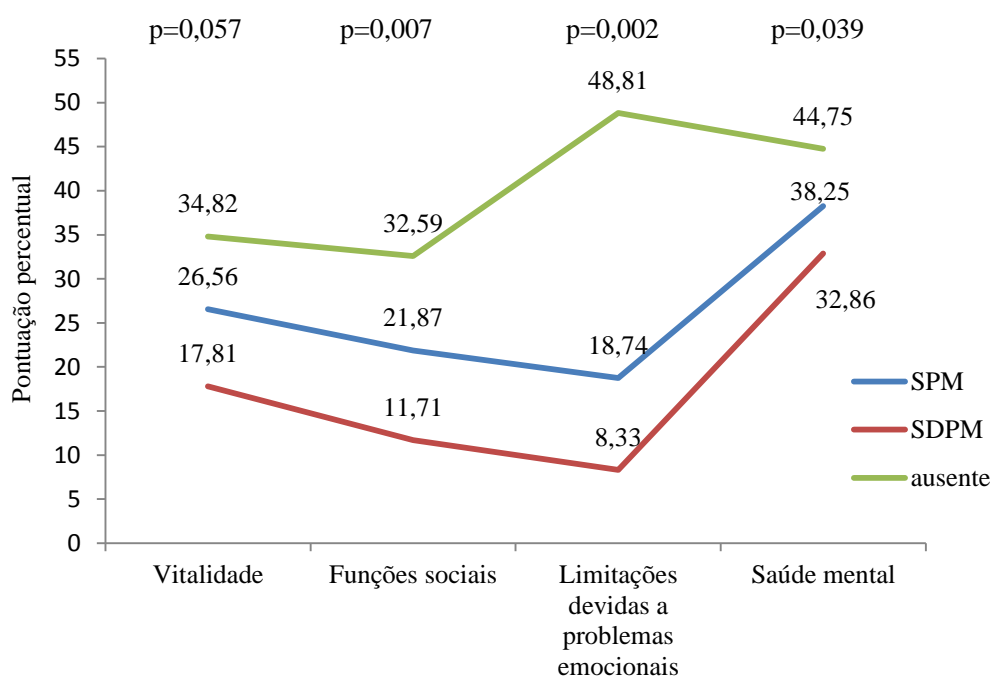
Gráfico 2 – Distribuição das pontuações medias dos domínios do componente mental de qualidade de vida



Nota: valor de p calculado pelo teste de Kruskal Wallis

No Gráfico 3, estão expressas as pontuações médias dos domínios que integram o componente mental de saúde. Analogamente ao que se verificou para o componente físico, o aumento da intensidade dos sintomas se acompanhou de redução das pontuações, de tal forma que as utentes sem síndromes menstruais indicaram menor comprometimento em todos os domínios de saúde mental. Aquelas mulheres com SPM ofereceram pontuações menores e valores ainda menores foram atribuídos pelas utentes com SDPM, especialmente nos domínios de limitações devidas a problemas emocionais. No componente mental, os maiores prejuízos estiveram presentes na redução de vitalidade e de funções sociais, bem como no aumento das limitações devidas a problemas emocionais. Todas essas diferenças alcançaram significância, sendo identificadas como fatores de diferenciação entre essas síndromes (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição das pontuações medias dos domínios do componente mental de qualidade de vida



Nota: valor de p calculado pelo teste de Kruskal Wallis

Considerando a possível influência de fatores demográficos e reprodutivos sobre a qualidade de vida, segundo alterações decorrentes da síndrome menstrual, apresentamos a Tabela 6, na qual se constatou que a idade é um fator que se soma à síndrome menstrual para comprometer a qualidade de vida. Pacientes mais jovens com

síndrome pré-menstrual (SPM ou SDPM) tiveram maior prejuízo de vitalidade, ao passo que aquelas com mais de 30 anos de idade avaliaram seu prejuízo em saúde mental.

Mulheres com idade à menarca menor ou igual a 12 anos pontuaram valores menores nos domínios de qualidade de vida, porém nenhuma das variações alcançou significância. Assim também mulheres com idade à coitarca até os 18 anos de idade ofereceram pontuações menores, mas nenhuma das pontuações alcançou significância.

Diferente foi a influência do fluxo menstrual na qualidade de vida, pois que utentes com alteração de fluxo ofereceram pior avaliação de sua qualidade de vida, por compreenderem que houve aumento de suas limitações por problemas físicos e perda de vitalidade, conforme se observa na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição de médias e desvios-padrão das pontuações dos componentes de qualidade de vida segundo influência de variáveis sobre a síndrome menstrual

Variáveis	Síndrome	Capacidade funcional	Limitações devidas a aspectos físicos	Dor	Estado geral	Vitalidade	Funções sociais	Limitações devidas a aspectos emocionais	Saúde mental
Classe de idade	≤ 30 presente	39,2 (9,2)	12,5 (20,9)	48,1 (9,1)	47,5 (11,7)	23,3 (12,1)	25,0 (17,7)	22,2 (40,4)	42,7 (4,8)
	ausente	38,5 (8,6)	29,8 (31,6)	47,9 (21,7)	45,0 (11,7)	34,6 (15,0)	26,0 (20,0)	34,6 (40,5)	29,7 (11,0)
> 30	presente	40,0 (4,7)	2,5 (7,9)	40,0 (15,9)	48,5 (16,3)	14,5 (9,3)	3,7 (11,9)	0,0 (0,0)	46,0 (10,9)
	ausente	37,5 (11,6)	31,9 (40,9)	53,7 (25,9)	51,4 (11,9)	27,8 (19,9)	32,6 (24,7)	42,6 (39,3)	42,2 (11,5)
	Valor de p	0,974	0,551	0,874	0,134	0,030	0,549	0,628	<0,001
Menarca (anos)	≤ 12 presente	40,6 (5,6)	9,4 (18,6)	41,7 (14,2)	46,2 (18,7)	19,4 (13,5)	14,1 (18,2)	16,7 (35,6)	42,5 (9,5)
	ausente	37,2 (9,9)	32,7 (37,3)	54,8 (24,1)	46,5 (13,0)	33,6 (19,8)	31,5 (22,1)	37,9 (40,5)	33,8 (12,3)
> 12	presente	38,7 (7,4)	3,1 (8,8)	44,4 (14,5)	50,0 (9,2)	16,2 (8,3)	9,4 (17,3)	0,0 (0,0)	47,0 (8,5)
	ausente	39,6 (9,5)	26,7 (32,0)	41,5 (19,9)	49,7 (9,9)	28,3 (11,0)	23,3 (21,6)	37,8 (39,6)	36,8 (13,6)
	Valor de p	0,614	0,294	0,098	0,328	0,157	0,116	0,402	0,163
Coitarca (anos)	≤ 18 presente	40,7 (6,1)	14,3 (19,7)	38,1 (16,8)	50,7 (14,6)	20,7 (14,0)	7,1 (20,2)	19,0 (37,8)	49,1 (11,2)
	ausente	38,7 (8,2)	30,0 (35,0)	46,7 (22,9)	47,2 (12,0)	30,8 (17,0)	28,3 (22,5)	31,1 (39,1)	34,5 (12,3)
> 18	presente	38,9 (7,0)	0,0 (0,0)	46,9 (10,8)	46,1 (14,7)	15,5 (8,1)	15,3 (15,0)	0,0 (0,0)	41,3 (5,3)
	ausente	36,9 (12,2)	32,1 (37,2)	57,9 (23,5)	48,6 (12,5)	33,9 (18,5)	29,5 (21,7)	52,4 (38,6)	35,4 (14,0)
	Valor de p	0,555	0,397	0,133	0,946	0,633	0,945	0,769	0,896
Fluxo menstrual	Normal presente	38,3 (6,8)	6,2 (15,5)	46,3 (12,4)	46,2 (13,7)	16,2 (10,7)	13,5 (18,8)	8,3 (28,9)	44,3 (7,9)
	ausente	40,0 (8,7)	23,3 (31,4)	46,3 (21,3)	48,2 (11,0)	28,3 (14,2)	25,8 (24,1)	38,9 (40,2)	36,5 (12,8)
Alterado	presente	43,7 (2,5)	6,2 (12,5)	33,3 (15,7)	53,7 (17,0)	22,5 (11,9)	6,2 (12,5)	8,3 (16,7)	46,0 (13,3)
	ausente	33,0 (10,8)	46,4 (39,0)	58,7 (26,3)	46,4 (14,3)	39,3 (21,3)	34,8 (15,6)	35,7 (40,2)	31,1 (12,0)
	Valor de p	0,216	0,039	0,264	0,903	0,024	0,326	0,962	0,225
Ciclo menstrual	Normal presente	40,4 (6,7)	6,2 (15,5)	39,8 (14,6)	48,3 (16,1)	18,7 (12,4)	12,5 (19,9)	11,1 (26,6)	46,0 (10,0)
	ausente	39,0 (9,5)	22,3 (29,1)	45,6 (21,0)	46,8 (12,1)	30,2 (14,6)	25,9 (19,8)	30,9 (37,3)	35,6 (12,0)
Alterado	presente	37,5 (5,0)	6,2 (12,5)	52,8 (5,6)	47,5 (8,7)	15,0 (4,1)	9,4 (6,2)	0,0 (0,0)	41,0 (3,8)
	ausente	36,2 (10,2)	45,3 (41,0)	58,3 (25,8)	49,1 (12,1)	34,7 (21,6)	33,6 (25,3)	50,0 (42,2)	33,5 (14,1)
	Valor de p	0,275	0,025	0,022	0,667	0,394	0,259	0,158	0,286
Orgasmo	Ausente presente	45,0 (0,0)	12,5 (17,7)	27,8 (7,8)	40,0 (14,1)	22,5 (17,7)	6,2 (8,8)	16,7 (23,6)	42,0 (8,5)
	ausente	40,0 (0,0)	25,0 (0,0)	27,8 (7,8)	42,5 (3,5)	35,0 (0,0)	37,5 (53,0)	50,0 (23,6)	32,0 (5,7)
Presente	presente	38,9 (6,5)	5,3 (14,5)	45,2 (13,4)	49,3 (14,5)	17,1 (10,5)	14,3 (16,9)	7,1 (26,7)	45,1 (9,3)
	ausente	38,0 (9,9)	30,9 (36,1)	51,3 (23,4)	47,8 (12,2)	31,7 (17,7)	28,2 (20,8)	37,3 (40,4)	34,9 (12,9)
	Valor de p	0,359	0,736	0,046	0,288	0,936	0,427	0,860	0,939
Libido	Ausente presente	40,0	0,0	22,2	70,0	30,0	0,0	0,0	36,0
	ausente	40,0 (5,0)	43,7 (42,7)	47,2 (24,6)	43,7 (8,5)	38,7 (17,9)	37,5 (27,0)	33,3 (47,1)	38,0 (12,4)
Presente	presente	39,6 (6,7)	6,7 (14,8)	44,4 (13,3)	46,6 (13,6)	17,0 (10,8)	12,5 (17,7)	8,8 (26,6)	45,3 (9,0)
	ausente	37,9 (10,0)	29,4 (34,8)	50,5 (23,6)	48,0 (12,3)	31,1 (17,3)	27,8 (21,6)	38,3 (39,6)	34,5 (12,8)
	Valor de p	0,741	0,446	0,510	0,819	0,223	0,541	0,842	0,980
Número de parceiros	≤ 2 presente	38,2 (6,8)	9,1 (16,8)	44,4 (13,1)	45,4 (16,6)	19,1 (12,0)	15,9 (18,6)	12,1 (30,8)	43,3 (7,1)
	ausente	37,7 (10,1)	32,2 (36,0)	52,3 (24,9)	47,4 (12,0)	33,2 (19,4)	28,6 (22,4)	39,8 (40,7)	35,0 (12,6)
> 2	presente	43,0 (4,5)	0,0 (0,0)	40,0 (16,8)	54,0 (4,2)	15,0 (8,7)	2,5 (10,4)	0,0 (0,0)	37,1 (11,9)
	ausente	39,1 (8,9)	26,9 (34,5)	45,3 (19,5)	48,1 (12,5)	28,5 (10,9)	28,8 (21,9)	33,3 (38,5)	48,0 (12,6)
	Valor de p	0,352	0,471	0,290	0,431	0,320	0,549	0,442	0,763

Nota: Valor de p pelo teste de de diferença de médias de amostra independentes

CAPÍTULO 5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados é um exercício de reflexão buscando similaridades e diferenças entre as informações que foram recolhidas no referencial teórico e os dados obtidos na pesquisa, para a construção de eventuais hipóteses a partir das quais se possam suscitar novas reflexões e, assim, alimentar o ciclo de controvérsias a partir das quais a ciência pode progredir (Richardson, 2009).

Nossos resultados convidam a dividir esta discussão em três partes, destinadas a abordar os aspectos metodológicos de interesse para o tema; a comparação das mulheres quanto à qualidade de vida relacionada à síndrome pré-menstrual e, em uma terceira e última parte, a contextualização das autoavaliações.

5.1 DISCUSSÃO DOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

O primeiro aspecto relevante nessa discussão é identificar a adequabilidade da população pesquisada uma vez que possibilitou caracterizar uma prevalência bem distinta daquela referida em outros estudos. Entendemos que devemos valorizar o fato de a clientela pesquisada conviver com membros da Aeronáutica, o que significa manter um comportamento de cuidados de saúde mais sistematizado, até porque os cônjuges e companheiros devem se submeter periodicamente a exames médicos. A assiduidade com que as utentes buscam os cuidados de saúde gera maior possibilidade de atendimento personalizado, portanto maior chance de, na consulta, serem discutidas suas necessidades, derivadas da síndrome pré-menstrual. As necessidades decorrem dos sintomas de irritabilidade, ansiedade, labilidade de humor, que precisam ser compreendidos pelas pacientes para facilitar sua resiliência no período pré-menstrual, já que a melhoria da resiliência pode, no mínimo, tornar a vivência da síndrome mais tolerável e, portanto, com menos perdas sociais e de inter-relações (Backstrom et al., 2003; Delara et al., 2012).

Quando se definiu o interesse pelo tema, analisaram-se diversas escalas de qualidade de vida relacionada à saúde, para atender ao objetivo da pesquisa e, a um só tempo, às características das utentes que seriam investigadas. Dessa feita era necessária uma escala avaliatória de fácil compreensão, com opções escalonadas, menos sujeita a viés de memória da pesquisada, como também de viés de informação, já que mulheres

com síndrome pré-menstrual são poliqueixosas. A escolha do questionário SF-36 baseou-se em ser um questionário empregado em diversas pesquisas clínicas, permitir avaliar constructos gerais de saúde física e mental, bem como detalhar os domínios componentes que podem estar comprometidos nas síndromes do ciclo menstrual. O detalhamento de análise foi útil para diferenciar qualidade de vida sem síndrome e com síndromes do ciclo menstrual, bem como caracterizar as síndromes pré-menstrual e disfórica pré-menstrual (Campolina & Ciconelli, 2006).

Outro aspecto importante a ser mencionado nesta dissertação foi o uso do Questionário de Triagem de Sintomas Pré-menstruais para diagnóstico das síndromes pré-menstruais, pelo fato de seu critério classificatório suscitar dúvidas, devido à pouca clareza de enunciado. Há sutil diferença de caracterização da síndrome disfórica pré-menstrual por sintomas relatados como de intensidade exclusivamente grave, enquanto que, na síndrome pré-menstrual, alguns sintomas podem ser avaliados como de intensidade moderada. Dessa forma, para que fossem minimizados os erros de avaliação e, conseqüentemente, de classificação das utentes quanto à síndrome do ciclo menstrual, foi necessário reiterar o relato da paciente, para se assegurar das queixas referidas e da intensidade de cada uma. Assim também foi necessária cautela porque a simples presença de queixas no período pré-menstrual não caracteriza síndrome do ciclo menstrual uma vez que essas queixas devem comprometer aspectos emocionais podendo até mesmo assemelhar-se à depressão maior (Hoyer et al., 2013; Steiner et al., 2003).

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta pesquisa possibilitou corroborar a informação de que a prevalência de síndrome pré-menstrual é alta, porém variável. Considerando o diagnóstico de síndrome pré-menstrual, independente de ser SPM ou SDPM, o percentual de 76,3% identificado nesta pesquisa assemelhou-se aos 72,66% relatados por Maia, Aguiar, Chaves & Rolim (2014), em estudo incluindo 139 mulheres atendidas em Centro de Saúde de São Luís do Maranhão; mas foi maior que os 60,0% diagnosticados no Irã, dentre 430 mulheres entre 15 e 45 anos de idade (Maleki, Pourshahbaz, Asadi, & Yoosef, 2009). Não se assemelhou à prevalência de 95% presente dentre 100 mulheres no período Peri menopausa, com idade de 43 a 53 anos, investigadas na Coreia (Chung et al., 2014).

A diferença de prevalência de síndromes pré-menstruais tem sido atribuída a mudanças de estilo de vida, carga de trabalho, fatores dietéticos, além da predisposição genética e fatores culturais, porém as explicações ficam tão somente no campo das hipóteses, pela falta de evidências mais robustas (Naeimi, 2015).

Em nossa pesquisa, a prevalência alta pode ter sido influenciada também pela ação de fatores culturais. Ser companheira ou participar de comunidade militar significa estar exposta a maior desgaste emocional em decorrência de frequentes ausências de seus companheiros por motivos laborais, bem como de maior exigência dos cônjuges por trazerem o regime disciplinar rigoroso da caserna para o lar, esperando um comportamento feminino sempre adequado às necessidades da vida profissional (Adão, 2013). Essa expectativa atua, na opinião de Adão (2013), como fator de tensão emocional constante, já que a comunidade militar é fechada e pauta seus valores de relação social por parâmetros mais rígidos de adequação que a sociedade civil, podendo contribuir para o sentimento de estar oprimida, aumento da ansiedade e perda de concentração. Dessa forma, as alterações hormonais, que podem modificar funções psíquicas e ocorrem nas síndromes do ciclo menstrual, têm a possibilidade de aumentar o prejuízo da qualidade de vida de utentes que integram a vida militar, ainda que sejam civis. A hipótese de fatores externos comprometerem o estado de saúde de utentes com síndrome pré-menstrual (SPM ou SDPM) parece plausível, como afirmam Douma et al. (2005).

Naeimi (2015) explica que modificações na prevalência de síndromes pré-menstruais podem ocorrer pela falta de homogeneidade de critérios diagnósticos ou mesmo de definição objetiva da intensidade de tais sintomas. A autora ressalta que os critérios para definição diagnóstica de síndromes pré-menstruais datam de 2003, mas foram admitidos consensualmente nas diversas Sociedades de Especialidades Médicas apenas a partir de 2011. Dessa feita, a mudança de critérios diagnósticos pode contribuir para prevalências distintas. Adicionalmente, deve-se considerar que a descrição sintomatológica das utentes pode se modificar em função dos hábitos culturais de cada comunidade.

Diferindo da literatura, a prevalência de mulheres com SPM foi menor que a de SDPM, mantendo uma relação de 4 SPM para 7 SDPM. Maleki et al. (2009), estudando 430 mulheres com idade variando entre 15 e 45 anos, referem uma proporção de 11 SPM para 4 SDPM e argumentam que essa classificação pode ser modificada em função

da intensidade relatada para a queixa, do que decorre a necessidade de o médico certificar-se de obter uma informação o mais precisa possível. Lee et al. (2015) referiram uma relação de 9% de SPM para 32,8% de SDPM, porém esses dados não são comparáveis aos de nossa pesquisa, porque se referiram a utentes no período pós-parto. A relação de proporcionalidade entre casos de SPM e SDPM referida na literatura, em estudos de base populacional pode chegar a 60% dos casos de SPM para 8% de casos de SDPM e para tal variabilidade ainda não se tem explicação, o que aponta para a necessidade de cautela ao firmar tal diagnóstico, uma vez que a terapêutica pode ser distinta, a depender da sintomatologia mais intensa (Naeimi, 2015).

Na presente pesquisa se poderia aventar a hipótese de que a maior frequência de casos de SDPM estaria relacionada a uma amostra de utentes mais velhas do que a referida por outros autores (Lee et al., 2015; Maleki et al., 2009). No entanto apoiados no estudo de Chung et al. (2014), parece mais viável admitir que a diferença de frequência de casos de SPM ou SDPM pode estar relacionada à falta de conhecimento das mulheres sobre síndromes pré-menstruais, do que derivaria a não valorização de uma sintomatologia que lhe é característica.

Pela vivência em hospital militar parece plausível atribuir essa diferença em relação à literatura a características de as mulheres serem companheiras de militares, o que lhes impõe, ainda que sub-repticiamente, um regime disciplinar rígido para cumprimento de horários e rotinas domésticas. Esse regime de exigências se assevera quando o militar é aposentado, posto tender a impor no lar o mesmo padrão comportamental que vivenciou no quartel (Adão, 2013). Ao considerar a teoria da vulnerabilidade para etiologia da síndrome pré-menstrual, parece plausível considerar que essa relação de disciplina rígida pode ter contribuído para a inversão da relação, agravando os sintomas e desencadeando a sintomatologia psíquica da disforia.

A distribuição de sintomas referidos pelas utentes da presente pesquisa possibilitou comprovar a adequabilidade de sua classificação diagnóstica, apontando que a diferenciação entre pacientes sem síndrome pré-menstrual e aquelas com esse diagnóstico deveu-se à maior frequência da percepção de ansiedade/tensão emocional, raiva/irritabilidade e maior propensão a choro ou sentimento de rejeição, os quais eram percebidos como sintomas físicos. Achados semelhantes foram relatados por Seedhom, Mohammed, & Mahfouz (2013) em pesquisa envolvendo 255 estudantes universitárias

da Universidade de El-Minia, no Egito, assim como por Maia et al. (2014), ao estudar 139 mulheres atendidas em Centros de Saúde em São Luís do Maranhão.

Nossos dados relativos à diferenciação entre SPM e SDPM também estiveram concordes com os achados de Seedhom, Mohammed, & Mahfouz (2013) e Maia et al. (2014), porém se observou, na presente pesquisa, maior frequência de diminuição do interesse para atividades sociais e de sentimento de estar oprimida/fora de controle, porém em ausência de sintomatologia física. Esses achados, distintos da literatura, atribuímos à característica de nossas utentes pertencerem à comunidade militar, portanto estando mais expostas a fatores estressores externos, explicação que parece adequada para explicação também dos achados de maior comprometimento de interferência dos sintomas nas relações familiares, sociais, com colegas e na produtividade (Adão, 2013).

Ao analisar os componentes da saúde geral das utentes desta pesquisa e identificar maior comprometimento da saúde mental, reduzindo sua qualidade de vida em todos os domínios suscita considerar a atenção dada a elas no sistema de saúde, Nesse sentido, é relevante considerar que a qualidade de atendimento não pode estar restrito ao acesso, ao acolhimento, à orientação terapêutica, mas deve também empoderar a mulher para que compreenda o que ocorre em seu organismo, já que a síndrome pré-menstrual é um fenômeno recorrente. Assim como Adão (2013), Chung et al. (2014), Paiva, Paula, & Nascimento (2010) e os especialistas que redigiram o Projeto Diretrizes sobre Síndromes Pré-Menstruais (Diretrizes, 2011), concordamos haver necessidade de divulgar entre mulheres o conceito dessas síndromes, para que possam adotar comportamentos de resiliência, melhorando sua qualidade de vida. É relevante assinalar que os autores citados aqui realizaram estudos em diversos países e identificaram sempre a falta de conhecimento das mulheres sobre o tema.

O comprometimento de sua qualidade de vida pode ser minimizado a partir da capacitação dessas mulheres para melhor controle da sintomatologia, por meio da construção de novos comportamentos no período de maior alteração hormonal. Essa capacitação também tem a possibilidade de ensinar a familiares e colegas a auxiliar a paciente na adoção de comportamento mais resiliente, o que lhe pode permitir maior qualidade de vida.

É relevante observar que tanto no componente físico quanto mental, a síndrome pré-menstrual ou disfórica pré-menstrual infringiram às utentes limitação devido a problemas físicos e emocionais. Ao considerar que essas mulheres eram mães e

responsáveis pela administração do lar, o achado é relevante principalmente porque eram mantidas sem aumento do conhecimento sobre a síndrome, apesar de serem constantemente atendidas em ambulatório de ginecologia (Maia et al., 2014).

A necessidade de capacitar essas mulheres com síndrome pré-menstrual para conhecerem melhor o funcionamento de seu organismo justifica-se pelo fato de sua sintomatologia estar diretamente relacionada com o mecanismo de modificações hormonais características do ciclo menstrual. Essa informação é relevante para que se desmistifique a conotação social de associar a síndrome pré-menstrual com modificação comportamental de caráter voluntário, como se, sem assistência médica, pudesse a mulher alterar sua sintomatologia (Maclean et al., 2008; Maleki et al., 2009; Romano-Silva et al., 2006).

A significância nos itens e limitações devidas à saúde física e a problemas emocionais mais acentuadas na síndrome disfórica corroborou o que se apresentou na revisão integrativa, mas nossos resultados nos oferecem ainda a possibilidade de empregar a autoavaliação de pacientes no acompanhamento clínico, principalmente por permitir que em uma segunda ocasião a própria utente possa identificar os pontos em que obteve ganhos com o tratamento. A esta vantagem acrescentamos outra, que consiste em aquilatar a intensidade dos componentes da qualidade de vida, o que facilitaria à mulher buscar comportamentos mais adequados para atender a suas necessidades (Maleki et al., 2009).

O fato é relevante na medida em que a perda de qualidade de vida pelo comprometimento de aspectos mentais pode atuar na ativação de receptores, reduzindo a ação hormonal sexual, bem como fazer com que a paciente supervalorize exclusivamente os sentimentos negativos que a síndrome desencadeia (Romano-Silva et al., 2006).

Nesse sentido, concordamos com Bosman et al. (2016), ao afirmarem que é necessário auxiliar as pacientes a valorizarem também os sentimentos positivos vivenciados na vigência da síndrome pré-menstrual, como forma de ativar o sistema límbico e as amígdalas, favorecendo mitigar parte dos efeitos negativos da redução hormonal.

Os achados da presente pesquisa apontam para a possibilidade de o emprego da SF-36 como rotina de serviço de ginecologia beneficiar as pacientes para que

objetivamente identifiquem sua condição de saúde, debatam com o médico sobre o tema e possam ser melhor ajudadas a desenvolver condutas adaptativas capazes de reduzir a sintomatologia que a doença desencadeia. Entendemos que essa estratégia é relevante ao se considerar que as opções terapêuticas para a síndrome pré-menstrual ainda são escassas e não atendem a todos os casos. Essa realidade aponta para a necessidade de o sistema de saúde disponibilizar outras opções às utentes, contribuindo para sua qualidade de vida.

CAPÍTULO 6 CONCLUSÕES

Este estudo abordou a qualidade de vida de mulheres com síndromes pré-menstruais e pode demonstrar comprometimento do componente físico e mental, em presença de uma sintomatologia florida e, portanto, que requer atenção por parte do corpo clínico.

Identificou-se alta prevalência de síndrome pré-menstrual e de síndrome disfórica pré-menstrual, associada a maior frequência dessa forma mais grave numa proporção quase duas vezes maior que o número de casos referido na literatura, na proporção com a síndrome pré-menstrual. Essa distribuição de maior gravidade foi atribuída à característica de as utentes analisadas pertencerem à comunidade militar o que lhes impõe a obediência de uma dinâmica social própria da vida militar e mais exigente socialmente e na convivência familiar. Ressalte-se que os estressores característicos da participação da vida militar não esteve restrito a as utentes serem militares, mas apenas a deverem atender a características do ambiente de trabalho de seus companheiros.

Essa características, associada à comprovação de que as utentes tinham perda de qualidade de vida, especialmente nos domínios do componente de saúde mental, com limitações devidas a aspectos físicos e emocionais, aponta para a necessidade de implantação de ações de prevenção primordial e primária, como forma de as ajudar a desenvolver novos comportamentos resilientes capazes de contribuir positivamente para sua qualidade de vida. Entendemos que essa será uma forma de preservar a saúde dessas utentes e contribuir para a construção e reconstrução de valores pessoais que auxiliem novas adaptações de vida, o que reduziria o risco de agravamento dos sintomas.

O emprego da escala SF-36 na rotina de avaliação ginecológica pode possibilitar a quantificação do estresse desencadeado pela SPM ou pela SDPM, bem como fazer comparações ao longo do tempo da eficácia e eficiência dos tratamentos instituídos, ainda mais quando se considera que utentes com síndrome pré-menstrual tendem a ser poliqueixosas, dificultando ao médico uma avaliação mais objetiva.

O tema de síndrome pré-menstrual é intrigante, e ainda requer muitos estudos, já que pouco se tem avançado na compreensão de todos seus aspectos o que nos impossibilita ainda hoje de prestar melhor assistência a essas pacientes.

Referências Bibliográficas

- Adão, M. C. de O. (2013). Aspectos da Adesão Feminina aos Valores Militares: O Casamento e a Família Militar. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5TM*. (A. P. Association, Ed.) (5th ed.). Arlington: American Psychiatry Association.
- Backstrom, T., Andersson, A., Birzniece, L. A., Bixo, M., Bjorn, I., Haage, D., ... Zingmark, E. (2003). Pathogenesis in menstrual cycle - linked CNS disorders. *Annals of New York Academy of Science*, 1007, 42–53.
- Bäckström, T., Bixo, M., Johansson, M., Nyberg, S., Ossewaarde, L., Ragagnin, G., ... van Wingen, G. (2014). Allopregnanolone and mood disorders. *Progress in Neurobiology*, 113, 88–94. doi:10.1016/j.pneurobio.2013.07.005
- Biggs, W. S., Academy, A., Demuth, K. R. H., State, M., & Lansing, E. (2011). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder.
- Biggs, W. S., & Demuth, R. H. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 84(8), 918–924. doi:10.1016/S0002-838X(11)60347-X
- Bosman, R. C., Jung, S. E., Miloserdov, K., & Schoevers, R. A. (2016). Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 189, 43–53. doi:10.1016/j.jad.2015.08.063
- Campolina, A. G., & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(2), 128–136. doi:10.1590/S1020-49892006000200013
- Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2008). Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias, 31(2), 105–111.
- Carvalho, V. C. P. de. (2010). *Correlação entre transtorno disfórico pre-menstrual e os transtornos depressivos em universitárias*. Universidade Federal de Pernambuco.
- Carvalho, V. C. P., Cantilino, A., Carreiro, N. M. P., Sá, L. F., & Sougey, E. B. (2009). Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 31(2), 105–111.

- Chung, S. H., Kim, T.-H., Lee, H.-H., Lee, A., Jeon, D.-S., Park, J., & Kim, Y. (2014). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in perimenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 20(2), 69–74. doi:10.6118/jmm.2014.20.2.69
- Chung, S., Kim, T., Lee, H., Lee, A., Jeon, D., Park, J., & Kim, Y. (2014). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Perimenopausal Women, 69–74.
- Cicoconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36.pdf. *REvista Brasileira de Reumatologia*, 39(3), 143–150.
- Cirillo, P. C., Passos, R. B. F., Bevilaqua, M. C. D. N., López, J. R. R. A., & Nardi, A. E. (2012). Bipolar Disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder Comorbidity: A Systematic Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 467–479. doi:10.1016/j.rbp.2012.04.010
- Deberard, M. S., & Masters, K. S. (2014). Psychosocial Correlates of the Short-Form-36 Multidimensional Health Survey in University Students. *Psychology*, 5(June), 941–949.
- Delara, M., Ghofranipour, F., Azadfallah, P., Tavafian, S. S., Kazemnejad, A., & Montazeri, A. (2012). Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1. doi:10.1186/1477-7525-10-1
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Kaikhavandi, S. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS) -A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 10–13. doi:10.7860/JCDR/2014/8024.4021
- Diretrizes, P. (2011). Projeto Diretrizes Tensão Pré-Menstrual Projeto Diretrizes, 1–14.
- Douma, S. L., Husband, C., O'Donnell, M. E., Barwin, B. N., & Woodend, A. K. (2005). Estrogen-related mood disorders: reproductive life cycle factors. *Advances in Nursing Science*, 28(4), 364–375. doi:00012272-200510000-00008 [pii]
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465–75. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11081302

- Erika, C., Andreas, H., Sebastian, G., Malin, G., Elin, B., Lars, O., ... Inger, S.-P. (2009). Emotional Fronto-Cingulate Cortex Activation and Brain Derived Neurotrophic Factor Polymorphism in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Human Brain Mapping*, 35(9), 4450–4458. doi:10.1021/ja8019214.Optimization
- Farage, M. a., Osborn, T. W., & MacLean, A. B. (2008). Cognitive, sensory, and emotional changes associated with the menstrual cycle: A review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(4), 299–307. doi:10.1007/s00404-008-0708-2
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, & Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. (2011). *Projeto Diretrizes Tensão Pré-Menstrual*. Rio de Janeiro.
- Fernanda, B., & Silva, S. (2012). A influência da tensão pré-menstrual sobre os sintomas emocionais e o consumo alimentar The influence of premenstrual syndrome (PMS) on, 13–21.
- Fink, G., Sumner, B., Rosie, R., Grace, O., & Quinn, J. (1996). Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell Mol Ecular Neurobiology*, 16(3), 325–344.
- Gillings, M. R. (2014). Were there evolutionary advantages to premenstrual syndrome? *Evolutionary Applications*, 7, 897–904. doi:10.1111/eva.12190
- Gingnell, M., Ahlstedt, V., Bannbers, E., Wikström, J., & Sundström-poromaa, I. (2014). Social stimulation and corticolimbic reactivity in premenstrual dysphoric disorder : a preliminary study, 1–10.
- Habiger, P. (1998). Early History: Menstruation, Menstrual Hygiene and Woman's Health in Ancient Egypt. *Igarss*. Morkou: A note from Germany. doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Hantsoo, L., & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), 1–9. doi:10.1007/s11920-015-0628-3
- Hofstede, G. (1984). The cultural relativity of the quality of life concept - Human Factors. *The Academy of Management Review*.
- Hoyer, J., Burmann, I., Kieseler, M. L., Vollrath, F., Hellrung, L., Arelin, K., ... Sacher, J. (2013). Menstrual Cycle Phase Modulates Emotional Conflict Processing in Women with and without Premenstrual Syndrome (PMS) - A Pilot Study. *PLoS ONE*, 8(4). doi:10.1371/journal.pone.0059780
- Kushner, K. E., & Harrison, M. J. (2011). Finding a Balance Toward a Substantive

- Theory of Employed Mothers' Personal and Family Health Decision Making. *Journal of Holistic Nursing*, 29(1), 7–17.
- Laura, M., Pires, N., & Calil, M. (1999). Associação entre Transtorno Disfórico Pré-menstrual e Transtornos Depressivos, 21(2), 118–127.
- Lee, Y., Yi, S., Ju, D., Lee, S., Sohn, W., & Kim, I. (2015). Correlation between postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder : Single center study. *Obstetric and Gynecology Science*, 58(5), 353–358. doi:10.5468/ogs.2015.58.5.353
- Machado, L. V. (2001). Sangramento uterino disfuncional. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 45(4), 375–382. doi:10.1590/S0004-27302001000400010
- Maclean, A., Farage, M. A., Osborn, T. W., & Maclean, A. B. (2008). Cognitive , sensory , and emotional changes associated with the menstrual cycle : a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278(4), 299–307. doi:10.1007/s00404-008-0708-2
- Maia, M. da S., Aguiar, M. I. F. de, Chaves, E. S., & Rolim, I. L. T. P. (2014). Qualidade de vida de mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala WHOQOL-brief. *Cienc Cuid Saude*, 13(2), 236–244.
- Maleki, F., Pourshahbaz, A., Asadi, A., & Yoosef, A. (2009). The Impact of Premenstrual Disorders on Health- related Quality of Life (HRQOL). *Psychiatr Danub*, 21(2), 199–205.
- Mazzini, M. C. R., Grossi, M., & Malheiros, S. V. P. (2013). Nutritional and neuroendocrine serotonin regulation can affect pre menstrual syndrome. *Perspectivas Médicas*, 24(1), 43–50. doi:10.6006/perspectmed.20130107.235678199
- Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. de Ar., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde : um debate necessário. *Ciência E Saude Coletiva*, 5, 7–18.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Group, P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1–9. doi:10.1186/2046-4053-4-1
- Naeimi, N. (2015). The Prevalence and Symptoms of Premenstrual Syndrome under Examination. *Journal of Biosciences and Medicines*, 03(01), 1–8. doi:10.4236/jbm.2015.31001

- Paiva, S. de P. C., Paula, L. B., & Nascimento, L. L. O. do. (2010). Tensão Pré-Menstrual (TPM): uma revisão baseada em evidências científicas. *Femina*, 38(6), 310–315.
- Pires, M. L. N., & Calil, H. M. (1999). Associação entre Transtorno Disfórico Pré-menstrual e Transtornos Depressivos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(2), 118–127. doi:10.1590/S1516-44461999000200011
- Richardson, R. J. (2009). *Pesquisa Social: métodos e técnicas* (3ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Robinson, L. L. L. (2015). Clinical epidemiology of premenstrual disorder : informing optimized patient outcomes. *International Journal of Women's Health*, 7, 811–818.
- Romano-Silva, M., Sallet, P. C., & Eckert, G. (2006). Transtorno disfórico pré-menstrual revisão : conceito , história , epidemiologia e etiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 117–123. doi:10.1590/S0101-60832006000300001
- Rosa e Silva, A. C. J. S., & Sá, M. F. S. (2006). Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 60–67. doi:10.1590/S0101-60832006000200005
- Santaella, L. (2008). Mulheres em tempos de modernidade líquida. *Comunicação E Cultura*, 6, 105–113.
- Saris-Baglama, R. N., Dewey, C. J., Chisholm, G. B., Kosinski, M., Bjorner, J. B., & Ware Jr, J. E. (2004). *SF Health Outcomes™ Scoring Software User's Guide* (1st ed.). Washington: QualityMetric, Incorporated.
- Schiola, A., Lowin, J., Lindemann, M., Patel, R., & Endicott, J. (2011). The burden of moderate/severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a cohort of Latin American women. *Value in Health*, 14(5 SUPPL.), S93–S95. doi:10.1016/j.jval.2011.05.008
- Seedhom, A. E., Mohammed, E. S., & Mahfouz, E. M. (2013). Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health*, 2013, 1–6. doi:10.1155/2013/617123
- Silva Filho, A. L., Rocha, A. L. L., Ferreira, M. C. F., Celana, M., Lamaita, R., Cândido, E. B., & Carneiro, M. M. (2015). Sangramento uterino anormal: proposta de abordagem do Grupo Heavy Menstrual Bleeding: Evidence-Based Learning for Best Practice (HELP)*. *Femina*, 43(4), 161–166.
- Silva, A. C. J. R. e, & Sá, M. F. S. (2006). Efeitos dos esteróides sexuais sobre o humor e a cognição. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 60–67.
- Silva, S. M. C. S., Silva, B. F. C., Farina, B. V., Spinoza, E. D., & Breda, S. M. (2012).

- A influência da tensão pré-menstrual sobre os sintomas emocionais e o consumo alimentar. *Revista Da Sociedade Brasileira de Alimentação E Nutrição*, 37(1), 13–21.
- Steiner, M., Macdougall, M., & Brown, E. (2003). The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Archives of Women's Mental Health*, 6(3), 203–9. doi:10.1007/s00737-003-0018-4
- Taghizadeh, Z., Shirmohammadi, M., Arbabi, M., & Mehran, A. (2008). The Effect of Premenstrual Syndrome on Quality of Life in Adolescent Girls. *Iranian Journal of Psychiatry*, 3(12), 105–109.
- Valadares, G. C., Ferreira, L. V., Filho, H. C., & Romano-Silva, M. A. (2006). Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(3), 117–123. doi:10.1590/S0101-60832006000300001
- Ware Jr, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO AO PARTICIPANTE



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)

Departamento: Enfermagem

Investigadora Principal: Professor Doutor João Duarte

Investigador Colaborador: Wellington Alexandre de Melo

Estudante do Curso de Mestrado em Educação para a Saúde

Ano: 2015/2016

Estudo: Implicações do estresse na síndrome da tensão pré-menstrual e na síndrome de transtorno disfórico pré-menstrual.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ou esclarecimentos, se estiver em dúvida ou não estiver completamente esclarecido.

Cara Senhora

No âmbito do Curso de Mestrado em Educação para a Saúde, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal, eu, Wellington Alexandre de Melo, Enfermeiro, estou procedendo a um estudo sobre Implicações das síndromes da tensão pré-menstrual e do transtorno disfórico pré-menstrual na qualidade de vida, cujos objetivos principais determinar o impacto da síndrome pré-menstrual e da síndrome disfórica pré-menstrual na qualidade vida de mulheres em idade fértil, comparadas a mulheres sem essas síndromes, atendidas no consultório de Ginecologia do Hospital da Aeronáutica em Recife, Pernambuco, em 2015.

A evolução dos conhecimentos científicos nas mais diversas áreas do saber, como também em saúde, tem ocorrido sobretudo graças à contribuição das pessoas à investigação. Por isso se reveste de elevada importância a sua colaboração respondendo a dois questionários. Essas respostas têm o risco de lhe trazer algum desconforto pela necessidade de relatar sintomas ginecológicos, mas ao pesquisador poderá minimizar esse desconforto por escutar com atenção e respeito suas informações, porque todas elas são importantes para a pesquisa.

Quanto aos benefícios de sua participação respondendo ao questionário estão a possibilidade e a senhora obter informações com o pesquisador e enriquecer seus conhecimentos sobre a síndrome pré-menstrual e a síndrome disfórica pré-menstrual. Esse benefício leva a outro que consiste em poder informar corretamente outras pessoas, contribuindo com sua qualidade de vida e a possibilidade de um diagnóstico mais precoce.

Todas as informações relativas a sua identificação serão mantidas em sigilo em toda e qualquer publicação dos resultados desta pesquisa, a qual só será divulgada em meios científicos (publicações e reuniões científicas). A senhora poderá, a qualquer tempo, retirar esse consentimento de sua participação na pesquisa, sem que haja qualquer forma de prejuízo de seus direitos agora e em qualquer época. Se ainda persistirem dúvidas sobre a pesquisa, a senhora pode entrar em contato com Wellington Alexandre de Melo, pelo telefone (81) 99144-7945 (podendo ligar a cobrar) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Otávio de Freitas, localizado à Rua Aprígio Guimarães S/N, Tejipió, Recife PE CEP 50.920-640, ou pelo telefone (81) 3182-8578 ou 3182-8500, podendo ligar a cobrar. Agradecemos vossa participação. Se estiver de acordo, por favor, assine abaixo.

Eu, _____, declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento. Declaro ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido respostas esclarecedoras. Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito. Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.

Assim, depois de devidamente informada, autorizo a participação neste estudo.

Recife, ____/____/201__

Assinatura da participante

Número de documento de identificação:

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS I

SECÇÃO A: Identificação 1 á 6

- 1 - DATA _____/_____/_____ 2 - Prontuário; _____
3 - IDADE: _____ 4 - NOME: _____
5 - QPD: _____
6 - Alguma vez tinha respondido a este questionário? sim () não ()

SECÇÃO B: Antecedentes Tocoginecológicos 1 à 18

- 1 - DUM: ____/____/____ 2 - MENARCA: ____/____/____
3 - TIPO MENSTRUAL ____/____/____
4 - FLUXO MENSTRUAL: (____)ausente (____)reduzido
(____)aumentado (____)constante
5 - COITARCA: ____/____/____ 6 - NÚMERO DE PARCEIROS: _____
7 - ORGASMOS: (____) sim (____) não
8 - LIBIDO: (____) sim (____) não
9 - DST: (____) sim (____) não QUAL? _____
10 - ANTECONCEPÇÃO: (____)nenhum(____)anteconcepcional oral
(____) anteccepcional injetável
(____) condom (____) DIU (____) LTB
(____) diafragma (____) anel vaginal
(____) coito interrompido
(____) preservativo feminino
(____) tabela (____) contracepção
(____) transdémica
(____) contracepção de emergência
(____) espermicida (____) ignorada
11 - G: _____ P: _____ A: _____ PN: _____ PC: _____
12 - MENOPAUSA: (____)sim (____)não TEMPO DE MENOPAUSA: _____
13 - TIPO DE MENOPAUSA: (____) natural (____) hta
(____) ooforectomia (____) rxt/qxt
14 - TRH: (____) nunca (____) pregressa (____) oral
(____) transdermica (____) injetável (____) tópica
15 - ANTECEDENTES PESSOAIS: _____
16 - MEDICAMENTOS EM USO: _____
17 - CIRURGIAS: _____
18 - ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

ANEXO A - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS II

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS

Você já sentiu algum(s) dos sintomas pré-menstruais seguintes que se iniciam antes do período menstrual e cessam poucos dias após a menstruação ?				
Sintomas	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
1. Raiva/Irritabilidade				
2. Ansiedade/tensão				
3. Choro/aumento da sensação de rejeição				
4. Depressão/desesperança				
5. Diminuição no interesse das atividades do trabalho				
6. Diminuição no interesses das atividades domésticas				
7. Diminuição no interesses das atividades sociais				
8. Dificuldade de concentração				
9. Fadiga/falta de energia				
10. Fome excessiva/desejo por comida				
11. Insônia				
12. Sonolência (necessidade de dormir mais)				
13. Sente-se oprimida ou fora de controle				
14. Sintomas físicos: sensibilidade nos seios, dores de cabeça, dor nas juntas/músculos, inchaço, ganho de peso.				

Os Sintomas listados acima têm interferido em:				
	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
A. Sua eficiência no trabalho ou a produtividade				
B. Seu relacionamento com colegas de trabalho				
C. Seu relacionamento com sua família				
D. Suas atividades da vida social				
E. Suas responsabilidades domésticas				

15 – Durante os últimos sete dias, quantas horas você deixou de trabalhar por causa dos seus problemas de saúde? Inclua as horas não trabalhadas quando você esteve doente, chegou atrasada, saiu mais cedo etc., por causa de sua ou problemas digestivos. Não inclua o tempo que você perdeu para participar desse estudo.

Números de horas = _____

16 – Durante os últimos sete dias, quantas horas você deixou de trabalhar por causa de qualquer outra razão, férias, feriados, tempo livre para participar deste estudo?

Números de horas = _____

ANEXO B - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS III

Short Form Health-Survey (SF-36) Pesquisa em Saúde

1- Em geral, você diria que a saúde é:

excelente (___) muito boa (___) boa (___) ruim (___) muito ruim (___)

2 – Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

muito melhor (___) um pouco melhor (___) quase a mesma (___) um pouco pior

(___) muito pior (___)

3 – Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	Sim dificulta muito	Sim dificulta pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. Atividades rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos			
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa			
c. Levantar ou carregar mantimentos			
d. Subir vários lances de escada			
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se			
g. Andar mais de 1 km			
h. Andar vários quarteirões			
i. Andar um quarteirão			
j. Tomar banho ou vestir-se			

4 – Durante as últimas semanas, você, teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

Problemas de saúde física	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?		
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou em outras atividades?		

5 – Durante as últimas 4 semanas, você, teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

Problemas de saúde física	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?		
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?		

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma (___) ligeiramente (___) moderadamente (___) bastante (___) extremamente (___)

7 – Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

nenhuma (___) muito leve (___) leve (___) moderada (___) grave (___) muito grave (___)

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e de dentro de casa)?

De maneira alguma (___) um pouco (___) moderadamente (___) bastante (___) Extremamente (___)

9 – Essas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

ITEM	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheia de vigor, cheia de vontade, cheia de força?						
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa nervosa?						
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimida que nada pode animá-la?						
d. Quanto tempo você tem se sentido calma ou tranquila?						
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimada e abatida?						
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotada?						
h. Quanto tempo você tem se sentido feliz?						
i. Quanto tempo você tem se sentido cansada?						

10 – Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou problema emocional interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

Todo o tempo (___) A maior parte do tempo (___) alguma parte do tempo (___) Uma pequena parte do tempo (___) Nenhuma parte (___).

11 – O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

ITENS	Definitivamen te verdadeiro	A maior parte das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente q outras pessoas					
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar					
d. Minha saúde é excelente					

Obrigado pela participação da Senhora ou Senhorita nessa pesquisa. O conhecimento da nossa realidade trará melhora no entendimento e na execução da atividade laborais ou diárias, se não nessa geração mas com certeza para gerações futuras.

**ANEXO 3. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL
OTÁVIO DE FREITAS**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implicações do estresse na síndrome da tensão pré-menstrual e na síndrome do transtorno disfórico pré-menstrual

Pesquisador: Wellington Alexandre de Melo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52599616.5.0000.5200

Instituição Proponente: SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.391.344

Apresentação do Projeto:

Implicações do estresse na síndrome da tensão pré-menstrual e na síndrome do transtorno disfórico pré-menstrual

Objetivo da Pesquisa:

comparar a relação entre intensidade do estresse na síndrome pré-menstrual, com aquela na síndrome disfórica pré-menstrual nas mulheres atendidas no consultório de Ginecologia do Hospital de Aeronáutica de Recife

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A evolução dos conhecimentos científicos nas mais diversas áreas do saber, como também em saúde, tem ocorrido sobretudo graças a contribuição das pessoas à investigação, por isso se reveste de elevada importância a sua colaboração respondendo a um questionário. Essa resposta tem o risco de lhe trazer algum desconforto pela lembrança de sentimentos despertados antes, durante e após a colonoscopia, mas a pesquisadora poderá minimizar esse desconforto por escutar com atenção e respeito suas informações, porque todas elas são importantes para a pesquisa.

Endereço: Rua Aprígio Guimarães S/N

Bairro: Tejipló

CEP: 50.920-640

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3182-8578

Fax: (81)3182-8632

E-mail: cephof@yahoo.com.br

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS/ SES



Continuação do Parecer: 1.391.344

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Quanto aos benefícios de sua participação respondendo ao questionário estão a possibilidade e a senhora obter informações com o pesquisador e enriquecer seus conhecimentos sobre a síndrome pré-menstrual. Esse benefício leva a outro que consiste em poder informar corretamente outras pessoas, contribuindo com sua qualidade de vida e a possibilidade de um diagnóstico mais precoce.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Encontram-se dentro dos padrões aceitos por este comitê.

Recomendações:

Que a pesquisa em tela seja desenvolvida de acordo com o que propõe a mesma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situaç
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS DO P	15/01/2016 15:41:27		Aceito
Outros	Curriculum.docx	15/01/2016 15:40:43	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Folha de Rosto	rostowellington.docx	15/01/2016 15:39:32	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	14/01/2016 00:16:07	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/01/2016 00:14:45	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Outros	anuencia.jpg	14/01/2016 00:13:52	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoWellington.docx	14/01/2016 00:12:49	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	faculdade.jpg	14/01/2016 00:11:39	Wellington Alexandre de Melo	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	14/01/2016	Wellington Alexandre de Melo	Aceito

Endereço: Rua Aprígio Guimarães S/N

Bairro: Tejipió

CEP: 50.920-640

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3182-8578

Fax: (81)3182-8632

E-mail:

HOSPITAL OTÁVIO DE
FREITAS/ SES



Continuação do Parecer: 1.391.344

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 20 de Janeiro de 2016

Assinado por:
José Alexandre de Andrade Ferreira
(Coordenador)

**ANEXO 4. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA
RECOLHA DE DADOS DIRIGIDO AO DIRETOR DO HOSPITAL ADA
AERONÁUTICA DO RECIFE**

--



MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

CARTA DE ANUÊNCIA DA DIREÇÃO DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE

Título do Projeto: IMPLICAÇÕES DO ESTRESSE NA SÍNDROME DA TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL E NA SÍNDROME DO TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

Autor : Wellington Alexandre de Melo

Orientador: Dr Arlon Silveira

À Diretoria do Hospital de Aeronáutica de Recife

Eu, Wellington Alexandre de Melo, venho por meio deste solicitar a V.Sa. a autorização para a coleta de dados por meio de entrevistas com pacientes consultadas no ambulatório de Ginecologia deste Hospital. Os dados obtidos farão parte da Dissertação de Tese do Mestrado em Educação para a Saúde, que tem como objetivo descrever as implicações e sua prevalência nas pacientes com Síndrome de Tensão Pré-menstrual e com Síndrome de Transtorno Disfórico Pré-menstrual. Este estudo não acarretará ônus para a instituição, como também não trará nenhuma forma de ressarcimento para o autor. A qualquer momento do estudo, poderá ser solicitado esclarecimento de eventuais dúvidas que porventura venham a surgir.

Após a leitura e compreensão do texto acima, dou permissão para a execução da coleta de dados nesta instituição.

Assinatura

Jan Egidio Justi – Cel Med
Diretor do Hospital de Aeronáutica de Recife

Marcus Aurélio R. de Andrade Cel Med
Chefe da Divisão Médica
CRM-PE 8209

Recife, 05 de Novembro de 2014