



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

EMANUELLE MOURA LIMA DOS SANTOS

**PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES,
PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FORTALEZA

2016

EMANUELLE MOURA LIMA DOS SANTOS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS
E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira
Moreira Vasconcelos.

Co-orientadora: Enf^a. Dayana Maia Sabóia.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S234p Santos, Emanuelle Moura Lima dos.
PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS E
FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM / Emanuelle Moura Lima dos Santos. –
2016.
56 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Dr. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.

Coorientação: Prof. Esp. Dayana Maia Sabóia.

1. Saúde da mulher. 2. Ciclo menstrual. 3. Distúrbios menstruais. I. Título.

CDD 610.73

EMANUELLE MOURA LIMA DOS SANTOS

PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS
E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira
Moreira Vasconcelos.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^a. Especialista Dayana Maia Sabóia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf^a. Especialista Mariana Luisa Veras Firmiano
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus.

Aos meus pais, Emanuel e Sílvia.

Minhas irmãs, Isabelle e Liz Jordelle.

E meus amados avós, José Gerardo (*in memorian*), Maria Estela, Paulo e Francisca.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pelo dom da vida e pela oportunidade de fazer escolhas e estar aqui neste momento. Ele sempre me orientou e guiou pelo caminho da fé e perseverança. Aos meus pais, Emanuel Rodrigues dos Santos e Sílvia Moura Lima dos Santos, que tão maravilhosamente, me educaram e sempre incentivaram a buscar conhecimento, pelo estudo e pela fé. Às minhas irmãs, Isabelle e Liz Jordelle, pela paciência que tiveram, inúmeras vezes ao estudar tarde da noite com as luzes do quarto acesas, nunca reclamaram e sempre me incentivaram. Aos meus avós, José Gerardo dos Santos (*in memoriam*), Maria Estela Rodrigues dos Santos, Paulo Sancho Lima e Francisca Moura Lima, que sempre confiaram no meu potencial e em sua velhice depositaram seu próprio sonho em mim. Aos meus tios, tias, primos e primas, que nunca me deixaram desanimar e sempre comemoravam cada conquista.

À UFC, pelo apoio prestado com toda sua infra-estrutura, pessoal qualificado e apoio técnico. Agradeço pela bolsa de extensão oferecida pela Pró-reitoria de Extensão, que ajudou a me manter na academia pelo período de um ano, diminuindo um pouco as despesas da minha família na minha formação. Também deixei meu muito obrigada pela bolsa voluntária de Iniciação Científica que me trouxe uma nova visão de pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, pela excelente orientação, dedicação e atenção que prestou a mim, nesse curto, mas intenso, ano final de graduação.

Às professoras participantes da banca examinadora Dayana Maia Sabóia e Mariana Luisa Veras Firmiano pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Às queridas amigas da turma de 2014.2, Bruna Couto, Kauanne Brandão e Suhelen Nunes. Iniciamos essa caminhada juntas, não terminamos juntas, mas crescemos muito durante caminho. Aos amigos da turma de 2016.2, por me receberem tão carinhosamente e permitirem que eu participasse dessa turma como se tivéssemos juntos desde o início. Principalmente à Êmile Costa Barros e Lauro Inácio de Moura Neto, por terem cuidado de mim tão bem e mostrado tanto amor e dedicação à nossa amizade, dentro e fora dos muros da Universidade. Com vocês eu entendi o real sentido da palavra amizade.

Agradeço às minhas companheiras de missão, Amber Olsen, Amanda Chandler, Daiellen Amarante, Sâmia Santos, Maria Melo, Michelle Larsen, Ellen Brotherson, Cristina Huanca e meus presidentes Ramon Prieto, Elza Prieto, David Kuceki e Adelaide Kuceki, por me apoiarem num momento tão delicado da minha vida, por me fortalecerem espiritualmente e por incentivarem minha volta à faculdade e ao curso de graduação em Enfermagem.

Sou imensamente grata à todos e cada um que passou pela minha vida neste período de 2010.2 a 2016.2, cada um de vocês contribuiu para meu crescimento e formação, como enfermeira e pessoa mais humana. Se hoje sou a mulher que vocês conhecem, é graças à vocês.

*“Para as mulheres: Estou sempre de TPM...
Terrivelmente Poderosa por ser Mulher”
(Alexandre Dahmer)*

RESUMO

Os distúrbios menstruais representam um grupo de situações clínicas bastante prevalentes na prática dos profissionais de saúde. Diversos fatores podem determinar quadros de irregularidades menstruais, sejam eles decorrentes de ginecopatias ou até mesmo de outras doenças não ligadas à esfera genital. Diante da magnitude do tema objetivou-se conhecer a prevalência de alterações menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de junho a dezembro de 2016. Para coleta de dados foi aplicado um questionário contendo dados sociodemográficos, anamnese gineco-obstétrica e sintomas dos principais distúrbios da menstruação. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 22.0 para Windows e os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/12 e CAAE 60178316.5.0000.5054, parecer número 1.757.795. Responderam ao questionário 113 mulheres, com idade entre 17 e 59 anos, 7 não se encaixaram no perfil da pesquisa, 6 por apresentarem menopausa e 1 por estar grávida, sendo a amostra final de 106 mulheres. 76,1% não tem companheiro, 23,9% é casada ou em união estável. 78,8% nega qualquer episódio de amenorreia. 69,2% apresenta menstruação dolorosa. A labilidade de humor é a mais presente com 81,5%, seguida da retenção de líquidos (inchaço) 64,8%. Mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade, apresentam uma maior prevalência da síndrome pré-menstrual, pois estão mais alertas para as modificações cíclicas em seu corpo. Percebe-se a importância vital do enfermeiro não só no ambiente hospitalar, mas na academia também, uma vez que, sendo profissionais de saúde é preciso saber lidar com o outro, seja colega de turma, professor ou funcionário, entendê-lo como ser complexo que é e agir de modo holístico no seu cuidar diário.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Ciclo menstrual. Distúrbios menstruais.

ABSTRACT

The menstrual disorders represent a group of clinical situations that are very prevalent in the practice of health professionals. Several risks to determine menstrual irregularities are not the results of gynecopathies or even of other diseases not related to the genital sphere. In view of the magnitude of the theme, the objective is to know a monthly menstrual prevalence in undergraduate, graduate, teachers and employees of the UFC Nursing Department. This was a cross-sectional study carried out from June to December 2016. A questionnaire was used to collect data on socio-demographic data, gynecological-obstetric anamnesis and symptoms of the main menstrual disorders. The data was analyzed using the statistical program SPSS version 22.0 for Windows and the results of the research involving human beings were respected, as recommended by Resolution No. 466/12 and CAAE 60178316.5.0000.5054, opinion number 1,757,795. 113 women answered the questionnaire, aged between 17 and 59 years, a final sample of 106 women. 76.1% do not have a partner, 23.9% are married or in a stable union. 78.8% deny any episode of amenorrhea. 69.2% present painful menstruation. The mood lability was 81.5%, followed by fluid retention (swelling) 64.8%. Women of better socioeconomic status and higher education, have a higher prevalence of premenstrual syndrome, as they are more alert to cyclical changes in their body. It is perceived the vital importance of the nurse not only in the hospital environment, but also in the academy, since, being health professionals and need to know how to handle the other, classmate, teacher or employee, understand it as being complex that is and act holistically in your daily caring.

Keywords: Women's health. Menstrual cycle. Menstruation disturbances.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Escala de faces revisada	23
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra, aspectos sociodemográficos e gineco-obstétricos	24
Tabela 2 – Distúrbios que alteram o fluxo sanguíneo.....	25
Tabela 3 – Sintomas de Síndrome Pré-menstrual	25
Tabela 4 – Outros sintomas comuns no período pré-menstrual	26
Tabela 5 – Regularidade do ciclo	26
Tabela 6 – Métodos hormonais contraceptivos usados	27
Tabela 7 – Faltar eventos e trabalho por causa da cólica	27
Tabela 8 – Escala de faces	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BV	Baixo Ventre
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CM	Ciclo Menstrual
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DPM	Disforia Pré-menstrual
IMC	Índice de Massa Corpórea
MMII	Membros Inferiores
OMS	Organização Mundial de Saúde
QIDS-SR	Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report
IRSD	Inventário Rápido da Sintomatologia Depressiva
SPM	Síndrome Pré-menstrual
STPM	Síndrome de Tensão Pré-menstrual
TPM	Tensão Pré-menstrual
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	17
2.1	GERAL	17
2.2	ESPECÍFICO	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	CICLO MENSTRUAL	18
3.2	SÍNDROME DE TENSÃO PRÉ-MENSTRUAL	18
3.3	DISMENORREIA	20
3.4	ABSENTEÍSMO E QUALIDADE DE VIDA	21
4	METODOLOGIA	22
5	RESULTADOS	24
6	DISCUSSÃO	29
7	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	37
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
	ANEXO A – INVENTÁRIO RÁPIDO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	50

1. INTRODUÇÃO

A menstruação corresponde à perda sanguínea uterina cíclica e periódica durante a menacme. O ciclo menstrual compreende o período entre o primeiro dia de uma menstruação e o dia anterior ao início da menstruação seguinte. Por convenção, a menstruação apresenta três características fundamentais: duração do período menstrual, periodicidade entre os ciclos e intensidade da perda sanguínea (Freitas *et al*, 2011; Hoffman, 2014).

A duração da menstruação corresponde ao número de dias em que ocorrem as perdas sanguíneas, variando de 2 a 7 dias, tendo uma média de 5 dias. Já a periodicidade equivale ao intervalo de tempo entre os sangramentos, geralmente ocorre de 21 a 35 dias, com média de 28 dias. Com relação à intensidade, pode-se defini-la como a quantidade de sangue que é perdida durante a menstruação, geralmente em torno de 30 a 80 ml (Barcelos *et al*, 2013). Diante dessas características, pode-se realizar uma ampla avaliação no que se refere ao ciclo menstrual da mulher e os possíveis distúrbios que esta pode apresentar.

Os distúrbios menstruais representam um grupo de situações clínicas bastante prevalentes na prática dos profissionais de saúde. Sendo assim, ter domínio sobre a fisiologia do ciclo menstrual e conhecer os mecanismos pelos quais certas alterações clínicas podem influenciar na função menstrual é de fundamental importância para que o profissional realize o diagnóstico e tratamento adequado de tais distúrbios (Melo, 2006).

Diversos fatores podem determinar quadros de irregularidades menstruais, sejam eles decorrentes de ginecopatias ou até mesmo de outras doenças não ligadas à esfera genital (Melo, 2006). A qualidade da alimentação na idade anterior a menarca, a diminuição planejada do número de gestações e a redução do tempo de aleitamento materno, associada à inserção da mulher no mercado de trabalho, têm contribuído para ocorrência de alterações nas características do ciclo menstrual (Barcelos *et al*, 2013).

Um estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, com 1078 mulheres com idade entre 15 e 54 anos, mostrou que os distúrbios menstruais são frequentes nessa população e estão associados a fatores como paridade, índice de massa corpórea (IMC) e tipo de método anticoncepcional. As mulheres com $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$, $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$ e as multíparas tiveram uma maior chance de desenvolver sangramento excessivo (Barcelos *et al*, 2013).

A partir da menarca, as adolescentes já começam a apresentar discretos indícios de distúrbios da menstruação. Nos dois anos posteriores à menarca e nos dois anos anteriores à menopausa têm-se uma prevalência da dismenorreia, hipomenorreia, amenorreia e síndrome pré-menstrual (SPM) em virtude da adaptação hormonal que o organismo sofre, uma com o início da vida reprodutiva e outra com o final da mesma. Enquanto que na faixa etária de 25

aos 44 anos o ciclo menstrual se torna mais curto e o sangramento se torna excessivo, em 39,4% e 54,8% das mulheres, respectivamente (Barcelos *et al*, 2013).

Dentre as alterações mais frequentes pode-se citar: amenorreia, síndrome pré-menstrual, dismenorreia e alterações do sangramento (hipomenorreia, metrorragia e menorragia). Cada distúrbio possui um quadro clínico específico e suas características são de fundamental importância para realização do diagnóstico (Freitas, 2011).

Os transtornos de humor também podem ser objetos de estudos relacionados a temática dos distúrbios da menstruação. Os transtornos de humor estão divididos em transtornos depressivos, transtornos bipolares e transtornos etiológicos (transtorno de humor induzido por substância). As mulheres apresentam uma probabilidade 1,5 maior de sofrer um episódio de depressão do que os homens, sendo esta a segunda maior causa incapacitante nesse grupo. Para medir o grau de severidade dos sintomas depressivos ou para averiguar a necessidade de avaliação psiquiátrica mais específica, em geral são utilizados questionários de auto avaliação (Rush, 2003).

Dentre as várias alterações físicas e psicológicas, as que mais se destacam e serão abordadas no presente estudo foram supracitadas. É sabido que estes distúrbios causam desarranjos leves, moderados e graves. A dismenorreia, por exemplo, pode durar poucos minutos, sendo dissipada de maneira espontânea ou podendo ser mais severa e demorada, levando ao absenteísmo laboral ou escolar, no qual é necessária a intervenção medicamentosa para sua resolução (Azevedo *et al*, 2006). Já na síndrome pré-menstrual, cerca de 85% de todas as mulheres que menstruam relatam apresentar pelo menos um ou mais sintomas pré-menstruais. Porém, somente cerca de 2% a 10% das mulheres que menstruam relatam sintomas incapacitantes. Os sintomas físicos mais frequentes são: cansaço (100%); nervosismo (98,5%); falta de interesse, sem pique (97,5%); tristeza, vontade de chorar (96,2%), pele mais oleosa e aparecimento de espinhas (95,9%). Os sintomas psíquicos que aparecem como os de maior intensidade: nervosismo (50,6%); irritação e vontade de brigar (44,3%); tristeza e vontade de chorar (44,3%); desejo por determinados alimentos (principalmente chocolate) (35,1%), e vontade de sumir, ficar só (35,1%) (Azevedo *et al*, 2006).

Diante desse contexto e por ser aluna de graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e ter cursado recentemente a Disciplina de Processo de Cuidar da Saúde Sexual e Reprodutiva, na qual me deparei com essa temática; além do fato de o curso ser composto, em sua maioria, por mulheres que possuem faixa etária em que há maior incidência de distúrbios menstruais; aliado à possibilidade de intervir futuramente, após a

realização do estudo, surgiu o interesse em investigar a presença de tais distúrbios em acadêmicas, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

2. OBJETIVO

2.1. Geral:

- Identificar a prevalência de alterações menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC.

2.2. Específico:

- Relacionar os sintomas encontrados com os principais distúrbios menstruais.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. Ciclo Menstrual

O ciclo menstrual (CM) é o resultado de uma coordenação precisa de eventos que ocorrem nos ovários, tendo início no primeiro dia da menstruação. A partir daí o mesmo é dividido em dois estágios distintos: fase folicular, período compreendido entre o 5º e 11º dia do ciclo, e a fase lútea, que vai do 16º ao 28º dia (Costa *et al*, 2007). Cada fase do ciclo menstrual é caracterizada por um número específico de dias e por concentrações séricas específicas dos hormônios sexuais (Chaves *et al*, 2002).

Na fase folicular grandes quantidades de estrogênio são secretadas, alcançando seu pico máximo logo após a ovulação, enquanto na fase lútea há um aumento acentuado dos níveis séricos de progesterona e formação do corpo lúteo, embora aja em menor grau secreção de estrogênio. Nos últimos dias do CM, o corpo lúteo se degenera, os níveis de progesterona e estrogênio sofrem uma importante queda, resultando no início do fluxo menstrual e então um novo ciclo recomeça (Chaves *et al*, 2002).

O estrogênio e a progesterona produzidos pela ação das gonadotrofinas no tecido ovariano são os responsáveis pelas alterações locais no endométrio, criando as condições necessárias para o processo de descamação e o surgimento do fluxo menstrual (Bouzas *et al*, 2010).

Durante a fase lútea do ciclo menstrual, especificamente na semana que antecede a menstruação, manifesta-se na mulher um conjunto de sinais e sintomas de natureza física e psicológica que diminui ao longo dos primeiros dias do ciclo. Esse conjunto de sinais e sintomas é identificado como Síndrome de Tensão Pré-Menstrual (Braverman, 2007).

3.2. Síndrome de Tensão Pré-Menstrual

A síndrome de tensão pré-menstrual (STPM) é caracterizada por um conjunto de sintomas físicos, cognitivos e comportamentais que acontecem repetidamente na segunda fase de cada ciclo menstrual, mais especificamente alguns dias antes da menstruação e que cessam após o início desta.

A STPM é a ocorrência repetitiva de um conjunto de alterações físicas, do humor, cognitivas e comportamentais, com a presença de queixas de desconforto, irritabilidade, depressão ou fadiga, geralmente acompanhadas de aumento da sensibilidade e dor nas mamas, inchaço no abdome e extremidades, lombalgia, além de cefaleia e compulsão por alimentos ricos em carboidratos, açúcares ou não de distúrbios autonômicos.

Os sintomas apresentam caráter cíclico e recorrente, podendo ser variáveis na quantidade e na intensidade. Sintomas leves no período pré-menstrual, apresentados pela maioria das mulheres, e que não interferem na rotina diária, não são considerados para o diagnóstico da STPM. Para ser considerada síndrome, há a necessidade de relato de algum prejuízo nas atividades rotineiras, no trabalho, na escola ou no convívio social. A síndrome pré-menstrual ou tensão pré-menstrual (TPM) como é comumente chamada, é o distúrbio mais conhecido entre as mulheres. Contudo, a grande parcela das mulheres se mantém em equilíbrio, considerando que as alterações relatadas ocorrem, principalmente na fase lútea e se revertem, na fase folicular (Thys-Jacobs, 2000 e Sampaio, 2002). A disforia pré-menstrual (DPM), por sua vez, é a forma mais grave da STPM, porém ambas interferem em menor ou maior grau nas atividades cotidianas das mulheres (Braverman, 2007).

Milhões de mulheres em idade reprodutiva apresentam sintomas emocionais, cognitivos e físicos, relacionados ao seu ciclo menstrual. Elas demonstram irritabilidade intensa, frequentemente acompanhada de humor depressivo, assim como inúmeras queixas mentais e somáticas. Tais sintomas são recorrentes durante a fase lútea do ciclo menstrual e interferem de maneira significativa no seu funcionamento social, ocupacional e sexual. Contudo há uma grande dificuldade em se quantificar, do ponto de vista epidemiológico, a incidência da STPM, já que 75% das mulheres se queixam de algum sintoma pré-menstrual. No entanto, cerca de 20% a 30% das mulheres se enquadram nos critérios diagnósticos para STPM e por volta de 3% a 8% são acometidas pela DPM (Yonkers *et al*, 2008).

A prevalência de STPM é estimada entre 10% e 20% a partir de estudos populacionais feitos entre mulheres de 18 a 45 anos de idade, que procuram algum tipo de tratamento para seus sintomas (Valadares *et al*, 2006). Já em outro estudo, aproximadamente 3% a 11% das mulheres relatam que seus sintomas são graves, a ponto de provocarem prejuízo importante ou mesmo incapacidade em suas atividades cotidianas (Cheniaux, 2001) (Endicott, 2000).

A STPM pode ser observada em diversas culturas, variando apenas na frequência de determinados sintomas. Cerca de 75% a 95% das mulheres em idade reprodutiva com o ciclo menstrual regular, apresentam algum tipo de sintoma pré-menstrual de intensidade leve, sem necessidade de intervenção médica ou psiquiátrica.

Os sintomas da STPM têm início na juventude, já nos primeiros ciclos ovulatórios e alguns estudos mostram uma prevalência de 20% de sintomas moderados a intensos em adolescentes (Rapkin e Mikacich, 2006). Muitas mulheres diagnosticadas com STPM moderada ou DPM relatam o aparecimento dos sintomas pelo menos 10 anos antes, inclusive

na época em que eram adolescentes (Yonkers *et al*, 2008) (Rapkin e Mikacich, 2006).

Os sintomas mais relatados são tensão, irritabilidade, depressão, ansiedade, oscilações de humor, desejo por carboidratos, distúrbios do sono e queixas físicas, como retenção hídrica, distensão abdominal e mastalgia. Existem mais de 150 sintomas, mas nenhum exame laboratorial para o diagnóstico (Frye e Silverman, 2000).

Alguns distúrbios psiquiátricos, como depressão, síndrome do pânico e outros distúrbios do humor podem ser exacerbados no período pré-menstrual, mas não devem ser confundidos com STPM ou DPM. Outras doenças orgânicas também podem piorar na segunda fase do ciclo, como os distúrbios da tireoide e adrenal, hiperprolactinemia, diabetes mellitus, enxaqueca, asma e epilepsia, sugerindo uma influência dos hormônios sexuais nestas patologias (Case e Reid, 2001).

A síndrome pré-menstrual difere dos outros problemas de saúde, por não se restringir à relação do indivíduo consigo mesmo, mas por refletir também no relacionamento interpessoal e complexo da sociedade, seja promovendo uma deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho.

3.3. Dismenorreia

A dismenorreia, palavra derivada do grego, significa menstruação difícil e se caracteriza por dor na região abdominopélvica, crônica e cíclica, associada à menstruação, comumente chamada de cólica menstrual. Cerca de 50 a 90% das mulheres experimentam este quadro em alguma fase da vida (Passos *et al*, 2008), constituindo uma das queixas ginecológicas mais comuns entre elas (Stephenson e O'Connor, 2004).

A dismenorreia pode ser classificada em primária e secundária, com graus leve, moderado e acentuado. A dismenorreia primária é definida como menstruação dolorosa em mulheres com anatomia pélvica normal, começando geralmente durante a adolescência. A dismenorreia secundária é a dor menstrual associada à doença subjacente. Seu início pode se dar anos após a menarca, estando ela relacionada a alterações do sistema reprodutivo, como a endometriose, doenças de inflamação pélvica, dispositivos intrauterinos, ciclos irregulares, problemas de infertilidade, cistos ovarianos, adenomiose, miomas uterinos ou pólipos, aderências intrauterinas e estenose cervical (Dorn *et al*, 2009).

A dor menstrual de grau leve não compromete as atividades habituais da mulher, no grau moderado a dor interfere nas atividades e pode durar todo o ciclo menstrual, já no grau acentuado, a dor não permite o desempenho normal das atividades e pode levar a alterações

vasculares e gastrointestinais (Stephenson e O'Connor, 2004).

O conjunto de sinais e sintomas que podem vir acompanhando a dismenorreia é representado por náuseas, vômitos, diarreia, fadiga, dor lombar, nervosismo, tonturas e cefaleia, os quais se manifestam algumas horas antes do fluxo menstrual ou, mais frequentemente, nas primeiras 24 horas (Diegoli e Diegoli, 2007). A variação e a intensidade dos sintomas mudam para cada mulher e de ciclo para ciclo na mesma mulher. Os sintomas podem durar horas ou vários dias (Fogel, 2008), porém, na maioria das vezes o desaparecimento das cólicas ocorre após 48 horas do início da menstruação (Piato, 2002). Estudos sobre a prevalência e a gravidade da dor menstrual mostram que muitos fatores podem estar relacionados a este distúrbio, os quais incluem: menor idade, tabagismo, menarca precoce, fluxo menstrual intenso ou prolongado, queixas somáticas perimenstruais, distúrbios psicológicos e influência genética (Latthe *et al*, 2006) (Tonini, 2002).

3.4. Absenteísmo e Qualidade de Vida

O desconforto físico da dismenorreia pode levar ao absenteísmo, que gera impacto pessoal desestabilizando as relações familiares, restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas mensalmente (Coco, 1999). Os efeitos negativos dos sintomas da dismenorreia sobre o físico e o psicológico se refletem diretamente na qualidade de vida das pacientes (Dorn *et al*, 2009).

Já o termo qualidade de vida foi definido em 1994 pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e seus interesses” (Fleck *et al*, 2000). Dessa forma, este conceito tem sido interpretado por diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspectos sociais, econômicos e políticos (Hopman e Verner, 2003) (Hsiung *et al*, 2005).

Afirma-se que dieta alimentar rica em carboidrato complexo e pobre em proteínas, na fase de acentuação da síndrome, causam um aumento da síntese de serotonina e melhoram os sintomas como irritabilidade, depressão, tensão, ansiedade, entre outros. Logo, o desejo por alimentos específicos como chocolate ou doces em geral, seria uma forma inconsciente de melhorar seu estado disfórico aumentando os níveis de serotonina e resgatando o equilíbrio, uma forma de alívio (Halbe, 2000).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, por ser o modelo mais indicado para medir com rapidez e relativo baixo custo, a frequência com que um desfecho ocorre, neste caso, conhecer a prevalência de distúrbios menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem de uma universidade pública de Fortaleza.

A população foi composta por 465 participantes, dentre elas, estudantes que estavam devidamente matriculadas na instituição pesquisada durante o período da coleta de dados, as professoras que estavam ativas, de acordo com o relatório de funcionários da Instituição e as funcionárias técnico-administrativas e terceirizadas lotadas no dito Departamento. Os critérios de exclusão adotados foram: apresentação de menarca há menos de dois anos, por não ter um fluxo menstrual bem definido até dois anos após a menarca; gravidez, por estar em amenorreia gestacional e menopausa, por apresentar cessação definitiva da menstruação.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2016, em que foi aplicado um questionário contendo dados sociodemográficos, anamnese gineco-obstétrica e sintomas dos principais distúrbios da menstruação segundo Hoffman *et al* (2014) e Freitas *et al* (2011). O questionário foi digitado no *Google Docs* e enviado por e-mail para todas as estudantes matriculadas e professoras ativas no período da coleta de dados e impresso e disponibilizado para preenchimento no próprio departamento para as funcionárias, no horário apropriado. Responderam ao questionário 113 mulheres, com idade entre 17 e 59 anos, 7 não se encaixaram no perfil da pesquisa, 6 por apresentarem menopausa e 1 por estar grávida, sendo a amostra final de 106 mulheres.

Para a avaliação de sintomas depressivos foi utilizado o Inventário Rápido da Sintomatologia Depressiva (QIDS-SR) que corresponde a uma auto avaliação composta por 16 itens com várias situações em que a participante assinalou dentre as que melhor se encaixa na sua rotina (Rush, 2003).

Para avaliação da dor no período menstrual foi utilizada a Escala de Faces que consiste, originalmente, de seis faces, apresentadas em escala crescente de intensidade da dor. Essa escala é de fácil administração e não requer equipamento excepcional, exceto as "faces" fotocopiadas. Hicks *et al* (2001) idealizaram uma escala que consiste de seis faces (Figura 1), sem expressões de choros ou sorrisos, fazendo a correlação métrica de 0-10, em escala crescente de dor, sendo chamada de Escala de Faces Revisada (FPS-R) (Silva e Thuler, 2008).



Figura 1 Escala de Faces Revisada (Silva e Thuler, 2008)

As escalas de faces para avaliação da queixa álgica são muito bem aceitas e tendem a ser as preferidas por pacientes, cuidadores e enfermeiros, quando comparadas com outros instrumentos de medida como, por exemplo, escalas visuais analógicas.

Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 22.0 para Windows. A análise exploratória dos dados se deu por meio de estatística descritiva, porcentagem, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Os testes estatísticos foram selecionados conforme a necessidade de análise dos dados, com o intuito de se alcançar os objetivos propostos.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 60178316.5.0000.5054, parecer número 1.757.795. Dessa forma, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/12. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi enviado às participantes do estudo via internet, garantido assim o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (Brasil, 2012).

5. RESULTADOS

De acordo com a tabela 1 foram avaliadas 113 mulheres, com idade entre 17 e 59 anos, sendo a média de idade 26 anos. Excluindo as que são menopausadas (6) e gestantes (1), amostra final dispõe de 106 mulheres. 76,1% declararam não ter companheiro, isso inclui solteiras, divorciadas e viúvas. Enquanto 23,9% se diz casada ou em união estável.

TABELA 1: Caracterização da amostra, aspectos sociodemográficos e gineco-obstétricos.

VARIÁVEIS	
Sociodemográfico	
	M(±dp)
Idade (anos)	26,3(±9,584)
Escolaridade	N(%)
Fundamental incompleto	1,8%
Fundamental completo	0,9%
Médio completo	74,3%
Graduação	1,8%
Pós-graduação	21,2%
Estado civil	
	N(%)
Com companheiro	23,9%
Sem companheiro	76,1%
Gineco-obstétricas	
	M(±dp)
Menarca (anos)	11,9(±1,290)
Sexarca (anos)	17,9(±3,364)
Nº gestações	0,4(±0,890)
Nº de partos	0,3(±0,716)
Nº partos vaginais	0,06(±0,361)
Nº partos cesáreas	0,23(±0,613)
Nº abortos	0,09(±0,342)
Menopausa	
	N(%)
Sim	5,3%
Não	94,7%
Comorbidades	
	N(%)
Sim	8,8%
Não	91,2%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

A menarca aconteceu, em média aos 11,9 anos de idade, e a primeira relação sexual aos 17,9 anos. Contudo 42 participantes (37,2%) não tiveram o início de sua vida sexual e 92 participantes (81,4%) não tiveram filhos. A média de partos cesáreas é maior que a média de partos vaginais. E 91,2% declara não ter comorbidades.

Segundo a tabela 2, 78,8% relata não ter apresentado nenhum episódio de Amenorreia. 28,8% utilizam mais que dois pacotes de absorvente (cada pacote com 8 absorventes) por menstruação. 9,3% ficam mais de sete dias menstruada e 38,3% considera a quantidade de perda sanguínea de moderada a grande. E 90,7% não apresenta sangramento no período fora do menstrual.

TABELA 2: Distúrbios que alteram o fluxo sanguíneo

Alterações de Fluxo	N (%)
Amenorreia	
Sim	21,2%
Não	78,8%
Menorragia	
Pacotes (+ 2 pacotes)	28,8%
Dias (+ 7 dias)	9,3%
Quantidade (moderada/grande)	38,3%
Metrorragia	
Sim	9,3%
Não	90,7%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

Já na tabela 3, vemos que 69,2% apresenta menstruação dolorosa. 22,45% reconhecem sintomas urinários (incontinência ou retenção) presentes e 58,9% diz apresentar sintomas intestinais (diarreia, incontinência ou constipação). Dentre os sintomas emocionais, a labilidade de humor é a mais presente com 81,5% e dentre os sintomas físicos a retenção de líquidos (inchaço) esteve presente em 64,8% das participantes.

TABELA 3: Sintomas de Síndrome Pré-menstrual

Síndrome Pré-Menstrual	N (%)
Dismenorreia	
Sim	69,2%
Não	30,8%
Sintomas Urinários	
Sim	22,4%
Não	77,6%
Sintomas Intestinais	
Sim	58,9%
Não	41,1%
Labilidade de Humor	81,5%

Irritabilidade	79,6%
Retenção de líquido/Inchaço	64,8%
Mastalgia	58,3%
Ansiedade	51,9%
Cefaleia	40,7%
Outros	19,4%
Fogachos	8,3%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

Na tabela 4, 19,4% apresenta outros sintomas durante o período pré-menstrual, os mais citados foram, respectivamente: náuseas/enjoo, apetite aumentado, dor em MMII/joelhos, acne, lombalgia e outros dispostos na tabela.

TABELA 4: Outros sintomas comuns no período pré-menstrual

Variáveis	N
Sensibilidade emocional aumentada	01
Acne	02
Náuseas/Enjoo	04
Desconforto com cheiros habituais	01
Lombalgia	02
Pele áspera	01
Apetite aumentado	03
Tristeza/Desânimo	01
Hipotensão/Calafrios	01
Dor em MMII/Joelhos	03
Dor em BV	01
Fadiga	01
Sensação de síncope	01
Obsessão por chocolate/doces	01

De acordo com a tabela 5, 94,4% tem a média de dias do ciclo entre 21 e 35 dias, sendo que apenas 64,5% considera seu ciclo regular, mesmo 31,8% apresentando média de 28 dias de ciclo.

TABELA 5: Regularidade do ciclo

Variáveis	N (%)
Método para controle do fluxo	
Sim	17,8%
Não	82,2%
Considera seu ciclo regular	
Sim	64,5%
Não	35,5%

Dias do ciclo	
21-35 dias	94,4%
<21 dias e >35 dias	1,8%/3,8%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

Dentre os métodos hormonais contraceptivos mais usados estão o anticoncepcional oral combinado com 24,3%, DIU – Mirena com 2,8% e os outros somando 3,7%. A maior parte das participantes alega não usar nenhum método hormonal contraceptivo, 68,3%.

TABELA 6: Métodos hormonais contraceptivos usados

Método hormonal contraceptivo	N(%)
Anticoncepcional oral combinado	24,3%
Anticoncepcional oral exclusivo de progesterona	0,9%
Injetável mensal	0,9%
DIU – Mirena	2,8%
Nuvaring	0,9%
Nenhum	68,3%
Outro	1,9%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

43% das entrevistadas já faltou algum evento social por causa da cólica. E 37,4% já faltou aula ou trabalho pelo mesmo motivo, representada pela tabela 7.

TABELA 7: Faltar eventos e trabalho por causa da cólica

Variáveis	N (%)
Falta eventos sociais	
Sim	43%
Não	57%
Falta aula e/ou trabalho	
Sim	37,4%
Não	62,6%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

De acordo com a escala de faces 23,4% considera leve a cólica do período menstrual, 49,5% considera a dor moderada e 27,1% acham a cólica intensa, sendo que o escore mais votado foi o número 8, que se encaixa em dor intensa, com 21,5%, como mostra a tabela 8.

TABELA 8: Escala de faces

Como você classifica sua dor?	N (%)
Leve (0-2)	23,4%
0	10,3%
1	5,6%
2	7,5%
Moderada (3-7)	49,5%
3	6,5%
4	10,3%
5	4,7%
6	9,3%
7	18,7%
Intensa (8-10)	27,1%
8	21,5
9	3,7%
10	1,9%

(N=106. Fortaleza, Ce.)

6. DISCUSSÃO

Atualmente acredita-se que as mulheres de melhor nível socioeconômico, maior escolaridade e com menos de trinta anos, apresentam uma maior prevalência da síndrome pré-menstrual, já que têm um maior acesso ao conhecimento dos sintomas e assim, estão mais alertas para as modificações cíclicas em seu corpo (Silva *et al*, 2006) (Rodrigues e Oliveira, 2006).

No presente estudo, foram entrevistadas acadêmicas de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias que, em tese, apresentam, em sua maioria, um mesmo nível de escolaridade, o que provavelmente possibilita um melhor conhecimento dos sintomas da síndrome pré-menstrual, comprovado pela existência de sintomas observados em 100% das entrevistadas.

Após o aparecimento da menarca, muitas mulheres referem, no período que antecede a menstruação, alguma alteração física, psíquica ou comportamental, geralmente de pequena intensidade, que não interfere no dia-a-dia, passando muitas vezes até despercebida. Entretanto, um número cada vez maior de mulheres vem apresentando sintomatologia intensa, provocando prejuízo ou mesmo necessidade de interrupção dos compromissos e tarefas do cotidiano, gerando problemas no relacionamento familiar e social, bem como dificuldades no desempenho acadêmico e/ou profissional (Siananovic *et al*, 2003) (McEvoy *et al*, 2004).

O modelo de mulher assumido no século XXI é muito diferente de gerações passadas; conseqüentemente, seu perfil também está mudando e vem servir como substrato para o incremento da incidência de SPM, como foi observado na presente pesquisa, quando mais de 80% do grupo (n=106) relataram algum sintoma dessa síndrome.

A periodicidade do ciclo não tem significado direto com a síndrome, já outros estudos encontraram em mulheres de ciclo mais curto, de 20 a 25 dias, uma maior incidência da síndrome comparado com os ciclos de 26 a 30 dias (Sanders *et al*, 1983) (Nogueira, 1998). No presente estudo a incidência de SPM foi uniforme em relação à quantidade de dias do ciclo.

A literatura é controversa sobre a relação entre o uso hormonal de anticoncepcional e os sintomas da síndrome pré-menstrual, alguns autores sugerem o uso como uma forma de prevenir a oscilação hormonal e, conseqüentemente, o surgimento dos sintomas pré-menstruais, indicando que o uso de contraceptivos orais pode estar acompanhado de alterações cíclicas do humor, outros estudos usam essa informação como critério de exclusão para a pesquisa, já que afirmam que a síndrome deve ser diagnosticada apenas em ciclos espontâneos e outras pesquisas não indicam diferença entre os sintomas da síndrome e a

contracepção, declarando a não aceitação da etiologia da síndrome relacionada com o ciclo hormonal (Halbe *et al*, 2000) (Silva *et al*, 2006) (Hara, 1995).

Portanto, observamos que no cotidiano surgem situações em que as mulheres reagem com atitudes de isolamento assim como diminuição da produtividade. Sabemos que a STPM não causa as alterações de humor, mas as acentua, podendo levar a mulher ao descontrole de suas ações, culminando com interferências negativas nas relações interpessoais, no trabalho ou escola. De modo geral, Hara, (1995) relata que os sintomas físicos e psicológicos que afetam as mulheres alguns dias antes da menstruação são severos o suficiente para prejudicar seus relacionamentos interpessoais e suas atividades habituais, o que pudemos constatar nessa pesquisa.

7. CONCLUSÃO

Os resultados encontrados indicam a necessidade de que a mulher conheça o próprio corpo, reconheça suas alterações e saiba diferenciar o “normal” do patológico.

A elaboração deste estudo reforçou também a necessidade dos profissionais que atuam na área da saúde da mulher, que busquem compreendê-la neste processo, para implementar ações que possibilitem mudanças de hábitos, atitudes e comportamentos visando uma melhor qualidade de vida para as mulheres com a STPM.

Percebe-se a importância vital do enfermeiro não só no ambiente hospitalar, mas na academia também, uma vez que, sendo profissionais de saúde e precisa saber lidar com o outro, seja colega de turma, professor ou funcionário, entendê-lo como ser complexo que é e agir de modo holístico no seu cuidar diário.

REFERÊNCIAS

- BARCELOS, R. S.; ZANINI, R. V.; SANTOS, I. S.; **Distúrbios menstruais entre mulheres de 15-54 anos de idade em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2333-2346, nov, 2013
- CHEN, E.C.; BRYSKI, R.G. **Exercise and reproductive dysfunction.** FertilSteril1999;71:1-6.
- CAMERON, Isobel. M., et al. **"Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) in UK primary care."** *Journal of psychiatric research* 47.5 (2013): 592-598.
- DA SILVA MAIA, Mirian et al. **Qualidade de vida de mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala WHOQOL-Bref** DOI: 10.4025/ciencucuidsaude. v13i2. 15759. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 13, n. 2, p. 236-244, 2014.
- ENCISO, F.B.; CRESPO, L.P.; ACUÑA, J.C.; **Clasificación y nomenclatura de las alteraciones menstruales.** *GinecolObstet Mex* 2007;75:641-51.
- FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em Ginecologia.** 6.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2011.
- FRISCH, R.E. **Fatness of girls from menarche to age 18 years, with a nomogram .** *Hum Biol* 1976;48:353-359.
- GREENE, R.; DALTON, K. **The premenstrual syndrome.** *Br Med J* 1953;1:1007-14.
- HICKS, C.L.; *et al.* **The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement.** *Pain.* 2001;93:173-83.
- HOFFMAN, B. L.; *et al.* **Ginecologia de Williams.** 2 edição. Artmed. 2014.
- KAMEYAMA, A.; *et al.* **Tratamento da Dismenorreia.** *Femina.* 2005;33(12):911-8.
- LEITE, M.C.A.; *et al.* **Dismenorreia: uma visão atual.** *Rev Universidade Pernambuco.* 2010.
- LIPSCHITZ, D.S.; *et al.* **Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic.** *J AmAcadChildAdolescPsychiatry*2000;39:1104-1111.
- MELO, N.R.; MACHADO, R.B.; FERNANDES, C.E.; **Irregularidades menstruais – inter-**

relações com o psiquismo. Rev. Psiq. Clín. 33 (2); 55-59, 2006

MILSON, I.; HEDNER, N.; MANNHEIMER, C.A. **Comparative study of the effect of high: intensity transcutaneous nerve stimulation and oral naproxen on intrauterine pressure and menstrual pain in patients with primary dysmenorrhea.** Am J Obstet Gynecol. 1994;170(s.n.):123-9.

O'DOWD, M.J.; PHILLIPP, E.E.; **The History of Obstetrics and Gynecology.** London: The Parthenon Publishing Group: 1994, p. 329-43.

OSAYANDE, A.S.; MEHULIC, S. **Diagnosis and initial management of dysmenorrhea.** AmFamPhysician. 2014;89(5):341-6.

REATO, L.F.N.; AZEVEDO, M.R.D. **Desenvolvimento psicológico do adolescente – síndrome da adolescência normal.** Sinopse de Pediatria 1999;3:57-9.

RUSH, A.J.; *et al.* **The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression** Biological Psychiatry, 54 (5) (2003), pp. 573–583

SHOR, E.; SATO, H.; KOLPELMAN, A.; SARTORI, F.M. **Dor pélvica crônica.** São Paulo: Ginecologia UNIFESP; 2009. p 181-7.

SILVA, F.C.; THULER, L.C. **Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents.** J Pediatr (Rio J). 2008;84(4):344-349.

COSTA, Y.R.; FAGUNDES, R.L.M.; CARDOSO, B.R. **Ciclo menstrual e consumo de alimentos.** Rev Bras Nutr Clin. 2007;22(3): 203-9.

CHAVES, C.P.G.; SIMÃO, R.; ARAÚJO, C.G.S. **Ausência de variação da flexibilidade durante o ciclo menstrual em universitárias.** Rev Bras Med Esporte. 2002;8(6):212-8.

BOUZAS, I.; BRAGA, C.; LEÃO, L. **Ciclo menstrual na adolescência.** Adolesc Saúde. 2010;7(3):59-63.

BRAVERMAN, P.K. **Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder.** J Pediatric Adolesc Gynecol 2007; 20:3-12.

THYS-JACOBS, S. **Micronutrients and the premenstrual syndrome: the case for calcium.**

J Am Coll Nutr. 2000;19(2):220-7.

SAMPAIO, H.A.C. **Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual.** Rev Nutr. 2002;15(3):309-17.

Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas - CEMICAMP. **Tensão pré-menstrual: perspectiva e atitude de mulheres, homens e médicos ginecologistas no Brasil: relatório final** [Internet]. 2008 maio. Disponível em:

<http://www.cemicamp.org.br/relatorios/Relatorio%20final%20maio%20%202008.pdf>

JOHNSON, S.R. **The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms.** Clin Obstet Gynecol. 1987;30(2):367-76.

YONKERS, K.A.; O'BRIEN, P.M.; ERIKSSON, E. **Premenstrual syndrome.** Lancet. 2008; 371(9619):1200-10.

VALADARES, G.C.; *et al.* **Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia.** Rev Psiquiatr Clín. 2006;33(3):117-23.

CHENIAUX, J.R. E. **Síndrome pré-menstrual.** Rio de Janeiro: Eduerj; 2001.148p.

DICKERSON, L.M.; MAZYCK, P.J.; HUNTER, M.H. **Premenstrual syndrome.** Am Fam Physician. 2003;15:1743-52.

ENDICOTT, J. **History, evolution and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder.** J Clin Psychiatry. 2000;61(suppl.12):5-8.

RAPKIN, A.J.; MIKACICH, J.A. **Premenstrual syndrome in adolescents:diagnosis and treatment.** Pediatric Endocrinolol Rev. 2006; 3(1):132-37.

ALVIR, J.M.; THYS-JACOBS, S. **Premenstrual and menstrual symptom clusters and response to calcium treatment.** Psychopharmacol Bull 1991; 27:145-8.

FRYE, G.M.; SILVERMAN, S.D. **Is it premenstrual syndrome? Keys to focused diagnosis, therapies for multiple symptoms.** Postgrad Med 2000; 107:151-9.

CASE A.M.; REID, R.L. **Menstrual cycle effects on common medical conditions.** Compr Ther 2001; 27:65-71.

CAVALCANTI, S.M.O.; VITIELLO, N. **Síndrome da tensão pré-menstrual.** Femina 1987; 15:776-80.

PASSOS, R.B.F.; *et al.* **Prevalence and productivity impact of primary dysmenorrhea in brazilian women.** RBM. 2008 Aug; 65(8):250-3.

STEPHENSON, R.G.; O'CONNOR, L.J. **Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia,** 2ª ed. São Paulo: Manole; 2004.

RIBEIRO, R.M.; REZENDE, W.W. **Dismenorréia.** RBM. 1996; 53:143-45.

FONSECA, A.M.; BANGNOLI, V.R. **Estudo multicêntrico da eficácia e tolerabilidade do**

- aceclofenaco no tratamento da dismenorréia primária.** RBM. 1999 Mar; 56(3):169-73.
- DORN, L.D.; *et al.* **Menstrual symptoms in adolescent girls: association with smoking, depressive symptoms, and anxiety.** J Adolesc Health. 2009 Mar; 44(3):237-43.
- COCO, A.S. **Primary dysmenorrhea.** Am Fam Physician. 1999 Aug; 60(2):489-96.
- PIATO, S. **Tratado de Ginecologia.** 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2002.
- DIEGOLI, M.S.C.; DIEGOLI, C.A. **Dismenorréia.** RBM. 2007 Mar; 64(3):81-7.
- FOGEL, C.I. **Problemas Comuns de Saúde.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- LATTHE, P.; *et al.* **Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review.** BJM. 2006 Apr; 332(7544):749-55.
- TONINI, G. **Dysmenorrhea, endometriosis and premenstrual syndrome.** Minerva Pediatr. 2002 Dec; 54(6):525-38.
- FLECK, M.P.A.; *et al.* **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-BREF”.** Rev Saúde Pública. 2000 Apr; 34(2):178-83.
- HOPMAN, W.M.; VERNER, J. **Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation.** Stroke. 2003 Mar; 34(3):801-05.
- HSIUNG, P.C.; *et al.* **Comparison of WHOQOL-BREF and SF-36 in patients with HIV infection.** Qual Life Res. 2005 Feb; 14(1):141-50.
- SILVA, C.M.L.; *et al.* **Estudo populacional de síndrome pré-menstrual.** Rev Saúde Publica 2006;40(1):47-56.)
- RODRIGUES, I.C.; OLIVEIRA, E. **Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré menstrual.** Arq Cienc Saúde. 2006;13(3):146-52.
- SIANANOVIC, O.; SUBASIC, A.; BACAJ, D. **Psychological disorders in women in Bósnia and Herzegovina and associated with menstruation.** Med Arch 2003;57(1):17-28.
- HOURANI, L.L.; YUAN, H.; BRAY, R.M. **Psychosocial and lifestyle correlates of premenstrual symptoms.** J Women’s Health 2004;13(7):812-21.
- MCEVOY, M.; CHANG, J.; COUPEY, S.M. **Common menstrual disorders in adolescence: nursing interventions.** Am J Matern Child Nurs 2004;29(1):41-9.
- HALBE, H.W. **Síndrome pré-menstrual.** Tratado de ginecologia. São Paulo: Rocca; 2000. cap.70, p.755-69.
- SANDERS, D; *et al.* **Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. I. Changes in mood and physical state: description of subjects and method.** Psychosom Med 1983;45(6):487-501.
- NOGUEIRA, C.W.M. **Determinantes da síndrome pré-menstrual: Análise de aspectos**

clínicos e epidemiológicos [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1998.

SILVA, C.M.L.; *et al.* **Estudo populacional de síndrome pré-menstrual.** Rev Saúde Publica 2006;40(1):47-56.

APPOLINÁRIO, J.C. **TDPM: transtorno disfórico pré-menstrual.** 4ª ed. SãoPaulo: Segmento; 2003.

HARA, C. **Síndrome.** Arq Bras Med 1995; 69(11): 577-82.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

Nome Completo *

Long-answer text

RG

Short-answer text

Você aceita participar dessa pesquisa, obedecendo aos critérios estabelecidos acima e declara estar esclarecida acerca do objetivo da pesquisa e sua confidencialidade? *

Sim

Não

Questionário sócio-demográfico e gineco-obstétrico

Este questionário faz parte da coleta de dados da monografia intitulada "PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DE ENFERMAGEM". Tal questionário contém aspectos sociais, demográficos, ginecológicos e obstétricos, além de um Inventário rápido da sintomatologia depressiva.

:::

Você é:

Multiple choice ▾

- Estudante da graduação do DENF ×
- Estudante de pós-graduação do DENF ×
- Funcionária do DENF ×
- Docente do DENF ×
- Add option or [ADD "OTHER"](#)

Idade *

Short-answer text

.....

Grau de escolaridade *

- Doutorado
- Mestrado
- Graduação
- Ensino médio completo
- Ensino fundamental completo

Estado Civil *

- Solteira
- Casada/União estável
- Divorciada
- Viúva

Menarca (idade da primeira menstruação) *

Short-answer text

Sexarca (idade da primeira relação sexual) *

Short-answer text

Gravidez (quantidade de gestações) *

Short-answer text

Total de Partos *

Short-answer text

Total de Partos Vaginais *

Short-answer text

Total de Partos Cesáreos *

Short-answer text

Se já realizou alguma cirurgia ginecológica, marque qual? *

- Histerectomia (retirada do útero)
- Miomectomia (retirada de mioma)
- Ooforectomia (retirada de ovário)
- Retirada de focos de endometriose por via laparoscópica
- Nenhuma

Você possui alguma alteração anatômica ginecológica? *

- Neovagina
- Útero bicorno
- Útero septado
- Nenhuma/Não sei

Você está grávida? (Caso esteja grávida, responda de acordo com seu ciclo antes de engravidar) *

- Sim
- Não

Você está no puerpério/período pós-parto? (Caso esteja no puerpério, responda de acordo com seus seis últimos ciclos menstruais)

Sim

Não

...

Desconsiderando a gravidez e o período pós-parto, você já ficou sem menstruar por seis meses ou por três ciclos menstruais ou mais?

Sim

Não

Você está na menopausa (12 meses sem menstruação)? *

Sim. Se sim, não precisa prosseguir com o questionário.

Não

⋮

Você utiliza atualmente algum método hormonal com finalidade contraceptiva?

- Anticoncepcional oral combinado
- Anticoncepcional oral exclusivo de progesterona
- Anticoncepcional injetável mensal
- ⋮ Anticoncepcional injetável trimestral
- DIU - Mirena
- Adesivo
- Implante de Norplant
- Nuvaring
- Outro
- Nenhum

Você utiliza algum método hormonal APENAS para controle do fluxo menstrual ou regularização do ciclo?

- Sim
- Não

Você considera sua menstruação regular? (o intervalo entre as menstruações é regular)

Sim

Não

Quantos dias dura, em média, seu ciclo menstrual (quantos dias entre o primeiro dia da sua menstruação e a véspera da menstruação seguinte)?

Short-answer text

Você passa, em média, quantos dias menstruada? (Conte até o dia em que não vem mais nada na calcinha)

Short-answer text

Você costuma apresentar sangramento entre as menstruações? *

Sim

Não

Você costuma usar quantos pacotes (de oito absorventes cada) de absorventes por período menstrual?

Short-answer text

Qual a quantidade de sangue que você pensa perder durante os dias da menstruação?

- Quantidade regular (inicia com pequena quantidade, depois aumenta um pouco e volta a diminuir)
- Moderada quantidade (Acho um pouco aumentado em consideração à quantidade normal)
- Grande quantidade (Acho muito aumentado em consideração à quantidade normal)

Você costuma sentir cólica menstrual? *

- Sim
- Não

Você deixa de ir a eventos sociais por conta da cólica menstrual? *

- Sim
- Não

Você sente dor (tipo cólica) em período fora do menstrual? *

- Sim, poucos dias antes da menstruação.
- Sim, poucos dias depois da menstruação.
- Sim, muitos dias antes ou depois da menstruação.
- Não

...

No período pré-menstrual você costuma sentir: (marcar mais de um item, se necessário)

- Labilidade de humor (rápida mudança de humor)
- Ansiedade
- Irritabilidade
- Cefaleia (dor de cabeça intensa)
- Mastalgia (dor nas mamas ou aumento da sensibilidade)
- Retenção de líquidos/Aumento de peso/Sensação de inchaço
- Fogachos/Ondas de calor
- Other...

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por Camila Teixeira Moreira Vasconcelos, como participante da pesquisa intitulada “PREVALÊNCIA DE DISTÚRBIOS MENSTRUAIS EM ESTUDANTES, PROFESSORAS E FUNCIONÁRIAS DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

- A pesquisa será realizada através de um questionário online.
- Tem como objetivos, conhecer a prevalência de alterações menstruais em estudantes de graduação, pós-graduação, professoras e funcionárias do Departamento de Enfermagem da UFC, relacionar os sintomas encontrados com os principais distúrbios e correlacionar os distúrbios menstruais com as características demográficas, sociais, comportamentais e gineco-obstétricas.
- O período de participação será de um dia, sendo dispensados apenas alguns minutos para a leitura do termo e o preenchimento do questionário.
- Trata-se de um inventário rápido de depressão com 16 itens de múltipla escolha e um questionário sociodemográfico e gineco-obstétrico com 29 itens a serem respondidos eletronicamente.
- As participantes que não tiverem acesso à um computador com internet, poderão participar da pesquisa no próprio departamento de enfermagem, preenchendo o formulário manualmente.
- Caso os pesquisadores encontrem riscos e/ou danos significativos à saúde dos indivíduos que participam da pesquisa, o estudo será interrompido, independente da fase em que esteja.
- A pesquisa contém perguntas de cunho social, ginecológico e obstétrico, logo as participantes tem o risco de não se sentirem à vontade respondendo a esse tipo de pergunta, podendo apresentar desconforto momentâneo, mesmo sendo um questionário online.
- Um benefício, mediante participação do projeto, as participantes terão a oportunidade de se conhecer melhor ao ponderar e responder as perguntas propostas no questionário.
- Serão garantidos o anonimato, a privacidade e a confidencialidade das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para fins científicos.
- Você poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa em qualquer momento da pesquisa.
- Você poderá retirar-se do estudo ou não permitir a utilização de seus dados em qualquer momento da pesquisa.
- Sendo um participante voluntário, você não terá nenhum pagamento e/ou despesa referente à sua participação no estudo.
- Os resultados serão divulgados no dia da apresentação do trabalho.

A qualquer momento você poderá recusar a continuar participando da pesquisa e também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garantimos que as informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Instituição: Departamento de Enfermagem

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115. Rodolfo Teófilo.

Telefones para contato: (85) 3366-8462 / (85) 98943-2274

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).
O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ___ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Data

Assinatura

Nome do pesquisador

Data

Assinatura

Nome da testemunha

Data

Assinatura

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional

Data

Assinatura

que aplicou o TCLE

ANEXO A – INVENTÁRIO RÁPIDO DA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA**Pegar no Sono: ***

- Nunca levo mais do que 30 minutos para pegar no sono.
- Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, menos da metade das vezes (3 vezes ou menos nos últimos 7 dias).
- Levo pelo menos 30 minutos para pegar no sono, mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias).
- Levo mais de uma hora para pegar no sono, mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias).

Não Acordo Durante a Noite: *

- Não acordo durante a noite.
- Tenho um sono leve e agitado, acordando por períodos curtos em cada noite.
- Acordo pelo menos uma vez por noite, mas volto a dormir com facilidade.
- Acordo mais do que uma vez por noite e fico acordado(a) por 20 minutos ou mais, mais da metade das vezes.

Acordar cedo demais: *

- Na maioria das vezes, acordo até 30 minutos antes do que preciso para levantar.
- Mais da metade das vezes (4 vezes ou mais nos últimos 7 dias), acordo mais de 30 minutos antes do que pr
- Quase sempre acordo pelo menos em torno de uma hora antes da hora que eu preciso, mas acabo voltando
- Acordo pelo menos uma hora antes do que preciso e não consigo voltar a dormir.

Dormir demais: *

- Durmo até 7-8 horas por noite, sem cochilos durante o dia.
- Durmo até 10 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.
- Durmo até 12 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.
- Durmo mais do que 12 horas num período de 24 horas, incluindo cochilos.

...

Sentir-se triste: *

- ⋮ Não me sinto triste.
- Sinto-me triste menos da metade das vezes (3 dias ou menos nos últimos 7 dias).
- Sinto-me triste mais da metade das vezes (4 dias ou mais nos últimos 7 dias).
- Sinto-me triste quase o tempo todo.

Apetite Diminuído:

Se responder essa questão, não responda a próxima.

- Meu apetite habitual não mudou.
- Como com menor frequência ou menores quantidades de comida que o habitual.
- Como muito menos que o habitual e só com um esforço pessoal.
- Como raramente num período de 24 horas e só com um esforço pessoal extremo ou quando outros me conv

Apetite Aumentado:

Caso responda essa questão, não responda a anterior.

- Meu apetite não mudou.
- Sinto necessidade de comer mais frequentemente do que o habitual.
- Regularmente, como com mais frequência e/ou em maiores quantidades do que o habitual.
- Sinto-me compelido a comer demais tanto nas refeições como entre elas.

Perda de Peso (Nas Duas Últimas Semanas):

Se responder essa questão, não responda a próxima.

- Não tive qualquer mudança no meu peso.
- Sinto-me como se tivesse tido uma pequena perda de peso.
- Perdi 1 quilo ou mais.
- Perdi 2,5 quilos ou mais.

Aumento de Peso (Nas Duas Últimas Semanas):

Caso responda essa questão, não responda a anterior.

- Não tive qualquer mudança no meu peso.
- Sinto-me como se tivesse tido um pequeno aumento de peso.
- Engordei 1 quilo ou mais.
- Engordei 2,5 quilos ou mais.

Concentração/Tomar Decisões: *

- Não houve mudanças na minha capacidade habitual de me concentrar ou de tomar decisões.
- Ocasionalmente me sinto indeciso(a) ou acho que minha atenção flutua.
- Na maior parte do tempo, me esforço para prestar atenção ou para tomar decisões.
- Não consigo me concentrar o suficiente para ler ou não consigo tomar nem mesmo decisões pequenas.

Visão de Mim Mesmo: *

- Considero-me tão valioso(a) e merecedor(a) como os outros.
- Recrimino-me mais do que o habitual.
- Acredito muito que cause problemas para os outros.
- Penso quase constantemente sobre pequenos e grandes defeitos em mim mesmo(a).

Ideias de Morte e Suicídio: *

- Não penso em suicídio ou morte.
- Sinto que a vida é vazia e me pergunto se vale a pena viver.
- Penso em suicídio ou morte várias vezes por semana durante vários minutos.
- Penso em suicídio ou morte várias vezes por dia com algum detalhe, ou fiz planos específicos de suicídio, ou

Interesse Geral: *

- Não houve mudanças do habitual quanto ao interesse que tenho em outras pessoas e atividades.
- Noto que estou menos interessado(a) em pessoas ou em atividades.
- Acho que tenho interesse em apenas uma ou duas das atividades a que me dedicava anteriormente.
- Não tenho praticamente interesse nenhum nas atividades a que me dedicava anteriormente.

⋮

Nível de Energia: *

- Não há mudanças no meu nível atual de energia.
- ⋮ Fico cansado(a) mais facilmente do que o habitual.
- Tenho que fazer um grande esforço para começar ou acabar minhas atividades diárias habituais (por exemp
- Eu não consigo realmente desempenhar a maioria das minhas atividades diárias, porque simplesmente não

Sentir Lentidão: *

- Penso, falo e me movimento na minha velocidade habitual.
- Acho que meu pensamento está mais lento ou a minha voz parece sem brilho ou monótona.
- Levo vários segundos para responder à maioria das perguntas e tenho certeza que o meu pensamento está l
- Sinto-me frequentemente incapaz de responder a perguntas sem um esforço extremo.

Sentir-se Agitado(a): *

- Não me sinto agitado(a).
- Fico frequentemente irrequieto(a), torcendo as mãos ou precisando trocar a posição em que estou sentado(a).
- Tenho impulso de me movimentar e estou bastante agitado(a).
- Há ocasiões em que fico incapaz de permanecer sentado(a) e preciso andar de um lado para o outro.