

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

ANA PAULA RODRIGUES REZENDE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE ACADÊMICAS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE DO
CENTRO-OESTE BRASILEIRO.**

SÃO LEOPOLDO-RS

2019

ANA PAULA RODRIGUES REZENDE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE ACADÊMICAS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE DO
CENTRO-OESTE BRASILEIRO.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Vera Maria Vieira Paniz

SÃO LEOPOLDO-RS

2019

R467p Rezende, Ana Paula Rodrigues
Prevalência da síndrome pré-menstrual e fatores
associados entre acadêmicas da área da saúde de uma
universidade do Centro-Oeste brasileiro / por Ana Paula
Rodrigues Rezende. – 2020.
103 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2020.

Orientação: Profa. Dra. Vera Maria Vieira Paniz.

1. Síndrome pré-menstrual. 2. Prevalência. 3. Fatores de
risco. 4. Questionário. I. Título.

CDU 613.99

ANA PAULA RODRIGUES REZENDE

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE ACADÊMICAS DA ÁREA DA SAÚDE DE UMA UNIVERSIDADE DO
CENTRO-OESTE BRASILEIRO.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovado em 15/05/2020

BANCA EXAMINADORA

VERA MARIA VIEIRA PANIZ - UNISINOS

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

MARIA TERESA ANSELMO OLINTO - UNISINOS

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

KARINA GIANE MENDES- Universidade Caxias do Sul (UCS)

Componente da Banca Examinadora – Instituição a que pertence

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas,
aos meus amados pais Maria e Adeval, que sempre acreditaram
em mim;

Às minhas irmãs adoradas Pauliane e Tatiane, e à minha
sobrinha preciosa Laís, que mesmo à distância me apoiaram
neste momento;

Ao meu esposo Reysser, pessoa com quem amo partilhar a vida,
que me incentivou e me apoiou nesta grande jornada;

E por fim ao meu amado filho Henrique,
que suportou carinhosamente a ausência da mamãe durante
longos períodos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS que iluminou o meu caminho durante esta caminhada;

Aos meus PAIS pelo exemplo de perseverança, força e dedicação ao trabalho, que servem como fontes de inspiração na minha vida;

Agradeço especialmente à minha MÃE, que abdicou do seu tempo em vários momentos para cuidar do meu filho, para que eu pudesse dedicar à minha dissertação e concluísse meu trabalho;

Às minhas IRMÃS e SOBRINHA pelo amor e incentivo contínuo;

A meu ESPOSO pela força, carinho, paciência e incentivo, me apoiando nos momentos de dificuldades. Você foi fundamental nessa caminhada. Hoje estamos colhendo, juntos, o fruto do nosso empenho!

Ao meu FILHO por suportar toda a minha ausência, quando ainda era apenas um bebê e chorava na porta do escritório querendo minha atenção. Valeu a pena toda distância, todo sofrimento e todas as renúncias.

À PROFA. DRA. VERA MARIA VIEIRA PANIZ, orientadora desta dissertação, um agradecimento especial por todos os seus ensinamentos, sua dedicação, paciência e confiança ao longo deste tempo. Obrigada por compartilhar seu conhecimento de forma tão didática, o que foi imprescindível para a conclusão deste trabalho.

E por fim, agradeço a todos os COLEGAS do Mestrado, que dividiram comigo seu tempo, conhecimentos e aprendizados!

RESUMO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um dos transtornos mais comuns experimentados pelas mulheres em idade reprodutiva. Caracteriza-se pela presença tanto de sintomas físicos quanto de sintomas psicológicos, os quais impactam de forma significativa na vida diária da mulher. Algumas características sociodemográficas, reprodutivas e comportamentais têm sido associadas à ocorrência da SPM. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da SPM e fatores associados em acadêmicas da área da saúde. Trata-se de um estudo transversal em que os dados referidos foram coletados através de questionário autoadministrável, o qual foi aplicado a acadêmicas, com 18 ou mais anos de idade, de uma universidade do centro oeste brasileiro. O projeto é um recorte de um estudo maior intitulado “Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018”. Os dados referidos pelas participantes incluíram variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde. O trabalho de campo foi realizado entre outubro e novembro de 2018. Mediante aplicação de questionário padronizado coletou-se dados sobre a ocorrência dos sintomas pré-menstruais e seu impacto na vida social e acadêmica das universitárias, permitindo determinar a prevalência da SPM e do TDPM, segundo o instrumento *Premenstrual Syndrome Screening Tool* (PSST). No total, foram avaliadas 1115 universitárias. A prevalência encontrada da SPM foi 46,9% (IC 95% 44,0-49,8) e do TDPM 11,1% (IC95% 9,3-13,0). As principais queixas relatadas foram os sintomas físicos (seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchaço e ganho de peso) e os sintomas psicológicos: desejo de comer/comer demais, ficar chorosa/mais sensível à rejeição, ansiedade/tensão e raiva/irritabilidade. Estes sintomas interferiram de forma moderada ou até mesmo severa nas atividades acadêmicas, familiares e sociais das universitárias. Após ajuste, a maior probabilidade de SPM ocorreu para as universitárias que cursavam os primeiros períodos do curso, que consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias e que referiram diagnóstico médico de depressão. Não foi encontrada associação entre tabagismo, hábitos alimentares, atividade física e a SPM. Conclusão: o trabalho evidenciou que a SPM é altamente prevalente entre as universitárias e que existe uma relação independente e significativa entre fatores comportamentais e de saúde com a SPM. É fundamental que os sintomas pré-menstruais sejam abordados nas consultas médicas, e que o seu manejo inclua estratégias de prevenção que levem em consideração os fatores associados encontrados.

Palavras-chave: Síndrome pré-menstrual. Prevalência. Fatores de risco. Questionário.

ABSTRACT

Premenstrual syndrome (PMS) is one of the most common disorders experienced by women of reproductive age. It is characterized by the presence of both physical and psychological symptoms, which have a significant impact on a woman's daily life. Some sociodemographic, reproductive and behavioral characteristics have been associated with the occurrence of PMS. The aim of this study was to assess the prevalence of PMS and associated factors in health course academics. This is a cross-sectional study in which the referred data were collected through a self-administered questionnaire, which was applied to academics, aged 18 or over, from a university in the central west of Brazil. The project is part of a larger study entitled "Epidemiological profile of students in the health course at the University of Rio Verde, Goiás, 2018". The data reported by the participants included demographic, socioeconomic, behavioral, psychosocial and health-related variables. The fieldwork was carried out between October and November 2018. Through the application of a standardized questionnaire, data were collected on the occurrence of premenstrual symptoms and their impact on the social and academic life of university students, allowing to determine the prevalence of PMS and PMDD, according to the Premenstrual Syndrome Screening Tool (PSST). In total, 1115 university students were evaluated. The prevalence found for PMS was 46.9% (95% CI 44.0-49.8) and for PMDD 11.1% (95% CI 9.3-13.0). The main complaints reported were physical symptoms (sensitive breasts, headache, muscle or joint pain, swelling and weight gain) and psychological symptoms: desire to eat / overeat, becoming teary / more sensitive to rejection, anxiety / tension and anger / irritability. These symptoms interfered in a moderate or even severe way in the academic, family and social activities of the university students. After adjustment, the highest probability of PMS occurred for university students who were attending the first periods of the course, who had consumed alcoholic beverages in the last 30 days and who reported a medical diagnosis of depression. No association was found between smoking, eating habits, physical activity and PMS. Conclusion: the study showed that PMS is highly prevalent among university students and that there is an independent and significant relationship between behavioral and health factors with PMS. It is essential that premenstrual symptoms are addressed in medical consultations, and that their management includes prevention strategies that take into account the associated factors found.

Keywords: Premenstrual syndrome. Prevalence. Risk factors. Questionnaire.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Conceitual de Análise para SPM.....	49
--	-----------

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos internacionais que avaliaram a prevalência da Síndrome Pré-menstrual (SPM) e do Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM).....	22
Quadro 2 - Estudos nacionais que avaliaram a prevalência da Síndrome Pré-menstrual (SPM) e do Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM).....	23
Quadro 3 - Classificação e categorização das variáveis independentes	44

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CH	Contraceptivos hormonais
CHC	Contraceptivos hormonais cíclicos
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças 10 ^a edição
COC	Contraceptivo oral combinado
COPE	<i>Calendar of Premenstrual Experiences</i>
DRSP	<i>Daily Record of Severity Problems</i>
DSM IV	<i>Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition</i>
DSM V	<i>Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition</i>
DSR	<i>Daily Symptom Report</i>
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
GABA	Ácido gama-aminobutírico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
ISPMDD	<i>International Society for Premenstrual Disorders</i>
MET	<i>Metabolic equivalent task</i>
NAF	Nível de atividade física habitual
NSH2	<i>Nurses' Health Study 2</i>
OR	<i>Odds Ratio</i>
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde
PPG	Programa de pós graduação
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PRISM	<i>Premenstrual Record of Impact and Severity of Menstruation</i>
PSQ	Premenstrual Symptoms Questionnaire
PSST	<i>Premenstrual Symptoms Screening Tool</i>
PSST-A	<i>Premenstrual Syndrome Screening Tool modified for adolescents</i>

RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists</i>
RS	Rio Grande do Sul
RR	Risco relativo
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SPM	Síndrome Pré-menstrual
SWS	<i>Southampton Women's Survey</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-menstrual
TPM	Tensão pré-menstrual
UNIRV	Universidade de Rio Verde
UNISINOS	Universidade do Vale dos Sinos
WPAI	<i>Work Productivity and Activity Impairment</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1	Estratégia de busca	14
2.2	Síndrome Pré-Menstrual	15
2.2.1	Definição	15
2.2.2	Etiologia	16
2.2.3	Sintomatologia	16
2.2.4	Diagnóstico	17
2.2.5	Prevalência	20
2.3	Fatores associados à SPM	25
2.3.1	Idade	25
2.3.2	Cor da pele	26
2.3.3	Escolaridade	26
2.3.4	Nível socioeconômico	27
2.3.5	Menarca	27
2.3.6	Contraceptivos hormonais	27
2.3.7	Tabagismo	29
2.3.8	Consumo de álcool	30
2.3.9	Prática de atividade física	31
2.3.10	Hábitos alimentares	33
2.3.11	Estado nutricional	33
2.4	Impactos da SPM na vida das mulheres	35
3	JUSTIFICATIVA	36
4	OBJETIVOS	37
4.1	Objetivo geral	37
4.2	Objetivos específicos	37
5	MÉTODOS	38
5.1	Identificação do Projeto	38
5.2	Delineamento	38
5.3	Localização geográfica e população do estudo	38
5.3.1	Critérios de inclusão	39
5.3.2	Critérios de exclusão	39
5.4	Processo amostral	39

5.5	Instrumento	40
5.6	Descrição das variáveis	41
5.6.1	Variáveis dependentes	41
5.6.2	Variáveis independentes	43
5.7	Procedimentos de coleta de dados	46
5.7.1	Treinamento da equipe e padronização da aplicação	46
5.7.2	Logística do estudo	46
5.7.3	Estudo piloto	47
5.8	Processamento e análise dos dados	48
5.8.1	Entrada dos dados	48
5.8.2	Análise dos dados	48
5.8.3	Modelo conceitual de análise	48
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
7	DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	50
8	CRONOGRAMA	51
	REFERÊNCIAS	52
	RELATÓRIO DE CAMPO	58
	ARTIGO CIENTÍFICO	67
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	91
	APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNISINOS)	92
	APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNIRV)	95
	ANEXO A - QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS, REPRODUTIVAS, NUTRICIONAIS E DE SAÚDE	99
	ANEXO B – INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS (PSST) - MODIFICADO	103

1 INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, os quais iniciam uma a duas semanas antes da menstruação, aliviam com o início do fluxo menstrual e apresentam a característica de serem cíclicos e recorrentes. Também conhecida como tensão pré-menstrual (TPM), a SPM ocorre durante a fase lútea, podendo ser grave o suficiente para impactar em alguns aspectos da vida da mulher (MARVÁN; CORTÉS-INIESTRA, 2001).

O preciso mecanismo etiológico da SPM permanece desconhecido, mas a origem dos seus sintomas está associada à suscetibilidade de algumas mulheres às alterações hormonais normais que ocorrem durante o ciclo menstrual. Os sintomas pré-menstruais muitas vezes melhoram após o uso de inibidores da ovulação, durante a gravidez e após a menopausa, o que fornece fortes evidências para a sua relação com a ciclicidade ovariana. Além disso, a estabilização de neurotransmissores como a serotonina, e alterações do efeito do ácido gama-aminobutírico (GABA) com o uso de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos, podem melhorar os sintomas da SPM. Desta forma, estes neurotransmissores também parecem desempenhar um papel importante no desencadeamento dos sintomas pré-menstruais (RYU; KIM, 2015).

Os principais sintomas observados pelas mulheres com SPM são o aumento do tamanho e da sensibilidade das mamas; inchaço nas pernas e, às vezes, no corpo todo; ganho de peso; cefaleia; fadiga; aumento do volume abdominal; acne; ansiedade; irritabilidade; depressão; mudanças de humor; depreciação da autoimagem e alteração do apetite. A intensidade da sintomatologia pode variar entre as mulheres. Muitas apresentam sintomas mais leves em algum momento em seus anos reprodutivos, especialmente os sintomas físicos, como ingurgitamento mamário e edema, mas não percebem esses sintomas como angustiantes ou debilitantes. Entretanto, outras mulheres podem apresentar sintomas mais intensos e incapacitantes, podendo levar a forma mais grave da SPM: o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM) (FEBRASGO; SBMFC, 2011; FREEMAN, 2003; VALADARES et al., 2006)

Realizar o diagnóstico da SPM é importante para diferenciá-la de outras patologias, determinar a prevalência da mesma e, o mais importante, definir um tratamento efetivo (FREEMAN, 2003). Até o momento, não há critérios diagnósticos definitivos e universalmente aceitos, mas é recomendado que os critérios existentes reconheçam a ampla

gama de sintomas relacionados com a síndrome, a gravidade dos mesmos e seu padrão temporal com o ciclo menstrual, permitindo, desta forma, diferenciar a SPM clinicamente significativa das mudanças normais do ciclo menstrual (ISMAILI et al., 2016; O'BRIEN et al., 2011).

Na literatura disponível são encontradas variações na prevalência como, por exemplo, 50-85% para sintomas pré-menstruais fisiológicos, 30–40% para SPM e 3-8% para o TDPM. A ausência de um consenso diagnóstico, as diferenças na interpretação da sintomatologia para definir a SPM, e as distintas populações investigadas, justificam, pelo menos em parte, as inconsistências entre os estudos sobre esse tema (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017; RYU; KIM, 2015).

Algumas características sociodemográficas, reprodutivas e comportamentais têm sido associadas à ocorrência da SPM. Estudos têm revelado que mulheres mais jovens, da raça negra, tabagistas, obesas, com hábitos alimentares não saudáveis e que consomem bebidas alcoólicas apresentam maior prevalência dos sintomas pré-menstruais. Por outro lado, o uso de anticoncepcionais hormonais e a prática de atividades físicas regulares são fatores que reduzem a probabilidade de ocorrência da SPM. Já o nível socioeconômico e a escolaridade são fatores associados tanto de forma direta quanto inversa, com a ocorrência dos sintomas da SPM (BERTONE-JOHNSON et al., 2010; FARASATI et al., 2015; FERNÁNDEZ et al., 2018; MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005; PILVER et al., 2011; SADLER et al., 2010; SILVA et al., 2006).

Com relação aos impactos dos sintomas da SPM, a literatura aponta que podem ser graves o suficiente para interferir nos relacionamentos e nas atividades diárias de mulheres em idade reprodutiva. Podem ainda prejudicar seu desempenho profissional ou acadêmico e ter consequências econômicas devido ao aumento do absenteísmo (MOHEBBI et al., 2017).

Assim, o presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à SPM em acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro oeste brasileiro, caracterizando os sintomas mais prevalentes, bem como a interferência desses sintomas nas atividades de vida acadêmica, familiar, social e de trabalho dessa população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estratégia de busca

As buscas de referências bibliográficas foram realizadas no Medline e Lilacs. Utilizando o descritor “*premenstrual syndrome*”, foram localizados 668 resumos (184 no

Lilacs, 484 no Medline nos últimos cinco anos). Para revisão das publicações sobre a prevalência e os fatores associados à SPM, o descritor “*premenstrual syndrome*” foi então combinado por meio do operador booleano AND com o descritor “*prevalence*”, encontrando 292 artigos no Medline e 39 no Lilacs; com a palavra “*associated factors*”, encontrando 58 artigos no Medline e, finalmente, combinando com a palavra “*Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)*”, encontrando 26 artigos no Medline, nos últimos cinco anos.

Também foram revisadas as referências bibliográficas, em especial aquelas citadas nos artigos selecionados, e quando se mostraram relevantes, foram buscadas na íntegra, o que justifica as referências mais antigas. Os demais artigos foram excluídos por apresentarem populações ou objetivos muito diferentes do planejado para este estudo.

2.2 Síndrome Pré-Menstrual

2.2.1 Definição

O termo Tensão Pré-Menstrual (TPM) surgiu pela primeira vez em 1930, quando foi sugerido que houvesse uma associação entre sintomas físicos e psicológicos à função ovariana, principalmente relacionada à atividade do corpo lúteo. Já o conceito de Síndrome Pré-menstrual (SPM) foi proposto em 1950 e, embora tenha sido amplamente reconhecido por muitas décadas, somente após os anos 90 que foram estabelecidos critérios diagnósticos, definições e classificações dos distúrbios pré-menstruais (O'BRIEN et al., 2011).

A SPM é caracterizada pela presença tanto de sintomas físicos quanto de sintomas psicológicos, os quais impactam de forma significativa na vida diária da mulher, incluindo as atividades sociais e de trabalho, aparecendo durante a fase lútea e cessando espontaneamente poucos dias após o fim da menstruação (RYU; KIM, 2015).

O Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM) é uma variante mais grave da SPM, que apresenta oscilação intensa de humor como fator mais perturbador e debilitante no complexo de sintomas existentes. É uma condição severamente angustiante e incapacitante, suficientemente grave para interferir no funcionamento ocupacional e social e requer tratamento. Sua etiologia não é bem definida, pois ela pode ser influenciada por fatores hormonais, familiares, ambientais e socioculturais, não apresentando necessariamente a sintomatologia física. Esse quadro, entretanto, influencia de forma importante nas atividades rotineiras e de trabalho das mulheres (VALADARES et al., 2006).

2.2.2 Etiologia

Como a SPM não ocorre antes da menarca, na gravidez ou na pós-menopausa, a exposição a alterações nos níveis de esteróides gonadais parece ser obrigatória. Vários mecanismos biológicos subjacentes aos sintomas menstruais têm sido propostos, concentrando principalmente nos hormônios gonadais, seus metabólitos e interações com os neurotransmissores e sistemas neuroendócrinos (HALBREICH et al., 2003). Sendo assim, após anos de investigações na busca por diferenças nos perfis hormonais entre mulheres com e sem a SPM, os especialistas chegaram à conclusão de que a alteração se baseia na sensibilidade da mulher às flutuações hormonais normais, em vez de alterações nos níveis hormonais circulantes (REID; SOARES, 2017; YONKERS; SIMONI, 2018).

Uma importante teoria sugere que algumas mulheres podem ter uma resposta patológica tanto à retirada quanto à exposição ao metabólito da progesterona e ao agonista do ácido gama-aminobutírico, a alopregnanolona. É notável que o bloqueio da produção de alopregnanolona reduz os sintomas pré-menstruais, além disso, alguns inibidores de recaptção de serotonina também afetam os níveis de alopregnanolona, dando suporte a esta teoria, uma vez que são considerados tratamentos eficazes para as desordens pré-menstruais. Uma visão clássica e alternativa, mas convincente, sobre a fisiopatologia dos distúrbios pré-menstruais sugere que o déficit está no funcionamento do sistema de serotonina. Este neurotransmissor está implicado na fisiopatologia dos transtornos de humor e ansiedade bem como da SPM. Os esteróides sexuais e seus receptores são abundantes em muitas regiões cerebrais que regulam as emoções, o comportamento e que modulam a transmissão da serotonina (YONKERS; SIMONI, 2018). No entanto, o papel exato da função ovariana na iniciação, expressão e resolução dos sintomas ainda precisa ser determinado (RYU; KIM, 2015).

2.2.3 Sintomatologia

A SPM possui uma ampla variedade de sintomas, os quais diferem em duração, número e intensidade, podendo ser divididos em sintomas físicos e psicológicos. Os principais sintomas físicos descritos são a mastalgia, distensão abdominal, cefaléia e inchaço de extremidades ou sensação de “inchaço geral”. Os sintomas psicológicos mais relatados são a irritabilidade, ansiedade, depressão, fúria, confusão e isolamento social. Estes sinais e sintomas apresentam relação temporal com o período pré-menstrual e com características de

repetição a cada novo ciclo, além disso, a intensidade dos mesmos é variável de mulher a mulher, e têm sido relatados desde a menarca até a menopausa (FEBRASGO; SBMFC, 2011).

Um estudo transversal tailandês com 399 adolescentes entre 15 e 18 anos de idade, estudantes do ensino médio, encontrou como sintomas físicos mais comuns a sensibilidade mamária (74,4%), a cefaléia (70,9%) e a distensão abdominal (46,5%). Os três sintomas psicológicos mais frequentes foram: explosões de raiva (97,7%), ansiedade (73,3%) e irritabilidade (68,6%). Na maioria dos casos, esses sintomas foram classificados como leves a moderados em gravidade (BUDDHABUNYAKAN et al., 2017). GOKER et al. (2014) realizaram um estudo transversal com 228 universitárias do curso de medicina na Turquia, com idades entre 18 e 27 anos, e encontraram como sintomas mais prevalentes: inchaço abdominal (89,5%), irritabilidade (88,3%), sensibilidade mamária (82,6%) e ansiedade (73,2%).

TACANI et al. (2015) realizaram um estudo prospectivo e observacional com 60 estudantes do Centro Universitário de São Camilo em São Paulo, com média de idade de $24,6 \pm 4,7$ anos, no qual encontraram como principais sintomas da SPM, nesta população, a irritabilidade (76,6%), inchaço (65%) e ansiedade (58,3%). No estudo transversal populacional de SILVA et al. (2006), realizado em Pelotas-RS, com 1395 mulheres entre 15 e 49 anos, foram encontrados como principais sintomas pré-menstruais a irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, sendo que todos estes sintomas tiveram prevalência acima de 50%.

Os resultados dos estudos permitem observar que, apesar da sintomatologia multivariada da SPM, a irritabilidade, ansiedade, sensibilidade mamária e inchaço abdominal são os sintomas mais frequentemente encontrados (NOGUEIRA; PINTO E SILVA, 2000; PETTA et al., 2010; RIEDI; FELDENS; VINHOLES, 2014; SILVA et al., 2006; SILVA; GIGANTE; MINTEN, 2008; TACANI et al., 2015).

2.2.4 Diagnóstico

Muitos critérios foram criados para o diagnóstico da SPM, sendo alguns mais restritivos e outros mais abrangentes. Atualmente, os critérios diagnósticos mais liberais encontram-se na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), na qual a SPM é atendida se pelo menos um sintoma pré-menstrual estiver presente, sem especificação de severidade e sem exigência de avaliações prospectivas. Os critérios do *American College of Obstetricians and Gynaecologists* (ACOG) e o *Royal College of Obstetricians and*

Gynecologists (RCOG) descrevem a SPM como qualquer número de sintomas psicológicos ou físicos; no entanto, o comprometimento funcional é necessário e as classificações prospectivas são recomendadas para o diagnóstico (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017). A *International Society for Premenstrual Disorders* (ISPMD) define a SPM principal (*core PSM*) como sintomas psicológicos e/ou físicos que ocorrem na fase lútea, os quais devem causar prejuízo funcional e serem classificados prospectivamente em mais de dois ciclos menstruais (ISMAILI et al., 2016).

A *American Psychiatric Association* (APA) publicou critérios diagnósticos para a forma mais grave da SPM, o TDPM, no *Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition* (DSM IV), em 1994, reconhecendo o TDPM como uma entidade clínica distinta. Segundo estes critérios, os sintomas devem estar presentes durante a semana que precede o início do fluxo menstrual, aliviar com a menstruação e ser minimamente percebidos ou estar ausentes nas semanas seguintes. Além disso, devem estar presentes na maioria dos ciclos do último ano e ser suficientemente severos para interferir no trabalho, nas relações sociais ou familiares. Entretanto, o TDPM constava como apêndice no referido manual, pois os autores consideravam que mais pesquisas eram necessárias para confirmar a classificação do TDPM como um distúrbio psiquiátrico. Contudo, na edição mais recente do DSM-5, em 2013, o TDPM foi incluído no texto principal, sendo categorizado como um transtorno depressivo, o qual descreve um fenômeno perturbador pré-menstrual com componentes psiquiátricos significativos. Essa decisão foi baseada em evidências que mostraram sua distinção em relação a outros transtornos psiquiátricos (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017; REID; SOARES, 2017).

O uso de entrevistas, questionários e escalas de auto avaliação baseados em critérios, como os descritos acima, já estão bem estabelecidos para o diagnóstico da SPM e do TDPM (HENZ et al., 2018). Vários instrumentos foram desenvolvidos para simplificar o processo de registro, bem como para obter informações mais completas sobre o tipo de sintoma, a gravidade e o momento da ocorrência. A ferramenta mais aceita e amplamente utilizada é o *Daily Record of Severity Problems* (DRSP), um questionário prospectivo e autoadministrado, usado para rastrear 11 sintomas relacionados com a SPM, seus níveis de gravidade e seu impacto na vida das mulheres (APPLETON, 2018). Para usar o DRSP como uma ferramenta de diagnóstico para a SPM, é necessário o preenchimento do questionário por pelo menos dois ciclos menstruais consecutivos. Essa avaliação prospectiva permite a confirmação do momento dos sintomas e exclui transtornos psiquiátricos subjacentes que poderiam estar sendo pré-exacerbados (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017). No entanto, este

requisito limita a aplicabilidade na prática no dia-a-dia das mulheres com sintomas pré-menstruais, uma vez que os diários são demorados para as mulheres preencherem e, conseqüentemente, para os médicos avaliarem e diagnosticarem os sintomas da SPM (HENZ et al., 2018; ISMAILI et al., 2016; LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017).

Com o objetivo de elaborar uma ferramenta simples, que além de identificar mulheres com o TDPM também permitiria identificar mulheres com sintomas da SPM clinicamente significativos, STEINER et al. (2003) criaram o Instrumento de Rastreamento de Sintomas Pré-Menstruais ou *Premenstrual Syndrome Screening Tool* (PSST). Trata-se de um questionário clínico retrospectivo de autoaplicação, que permite o diagnóstico da SPM, do TDPM e ainda avalia os impactos dos sintomas pré-menstruais nas atividades diárias das mulheres. Por ser preenchido em momento único não há retardo no início do tratamento para a SPM e, quando utilizado em estudos, há diminuição da relutância por parte das mulheres em fazer registros diários dos sintomas por dois ciclos prospectivos. O PSST reflete os critérios categóricos do DSM-IV, classificando-os em uma escala com graus de severidade, sendo considerada uma ferramenta de rápida e fácil aplicação (STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003). CÂMARA et al. (2017) validaram uma versão do PSST para o português, concluindo que este é um instrumento confiável e válido para a triagem de SPM/ TDPM em mulheres brasileiras.

Um estudo brasileiro, que comparou o diagnóstico da SPM utilizando os dois instrumentos acima citados, DRSP e PSST, encontrou prevalência para a SPM de 74,8% e 41,7% e para o TDPM, de 3,9% e 34,6%, respectivamente, com uma sensibilidade de 79% e especificidade de 33,3% para o PSST. Este estudo concluiu que o PSST pode ser considerado uma ferramenta de triagem para a SPM, mas que os casos positivos devem ser melhores investigados por um método prospectivo, pois ele subestimou os casos de SPM e superestimou os de TDPM, quando comparado ao DRSP. Além disso, com sua aplicação, deve-se sempre descartar a hipótese de doença psiquiátrica associada, principalmente a depressão (HENZ et al., 2018).

Além das citadas, existem outras ferramentas de triagem mais antigas, incluindo: *Premenstrual Record of Impact and Severity of Menstruation* (PRISM), *Calendar of Premenstrual Experiences* (COPE), *Daily Symptom Report* (DSR), e escalas analógicas visuais. No entanto, esses instrumentos são limitados em suas habilidades para avaliar a gravidade dos sintomas pré-menstruais e não refletem os critérios diagnósticos atuais para o TDPM (APPLETON, 2018).

2.2.5 Prevalência

A SPM é um dos transtornos mais comuns experimentados pelas mulheres em idade reprodutiva. Uma revisão sistemática, a qual avaliou a prevalência da SPM em países de quatro continentes diferentes, encontrou 47,8% de prevalência combinada entre os estudos (IC95% 32,6-62,9). Foram selecionados 17 artigos para esta revisão, os quais apresentavam tipos populacionais distintos, faixas etárias e instrumentos diagnósticos variáveis entre os estudos. A menor e maior prevalência foi relatada na França com 12% (IC95% 11-13) e Irã com 98% (IC95% 97-100), respectivamente. Nesta revisão foram incluídos dois estudos brasileiros, SILVA et al. (2006) e PETTA et al. (2010), sendo o primeiro realizado com mulheres entre 15-49 anos, e o segundo com mulheres entre 18-49 anos, os quais encontraram prevalência de 60% para a SPM (IC95% 57-63 e IC95% 58-63, respectivamente). Além da faixa etária semelhante, a mensuração da SPM (60%) foi por autorrelato em ambos os estudos. Também faz parte desta revisão um estudo com 172 estudantes universitárias de medicina do Paquistão, com idades entre 18-25 anos, o qual encontrou uma prevalência de 51% para a SPM (IC95% 43,5-58,5) (NISAR et al., 2008). A diferença encontrada na prevalência da SPM entre todos os estudos desta revisão foi explicada, segundo os autores, pela diferença no tipo de população estudada, sua faixa etária e também pelo uso de ferramentas diagnósticas distintas (DIREKVAND-MOGHADAM et al., 2014).

Em estudos nacionais foram encontradas prevalências da SPM que variaram de 13,4% a 91,7% e do TDPM, de 3,9% a 39,2%. Em uma coorte realizada na cidade de Pelotas-RS, com 2082 mulheres de 22 e 23 anos, os autores encontraram prevalência de 13,4% para a SPM, utilizando um escore baseado nos critérios do DMS IV (SILVA; GIGANTE; MINTEN, 2008). No estudo de TACANI et al. (2015) realizado com 60 universitárias entre 20 e 40 anos (média 24.6 ± 4.7 anos), foi encontrada prevalência de 91,7%, entretanto, estes autores adaptaram o questionário PSST e não levaram em consideração a gravidade e nem o impacto dos sintomas para o diagnóstico da SPM, apenas a sua ocorrência, justificando a alta prevalência encontrada. Em relação ao TDPM, um estudo tipo coorte retrospectivo com 259 universitárias com idade média de $22,4 \pm 3,8$ anos, encontraram prevalência de 6,2%, (CARVALHO et al., 2009). Entretanto, um estudo do tipo transversal que utilizou a mesma ferramenta diagnóstica (escala de autoavaliação de Steiner), foi realizado com 84 universitárias com idade média de $21,57 \pm 3,06$ anos e foi encontrada prevalência de 39,2% para o TDPM (RIEDI; FELDENS; VINHOLES, 2014). Considerando a semelhança na faixa etária e no instrumento utilizado nos dois estudos citados, outras diferenças metodológicas

como o tipo de delineamento e os critérios de amostragem poderiam explicar a diferença encontrada.

Os estudos nacionais que utilizaram como ferramenta diagnóstica o questionário PSST, encontraram 39,7% e 41,7% de prevalência para a SPM; 16,5% e 34,65% de prevalência para o TDPM, segundo CÂMARA et al. (2017) e HENZ et al. (2018), respectivamente. Ambos foram do tipo transversal, sendo que o primeiro foi realizado no Ceará com 891 profissionais da saúde e universitárias dos cursos de enfermagem, nutrição e medicina, com idade média de $23,4 \pm 5,9$ anos; enquanto o segundo foi realizado no Rio Grande do Sul com 127 mulheres com idade média de $33,7 \pm 6,6$ anos, recrutadas por mídia local.

Em estudantes universitárias a prevalência da SPM variou de 37% a 91,7% e do TDPM de 6,2 a 39,2%, dependendo do local do estudo, da população e das medidas diagnósticas utilizadas (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017; CARVALHO et al., 2009; CHENG et al., 2013; RIEDI; FELDENS; VINHOLES, 2014; TACANI et al., 2015; TOLOSSA; BEKELE, 2014).

A seguir são apresentados quadros que relacionam os estudos internacionais (Quadro 1) e nacionais (Quadro 2) mencionados anteriormente em relação à prevalência da SPM e do TDPM.

Quadro 1 - Estudos internacionais que avaliaram a prevalência da Síndrome Pré-menstrual (SPM) e do Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM).

Autor/ano/local	Delineamento e população	Idade/média de idade (anos)	Instrumento/critério diagnóstico	Prevalência SPM e/ou TDPM
DIREKVAND-MOGHADAM et al. 2014 Europa, Ásia, África e Brasil	Revisão Sistemática 17 estudos 18.803 mulheres	-----	Diversos	SPM: 47,8%
TOLOSSA; BEKELE 2014 Etiópia	Transversal 258 universitárias	18 a 25 (20,86 ± 1,9)	Critérios do DSM IV ¹	SPM: 37%
DUEÑAS et al. 2011 Espanha	Transversal 1554 mulheres de uma coorte	15 a 49 ---	PSST ² / Critérios do DSM IV	SPM: 8,9% TDPM: 1,1%
CHAYACHINDA et al. 2008 Tailândia	Transversal 423 enfermeiras	18 a 49 ---	PSST/ Critérios do DSM IV	SPM: 25,1% TDPM: 5,7%
TAKEDA; KOGA; YAEGASHI 2010 Japão	Transversal 618 estudantes ensino médio	15 a 19 (16,7±0,95)	PSQ ³ (Idêntico ao PSST)/ Critérios do DSM IV	SPM: 64,6%
GEHLERT et al. 2009 EUA	Observacional, prospectivo 1246 mulheres	13 a 55 ---	Check-list diário com Critérios do DSM IV	TDPM: 1,3%
POTTER et al. 2009 França	Coorte de base populacional 1587 mulheres	18 a 44 ---	Diário baseado no ACGO ⁴ / Critérios do DSM IV	SPM: 12,2% TDPM: 4,1%
STEINER et al. 2011 Canada, EUA, Eslováquia	Transversal 578 estudantes ensino médio	12 e 18 (16,5±1,4)	PSST-A ⁵ / Critérios do DSM IV	SPM severa: 21,3% TDPM: 8,3%

STEINER; MACDOUGALL; BROWN 2003 Canadá	Transversal 508 mulheres	18 a 55 ---	PSST/ Critérios do DSM IV	SPM moderada a grave: 20,7% TDPM: 5,1%
--	-----------------------------	----------------	------------------------------	---

Notas:

⁽¹⁾DSM IV: *Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*

⁽²⁾PSST: *Premenstrual Syndrome Screening Tool*

⁽³⁾PSQ: *Premenstrual Symptoms Questionnaire*

⁽⁴⁾ACGO: *American College of Obstetricians and Gynaecologists*

⁽⁵⁾PSST-A: *Premenstrual Syndrome Screening Tool modified for adolescents*

Quadro 2 - Estudos nacionais que avaliaram a prevalência da Síndrome Pré-menstrual (SPM) e do Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM).

Autor/ano/local	Delineamento e população	Idade (anos) e/ou média de idade	Instrumento/ Critério Diagnóstico	Prevalência SPM/TDPM
NOGUEIRA, PINTO e SILVA 2000 São Paulo	Transversal 254 mulheres ambulatório de Ginecologia	20 a 45 (33,7 ± 6,6)	Autorrelato de sintomas intensos na fase pré-menstrual associados a danos causados por estes sintomas.	SPM: 43,3%
TENG et al. 2005 São Paulo	Transversal 513 universitárias	17 a 47 (23,5 ± 5,5)	Critérios do DSM IV	TDPM: 17,9%
SILVA et al. 2006 Rio Grande do Sul	Transversal 1395 mulheres da população	15 a 49 ---	Adaptação do DSM IV + SPM autorreferida	SPM c/ critérios: 25,2% SPM autorrelato: 60,3%
SILVA, GIGANTE e MINTEN 2008 Rio Grande do Sul	Coorte 2082 mulheres	22 a 23 ---	Adaptação dos Critérios do DSM IV/autores criaram score de gravidade	SPM moderada: 13,4% SPM grave: 5,8%

PETTA et al. 2010 Campinas, Campo Grande, Salvador, Porto Alegre, Manaus e Brasília	Transversal 1053 mulheres de ambulatórios médicos	18 a 40 ---	Autorrelato	SPM: 60,3%
CARVALHO et al. 2009 Pernambuco	Coorte retrospectivo 259 universitárias	22,4 ± 3,8	Escala de autoavaliação de Steiner /Critérios do DSM IV	TDPM: 6,2%
RIEDI; FELDENS; VINHOLES 2014 Santa Catarina	Transversal 84 universitárias	21,57 ± 3,06	Escala de Autoavaliação de Síndrome de Transtorno Pré-menstrual de Steiner /Critérios do DSM IV	TDPM: 39,2%
TACANI et al. 2015 São Paulo	Prospectivo e observacional 60 universitárias	20 a 40 (24,6 ± 4,7)	Adaptação do PSST/ Critérios do DSM IV	SPM: 91,7%
CÂMARA et al. 2017 Ceará	Transversal 891 profissionais de saúde e universitárias	23,4 ± 5,9	PSST/Critérios do DSM IV	SPM: 39,7% TDPM: 16,5%
HENZ et al. 2018 Rio Grande do Sul	Transversal 127 mulheres recrutadas pela mídia local	20 a 45 (33,7 ± 6,6)	PSST e DRSP ⁽¹⁾ / Critérios do DSM IV	PSST SPM: 41,7% TDPM: 34,65% DRSP SPM: 74,8% TDPM: 3,9%

Notas:

⁽¹⁾ *Daily Record of Severity Problems*

2.3 Fatores associados à SPM

Muitos fatores associados com a SPM têm sido investigados, incluindo fatores sociodemográficos como idade, cor da pele, escolaridade e nível socioeconômico; comportamentais como tabagismo, consumo de álcool, atividade física e hábitos alimentares; reprodutivos como uso de contraceptivos e menarca; e antropométrico como o estado nutricional (BERTONE-JOHNSON et al., 2010; BUDDHABUNYAKAN et al., 2017; FERNÁNDEZ et al., 2018; JAROSZ; JAMNIK; EL-SOHEMY, 2017; MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005; SILVA et al., 2006; SILVA; GIGANTE; MINTEN, 2008).

2.3.1 Idade

Idades mais jovens têm sido associadas a maior prevalência da SPM, especialmente nas mulheres com idade inferior a 30 anos quando comparadas as com idades acima desta (BIANCO et al., 2014; MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005; SILVA et al., 2006).

Ambos os estudos de SILVA et al. (2006) e MASHO et al. (2005), foram de base populacional, sendo o primeiro realizado no Brasil e o segundo nos EUA, e ambos encontraram associação direta entre menor faixa etária e SPM. O estudo de SILVA et al. (2006) avaliou 1395 mulheres com idades entre 15 e 49 anos e encontrou que a SPM era mais prevalente em mulheres com idade menor que 30 anos quando comparadas as acima de 30 anos de idade, mesmo após ajuste para fatores de confusão ($p=0,001$). O outro estudo populacional e transversal realizado com 874 mulheres americanas comparou mulheres na faixa etária entre 35 e 44 anos com mulheres entre 18 e 24 anos e encontrou que estas últimas tinham 2,2 vezes mais chances de ter SPM em relação às primeiras (OR= 2,2; IC95% 1,1–4,9) (MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005)

Entretanto, SADLER et al. (2010) realizaram um subestudo transversal com dados de uma coorte intitulada Southampton Women's Survey (SWS), com a população geral de Southampton no Reino Unido, e não encontraram associação da idade com a SPM. Os autores analisaram a associação da SPM com fatores relacionados ao estilo de vida e ao uso de contraceptivos. Foram avaliadas 974 mulheres entre 20 e 34 anos e observou-se que as que apresentavam sintomas pré-menstruais tinham tendência a serem mais velhas, entretanto, após ajuste na análise multivariada, essa associação perdeu significância estatística.

2.3.2 Cor da pele

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostram que a SPM é mais prevalente em mulheres brancas do que nas afro-americanas (MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005; PILVER et al., 2011).

MASHO et al. (2005) avaliaram 874 mulheres americanas com idade entre 18 e 44 anos em um estudo populacional transversal, no qual observaram que as mulheres de origem caucasiana tinham duas vezes mais chances de apresentar a SPM quando comparadas às africanas (OR= 2,4; IC95% 1.1–5.0).

PILVER et al. (2011) realizaram um estudo com 2590 mulheres americanas entre 18 e 40 anos, com o objetivo de avaliar se a prevalência do TDPM e dos sintomas pré-menstruais seria menor entre as mulheres negras, em comparação com as mulheres brancas. A amostra foi constituída por 1672 mulheres negras e 918 mulheres brancas. O diagnóstico do TDPM foi baseado nos critérios do DSM-IV. Após análise, foi encontrada uma associação entre a raça e o TDPM, em que as mulheres negras tiveram menor probabilidade do que as mulheres brancas de apresentar o TDPM (OR=0,44; IC95% 0,25-0,79) e também os sintomas pré-menstruais (OR=0,64; IC95% 0,47-0,88), independentemente de fatores de riscos biológicos, socioculturais e psicológicos de relevância.

2.3.3 Escolaridade

O nível de escolaridade já foi associado tanto de forma direta como inversa com a SPM. No estudo populacional de SADLER et al. (2010), realizado no Reino Unido, que avaliou 974 mulheres entre 20 e 34 anos, foi encontrada uma associação linear inversa, apontando que quanto menor a escolaridade, maior a ocorrência de SPM.

Em contrapartida, os estudos populacionais e transversais de SILVA et al. (2006) no Brasil e de HASHEMI et al. (2016) no Irã, evidenciaram que mulheres com nível de escolaridade mais alto, apresentaram maior prevalência da síndrome. HASHEMI et al. (2006) avaliaram 354 mulheres com SPM e 302 mulheres saudáveis, com idades entre 18-45 anos (média de 32,9 anos), e encontraram que os níveis de escolaridades em mulheres com SPM foram significativamente maiores do que naquelas sem a SPM. Características específicas das populações estudadas, inclusive características biológicas, podem explicar as diferenças encontradas.

2.3.4 Nível socioeconômico

Assim como a escolaridade, alguns estudos são inconsistentes em relação à associação do nível socioeconômico com a SPM. O estudo populacional de SILVA et al. (2006), no Brasil, encontrou maior prevalência da SPM em mulheres com maior nível socioeconômico enquanto em um estudo com 618 universitárias do 1º ano de cursos na área da saúde, na Turquia, com idades entre 17 e 31 anos (média de $19,5 \pm 1,3$), foi encontrada maior prevalência da SPM em mulheres que referiram situação econômica ruim ou muito ruim ($p=0,03$) (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017). Aqui também, características específicas das populações estudadas podem explicar as diferenças encontradas.

2.3.5 Menarca

Através de uma coorte brasileira iniciada em 1982 no município de Pelotas-RS, foi realizado um estudo com o objetivo de avaliar uma possível associação entre a menarca e a manifestação dos sintomas da SPM em mulheres jovens (22-23 anos). Foram entrevistadas 2082 mulheres, nos anos de 2004-2005, e encontrada uma média da menarca de 12,4 anos ($DP \pm 1,5$) e mediana de 12 anos. A prevalência dos sintomas pré-menstruais foi mais alta nas mulheres com menarca anterior aos 11 anos, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas (SILVA; GIGANTE; MINTEN, 2008).

DELARA, BORZUEI e MONTAZERI (2013) realizaram um estudo transversal, no qual avaliaram 1379 estudantes do ensino médio do Irã, entre 14-19 anos. A média da menarca encontrada foi de $13,1 \pm 1,1$ anos. Neste estudo, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a menarca e a SPM, após análise ajustada, em que, a SPM foi mais comum entre as adolescentes com menor menarca (Beta -0,109; IC95% -2,502 a -0,776).

2.3.6 Contraceptivos hormonais

O uso de contraceptivos hormonais (CH) tem sido associado a um menor risco de sintomas pré-menstruais, ou seja, o uso de CH é fator de proteção para a SPM, uma vez que reduz a probabilidade de ocorrência dos sintomas. Em contrapartida, o não uso de contraceptivos hormonais tem se mostrado como fator de risco para a ocorrência dos sintomas (JAROSZ; JAMNIK; EL-SOHEMY, 2017; SADLER et al., 2010; SILVA et al., 2006).

No estudo de SADLER et al. (2010) no Reino Unido, foi avaliada a associação entre uso de contraceptivos e SPM. O uso de CH reduziu em 37% a chance de ocorrência dos sintomas pré-menstruais (OR= 0,63; IC95% 0,50-0,81). Em comparação com aquelas que não usaram nenhum tipo de CH, os sintomas foram menos comuns naquelas que utilizaram a pílula de progestogênio, o implante com etonogestrel e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (OR=0,54; IC95% 0,26-1,14); e também naquelas em uso de contraceptivos orais combinados (estrogênio/progestogênio) (OR= 0,66; IC95% 0,52-0,84). No modelo de regressão múltipla, o uso de contraceptivos hormonais manteve-se associado significativamente (OR=0,66; IC95% 0,52-0,84).

Foi realizada uma revisão sistemática com objetivo de revisar ensaios clínicos randomizados que compararam contraceptivo oral combinado (COC) contendo drospirenona a um placebo ou a outro COC sem a drospirenona, e o efeito sobre os sintomas pré-menstruais. A revisão incluiu cinco ensaios clínicos randomizados com um total de 1920 mulheres. Dois ensaios clínicos controlados com placebo foram realizados em mulheres com TDPM utilizando drospirenona 3 mg mais etinilestradiol 20 µg e mostraram sintomas pré-menstruais menos graves após três meses de uso comparados ao placebo (DP -7,92; IC95% -11,16 a -4,67). O grupo drospirenona apresentou melhoras no comprometimento da produtividade (DP -0,31; IC95% -0,55 a -0,08), das atividades sociais (DP -0,29; IC95% -0,54 a -0,04) e dos relacionamentos (DP -0,30; IC95% -0,54 a -0,06) destas mulheres. Três ensaios estudaram o efeito de 3 mg de drospirenona mais 30 µg de etinilestradiol em sintomas menos graves. Em um deles foi feito um ensaio de seis meses controlado por placebo, mas teve seus dados insuficientes para a análise do desfecho primário. Outro estudo, também de seis meses, usou 150 mg de levonorgestrel mais 30 µg de etinilestradiol para o grupo de comparação, mas não forneceu dados suficientes sobre os sintomas pré-menstruais. E o terceiro foi um ensaio de dois anos, no qual o grupo COC da drospirenona teve sintomas pré-menstruais semelhantes ao grupo de comparação com 150 µg de desogestrel mais 30 µg de etinilestradiol (OR 0,87; IC 95% 0,63 a 1,22). Os autores da revisão concluíram que 3 mg de Drospirenona mais 20 µg de etinilestradiol pode ajudar a tratar sintomas pré-menstruais graves (LOPEZ; KAPTEIN; HELMERHORST, 2012).

Um artigo de revisão narrativa sobre o efeito de contraceptivos hormonais na SPM e no TDPM, concluiu que apesar do único CH oral indicado para o tratamento de TDPM é aquele que contém drospirenona usada em um regime de 24/4, há evidências de que outros contraceptivos também podem ter efeitos benéficos, especialmente naqueles com regimes mais longos e naqueles contendo estradiol, em vez de etinilestradiol. No entanto, ainda não

está claro se o efeito benéfico dos contraceptivos hormonais combinados está associado ao tipo de estrogênio ou progestogênio utilizado ou ao regime de tratamento (LETE e LAPUENTE, 2016).

YONKERS et al. (2017) realizaram duas coortes nos EUA, as quais utilizaram dados de mulheres que manifestaram interesse em participar de um ensaio clínico sobre SPM (Coorte Seleccionada) e de um subgrupo que foi randomizado no ensaio clínico (Coorte Randomizada). As mulheres tinham idade entre 18 e 48 anos, preencheram os critérios do TDPM do DMS V para SPM moderada a grave e foram divididas em dois grupos: mulheres que fizeram uso de contraceptivos hormonais cíclicos (CHC), excluindo contraceptivos com drospirenona por ser um tratamento aprovado para a SPM pela FDA, e mulheres que não fizeram o uso. Participaram da Coorte Seleccionada 103 mulheres que usaram CHC e 387 que não usaram; e da Coorte Randomizada 41 mulheres que usaram CHC e 211 que não usaram. Ambas as coortes mostraram uma interação bidirecional significativa entre o uso de CHC e os escores de mudança de sintomas ($p < 0,01$) e um efeito principal significativo da janela perimenstrual ($p < 0,0001$). As mulheres que usavam CHC tiveram menores alterações globais dos sintomas do ciclo menstrual do que as que não usavam. Quando avaliados os sintomas individuais na Coorte Seleccionada os escores de alterações dos sintomas pré-menstruais foram maiores no grupo não hormonal especificamente para depressão ($p = 0,04$), raiva ou irritabilidade ($p < 0,01$) e para os sintomas físicos ($p < 0,01$). Os autores concluíram que o uso de CHC atenua ligeiramente a alteração dos sintomas do ciclo menstrual.

JAROSZ, JAMNIK e EL-SOHEMY (2017) realizaram um estudo transversal com 1102 mulheres, com idade média de 22,6 anos, com o objetivo de avaliar a associação entre o uso de contraceptivos hormonais (CH) com sintomas pré-menstruais, em uma população multiétnica no Canadá. O uso de CH foi autorreferido no questionário aplicado e as mulheres foram categorizadas como usuárias de CH ($n = 320$) e não usuárias ($n = 782$). Os autores encontraram que o uso de CH foi associado a um menor risco de sofrer alguns sintomas pré-menstruais específicos como cólicas moderadas/graves (RR=0,82; IC95% 0,72-0,93), desejo de estar sozinha (RR=0,45; IC95% 0,28-0,73), confusão, dificuldade de concentração e esquecimento (RR=0,22; IC95% 0,09-0,54).

2.3.7 Tabagismo

MASHO et al. (2005) também avaliaram a associação do tabagismo e SPM. Eles observaram em seu estudo que as mulheres que fumavam por mais de cinco anos tinham três

vezes mais chances de apresentarem a SPM quando comparadas com aquelas que não fumavam (OR=3,0; IC95% 1,7–5,6), e 1,5 vezes mais chance do que aquelas que fumavam há menos de cinco anos, (OR=1,5; IC95% 0,7–3,2). Desta forma, evidenciaram que tanto o hábito de fumar quanto o tempo de tabagismo estão diretamente associados com a probabilidade de apresentar sintomas da SPM.

BERTONE-JOHNSON et al. (2008) realizaram um subestudo entre as participantes de uma coorte maior intitulada Nurses' Health Study 2 (NHS2), entre 1991-2001, o qual é um estudo epidemiológico prospectivo com 116.678 enfermeiras dos EUA, com o objetivo de avaliar o tabagismo e o desenvolvimento da SPM. As participantes tinham idades entre 27 e 44 anos, as quais não tinham o diagnóstico de SPM no início do estudo. Ao longo de 10 anos, 1.057 mulheres desenvolveram a SPM (casos) e 1.968 não tiveram o diagnóstico da SPM ou apresentaram apenas sintomas menstruais mínimos durante esse período (controles). O hábito de fumar foi avaliado por questionários em várias idades. Após análise ajustada, as mulheres tabagistas tiveram 2,1 vezes mais risco de desenvolver a SPM (IC 95% 1,56 - 2,83) do que as que nunca fumaram. O total de anos-maço e o tabagismo durante a adolescência e a idade adulta jovem também foram associados a um maior risco da SPM. As mulheres que começaram a fumar antes dos 15 anos tiveram um risco 2,5 vezes maior do que as nunca fumaram, de desenvolver a SPM (RR= 2,53; IC95%: 1,70-3,76). Uma quantidade de anos-maço alta e um maior tempo de tabagismo também foram associados com o aumento do risco da SPM, com evidência de uma relação dose-resposta positiva para o aumento de anos-maço. Os resultados sugeriram que fumar, especialmente na adolescência e nos primeiros anos da fase adulta, pode aumentar o risco da SPM moderada a grave.

2.3.8 Consumo de álcool

Diversos estudos têm associado o consumo de bebidas alcoólicas com a SPM, sendo realizada uma revisão sistemática e meta-análise sobre este assunto por FERNÁNDEZ et al. (2018). Nesta revisão foram selecionados 39 estudos dos quais 19 foram elegíveis, sendo estes com dados originais de estudos observacionais de coorte, caso-controle ou transversais. Foi encontrada uma associação entre os dois fatores, em que o consumo de álcool foi associado a um aumento moderado no risco de SPM (OR = 1,45, 95%, IC: 1,17-1,79). Além disso, o consumo pesado de álcool (consumo igual ou superior ao teor em etanol de uma bebida média/dia) produziu um aumento maior no risco quando comparado a qualquer consumo (qualquer quantidade de etanol consumida por dia) (OR = 1,79; IC 95% 1,39-2,32).

Em um estudo transversal realizado com 1699 universitárias em Taiwan, com idade média de $21,6 \pm 4,0$ anos, teve como objetivo avaliar os fatores associados à SPM em universitárias que estavam iniciando curso de graduação ou pós-graduação. Os autores encontraram que as estudantes que bebiam com frequência ≥ 3 vezes/semana tinham quase 3 vezes mais chance de apresentar SPM quando comparadas com as que bebiam <3 vezes/semana (OR: 2,85 IC95% 1,18 - 6.84) (CHENG et al., 2013).

2.3.9 Prática de atividade física

Uma revisão realizada por DALEY (2009) teve por objetivo avaliar os efeitos dos exercícios na SPM. Os autores selecionaram quatro estudos de intervenção elegíveis, com participantes na faixa etária entre 24 e 55 anos. Todos os estudos relataram uma redução nos sintomas da SPM nos grupos de intervenção, ou seja, que realizaram algum tipo de exercício. No entanto, a autora concluiu que os estudos captados até a data do seu estudo de revisão recrutaram pequenas amostras e foram de baixa qualidade metodológica.

Em um estudo transversal nacional realizado com 71 jovens universitárias, as quais tinham idade média de $24,4 \pm 4,8$ anos, foi encontrada uma relação inversa entre o nível de atividade física habitual (NAF) e a prevalência da síndrome pré-menstrual. A SPM foi diagnosticada através de um diário de sintomas respondido durante dois ciclos menstruais consecutivos e o NAF foi avaliado através do questionário Baecke. Foi observada uma correlação fraca, porém significativa e inversa entre o NAF e o escore obtido pelo questionário de sintomas pré-menstruais ($r = -0,506$; IC95% $-0,335$ a $-0,678$; $p < 0,001$), demonstrando que quanto maior o NAF, menor é a prevalência da SPM. Quando a amostra foi dividida pela ocorrência da SPM, ou seja, um grupo com diagnóstico de SPM e um grupo sem o diagnóstico, foi verificado que as primeiras apresentavam um NAF significativamente menor do que as últimas (SPM: $6,63 \pm 1,20$; saudável: $7,96 \pm 1,17$; $p < 0,001$). Os autores concluíram que as mulheres com diagnóstico da SPM possuem um nível de atividade física menor do que as mulheres sem o diagnóstico (TEIXEIRA; OLIVEIRA; DIAS, 2013).

KROLL-DESROSIERS et al. (2017) também realizaram um estudo transversal com 414 mulheres com idade entre 18-31 anos, as quais tinham sido recrutadas para um estudo sobre vitamina D. Estas mulheres responderam um questionário sobre atividade física recreacional, o qual permitia calcular o *metabolic equivalent task* (MET) em horas por semana. Além disso, também preencheram o questionário COPE (*Calendar of Premenstrual Experiences*) para avaliar os sintomas pré-menstruais. Entretanto, neste estudo, os autores não

encontraram associação entre a atividade física e a prevalência da SPM ou com a gravidade dos sintomas pré-menstruais.

DEHNAVI et al. (2018) realizaram um ensaio clínico randomizado com 65 jovens universitárias que viviam em dormitórios da Universidade de Ciências Médicas de Mashhad, no Irã, as quais apresentavam SPM, sendo divididas em dois grupos homogêneos. O grupo controle foi constituído por 30 mulheres com idade média de $24,06 \pm 4,71$ anos e o grupo de intervenção por 35 mulheres com idade média de $25,22 \pm 4,41$ anos. As mulheres do grupo intervenção foram submetidas a exercícios aeróbicos 3 vezes por semanas, durante oito semanas. Ao final do estudo os autores encontraram uma redução significativa de alguns sintomas físicos pré-menstruais no grupo intervenção quando comparado ao grupo controle, como cefaleia ($p=0,001$), sintomas gastrointestinais (náusea, diarreia e constipação) ($p=0,01$) e inchaço ($p=0,01$). Além disso, também foi encontrada uma redução significativa dos sintomas da SPM, quando comparadas às diferenças entre as médias no início e no final do estudo, como o ingurgitamento mamário ($p=0,02$), rubor facial ($p=0,04$) e aumento do apetite ($p = 0,008$). Os autores concluíram que exercícios aeróbicos regulares em pessoas com SPM provoca uma diminuição significativa de sintomas físicos da síndrome.

Outro ensaio clínico randomizado e controlado, foi realizado com 70 mulheres diagnosticadas com SPM, de 18 a 25 anos, recrutadas em centros juvenis e clubes de esportes na cidade de Nars no Egito. O autores dividiram aleatoriamente as mulheres em dois grupos iguais: o grupo I (que praticaram exercícios de natação por 30 minutos, 3 vezes/semana por 3 meses) e o grupo II (controle). Foi preenchido um questionário no início e no final do estudo, o qual avaliava os sintomas pré-menstruais e depois comparados os dois grupos ao final do tratamento. Foi encontrada uma diferença altamente significativa entre os grupos intervenção e controle em relação aos sintomas de ansiedade ($p<0,001$), depressão ($p<0,001$), tensão ($p<0,001$), alterações de humor ($p=0,01$), sentindo-se fora de controle ($p=0,002$), coordenação fraca ($p<0,001$), confusão ($p<0,001$), dor de cabeça ($p<0,001$), cansaço ($p<0,001$), dores ($p<0,001$), sensibilidade da mama ($p<0,001$) e câibras ($p<0,001$), entretanto, não foi encontrada nenhuma diferença em relação à irritabilidade, insônia, choro, inchaço ou desejo por comida. Os autores concluíram que a natação promove benefícios na maioria dos sintomas físicos e psicológicos da SPM (MAGED et al., 2018).

2.3.10 Hábitos alimentares

Os resultados de alguns estudos evidenciam que o consumo excessivo de alimentos doces, fast food, frituras, álcool, e a baixa ingestão de vegetais e frutas estão significativamente associados a uma maior prevalência da SPM (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017; CHENG et al., 2013; RAD; SABZEVARY; DEHNAVI, 2018).

Um estudo de caso-controle foi realizado com enfermeiras de 8 hospitais randomizados da Universidade de Ciências Médicas no Teerã, as quais tinham idades entre 18-45 anos. Elas preencheram o questionário PSST e foram selecionados 160 casos com SPM e 160 controles sem SPM. Três padrões alimentares foram identificados na análise: saudável, ocidental e tradicional. O padrão alimentar saudável era rico em vegetais, frutas, suco natural, azeite, chá e café, peixe, produtos lácteos com baixo teor de gordura, legumes e nozes. O padrão alimentar ocidental foi rico em carnes vermelhas e vísceras, fast foods, óleo vegetal e maionese, doces e sobremesas, salgadinhos, grãos refinados, açúcar e refrigerantes, laticínios ricos em gordura, temperos e batata frita. O padrão dietético tradicional era elevado em ovos, batatas cozidas, legumes e nozes, aves, óleo hidrogenado, repolho, doces e sobremesas. Os autores encontraram uma associação significativa entre o padrão alimentar ocidental e a SPM, mesmo após ajustes para outros fatores, na qual as enfermeiras com alimentação ocidental tinham mais chances de apresentar a SPM (OR 4,39; IC95% 1,97-9,81) (FARASATI et al., 2015).

2.3.11 Estado nutricional

Em um estudo transversal realizado em Virginia nos EUA com 874 mulheres entre 18 e 44 anos de idade, selecionadas através de discagem de números aleatórios (citado anteriormente) teve como principal objetivo avaliar a associação entre a obesidade e a SPM. Foram consideradas como casos de SPM as mulheres que reportaram mudanças graves ou extremas dos sintomas da SPM após responder o questionário *Shortened Premenstrual Assessment Form*. A exposição principal, obesidade, foi obtida através da medida do Índice de Massa Corporal (IMC) sendo definidas como obesas as mulheres com $IMC \geq 30$. Após análise dos resultados foi encontrada uma prevalência da SPM de 10,3%, e mulheres obesas tiveram quase três vezes mais chances de apresentar a síndrome do que as mulheres não obesas (OR = 2,9, IC 95% 1,1-7,5). Os autores concluíram que a obesidade está fortemente associada à SPM (MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005).

BERTONE-JOHNSON et al. (2010) realizaram um estudo de caso-controle com mulheres entre 27 e 44 anos de idade, totalizando em 1057 casos e 1968 controles, também provenientes do subestudo NHS2, citado anteriormente. Eles acompanharam as mulheres durante 10 anos para determinar os casos que desenvolveram a SPM e determinar os controles. Os autores observaram uma forte associação positiva entre o IMC e o risco de SPM, em que o aumento de 1 kg/m² no IMC levou a um aumento de 3% no risco de SPM (IC95% 1,01-1,05). Após ajuste para idade, tabagismo, atividade física e outros fatores, mulheres com IMC $\geq 27,5$ kg/m² no início do estudo apresentaram riscos significativamente maiores para a SPM do que mulheres com IMC < 20 kg/m² (p=0,003). Os autores concluíram que a manutenção de um IMC normal pode ser importante para prevenir o desenvolvimento da SPM.

No estudo transversal de SADLER et al. (2010), citado anteriormente, o qual avaliou 974 mulheres entre 20 e 34 anos no Reino Unido, observou-se que os sintomas pré-menstruais eram mais comuns nas mulheres obesas (RP: 1.65; IC95%: 1.11-2.44), mas essa associação perdeu significância estatística após ajuste para o uso de contraceptivos hormonais. Essa perda da significância estatística foi explicada pelos autores como reflexo da prática de prescrição, uma vez que, de certo modo as mulheres obesas podem ter menos probabilidade de receber contraceptivos específicos.

Outro estudo americano, realizado com dados de dois estudos de base populacional, do tipo transversal, avaliou 414 mulheres entre 18 e 30 anos, com o objetivo de determinar os padrões de sintomas pré-menstruais e sua associação com fatores de risco comportamentais. Eles avaliaram a associação de algumas exposições com a população total (414 mulheres) e após, avaliaram essas mesmas exposições com um subgrupo composto apenas pelas mulheres que preencheram os critérios para a SPM (80 mulheres). Os autores encontraram, dentre outros achados, que o IMC foi associado positivamente com os seguintes sintomas pré-menstruais: desejos alimentares, aumento/diminuição do apetite e acne, tanto na população total (beta= 2,17; p = 0,03) quanto no subgrupo com SPM (beta = 2,13; p = 0,04) (QUINTANA-ZINN et al., 2017).

Um estudo transversal com 86 universitárias no Irã, entre 18-25 anos, teve como objetivo avaliar a associação entre aptidão cardiorrespiratória, atividade física habitual, IMC com sintomas pré-menstruais. Os autores encontraram que o IMC estava associado positivamente com sintomas pré-menstruais (beta=0,213; p=0,076) (HAGUIGUI; JAHROMI; DARYANO OSH, 2015).

2.4 Impactos da SPM na vida das mulheres

Os sintomas pré-menstruais interferem frequentemente nas atividades diárias das mulheres, tanto em casa quanto na escola e no trabalho, segundo HYLAN; SUNDELL; JUDGE (1999). Estes autores realizaram um estudo transversal com 1045 mulheres no período menstrual, com idades entre 18 e 49 anos, e avaliaram o impacto da sintomatologia da SPM em uma amostra populacional dos Estados Unidos, Reino Unido e França. As participantes do estudo responderam um questionário via telefone, o qual avaliava a presença, o número e a duração dos sintomas pré-menstruais (adaptado da lista dos sintomas do DSM IV para o TDPM), e também responderam como cada um destes sintomas interferiu em suas atividades em casa, na escola, no trabalho e em sua vida social. As mulheres relataram maior impacto dos sintomas pré-menstruais em suas atividades domésticas (21-30% das entrevistadas) do que em sua vida social, nas atividades de trabalho ou acadêmicas. A maioria destas mulheres apresentaram sintomas graves da SPM (64-69%). Da mesma forma, mais da metade das mulheres entrevistadas que relataram impacto da sintomatologia pré-menstrual na vida social, no trabalho e na escola, também foram classificadas como portadoras de sintomas graves. Essas descobertas foram consistentes nos três países. Entre as mulheres que trabalhavam fora de casa, mais da metade relataram que seus sintomas pré-menstruais interferiam “um pouco” ou “muito” em sua capacidade de trabalhar, sendo que 8-16% das entrevistadas relataram absenteísmo, de 1 a 7 dias, no último ano devido a estes sintomas; e 11-38% relataram que os sintomas já fizeram com que elas perdessem o emprego em algum momento de suas vidas.

HEINEMANN et al. (2010) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar os efeitos dos distúrbios pré-menstruais na produtividade e no absenteísmo do trabalho das mulheres. A pesquisa foi realizada pelo Centro de Berlim para Epidemiologia & Pesquisa em Saúde de Berlim (*Berlin Center for Epidemiology & Health Research Berlin*), através da internet, entre junho e outubro de 2007, na Áustria, Brasil, Alemanha e Espanha, com mulheres entre 15 e 45 anos, média de 31,9 ($\pm 7,4$) anos. O diagnóstico de SPM e TDPM foi baseado nos critérios do ACOG e do DMS IV, respectivamente. Após a seleção, as mulheres preencheram o questionário PSST, a versão modificada do questionário *Work Productivity and Activity Impairment* (WPAI), para avaliar o absenteísmo e os problemas de produtividade no trabalho; e o questionário DRSP, para avaliar a gravidade dos sintomas pré-menstruais. No total, 822 mulheres completaram o estudo. As mulheres que apresentavam a SPM moderada a grave ou o TDPM relataram alto comprometimento de sua produtividade na versão modificada do

WPAI em relação às aquelas sem sintomas menstruais percebidos ou com SPM leve (OR=3,12, IC95% 1,75-5,57). Além disso, também relataram maior comprometimento em suas atividades diárias (25,4% vs. 9,0%; OR=3,34, IC95% 2,21-5,05). Resultados semelhantes foram obtidos em relação ao comprometimento da produtividade ou da eficiência no trabalho usando a escala PSST (OR= 5,03; IC95% 3,23-7,84). Os efeitos da SPM moderada a grave e do TDPM na produtividade ou na eficiência no trabalho foram consistentes em todos os países. Os autores também concluíram que as mulheres com SPM (moderada a grave) representam um potencial ônus econômico, uma vez, que apresentaram maiores taxas de absenteísmo (> 8 horas por ciclo; 14,2% vs. 6,0%) em relação às aquelas sem sintomas percebidos ou com SPM leve.

BUDDHABUNYAKAN et al. (2017) realizaram um estudo prospectivo com 289 estudantes do ensino médio na Tailândia, no qual avaliaram a prevalência da SPM e a sua associação com as atividades educacionais e com as relações interpessoais destas estudantes. A SPM esteve significativamente associada a vários problemas relacionados à atividade educacional, como falta de concentração (p=0,045), falta de motivação (p=0,001), baixo desempenho individual e coletivo no trabalho (p=0,02 e p=0,005, respectivamente) e baixas notas (p<0,001). No entanto, a SPM não esteve associada ao absenteísmo, dificuldade no trabalho ou qualidade das relações interpessoais.

Um estudo transversal com 258 universitárias de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde de Mekelle (Etiópia), com idade média de 20,86 ± 1,9 anos, teve como objetivo avaliar a prevalência, o impacto e o manejo clínico da SPM nestas estudantes. Os autores encontraram prevalência da SPM, de acordo com os critérios do DSM-IV, de 37,0%. Quarenta e nove estudantes (28,3%) relataram faltas frequentes às aulas; 17 (9,8%) faltaram às avaliações acadêmicas; 14 (8,1%) referiram notas baixas e 3 (1,7%) relataram diminuição do aprendizado associado à sua SPM. Os autores concluíram que seu estudo revelou alta prevalência da SPM e um impacto negativo da síndrome nas atividades acadêmicas das estudantes de medicina (TOLOSSA; BEKELE, 2014).

3 JUSTIFICATIVA

A síndrome pré-menstrual é um transtorno que afeta muitas mulheres em todo mundo, podendo-se verificar prevalências acima de 90% na literatura disponível (DIREKVAND-MOGHADAM et al., 2014; TACANI et al., 2015). Além disso, pesquisas apontam que os

sintomas da SPM interferem de forma significativa nas relações familiares, de trabalho e em atividades sociais das mulheres acometidas. Em universitárias pode haver o comprometimento de suas atividades acadêmicas, levando ao baixo desempenho e até ao absenteísmo (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017; BUDDHABUNYAKAN et al., 2017; TOLOSSA; BEKELE, 2014).

Até o momento não existe consenso entre os critérios diagnósticos para a SPM, o que acarreta divergências na prevalência desta síndrome. No Brasil, estudos apontam prevalências de 25,2% a 91,7% para a SPM; contudo, poucos estudos foram realizados com a população acadêmica e os existentes utilizaram distintos critérios, o que dificulta sobremaneira a comparabilidade (NOGUEIRA; PINTO E SILVA, 2000; SILVA et al., 2006; TACANI et al., 2015). Além disso, as pesquisas nacionais com a população acadêmica enfocaram mais o TDPM e a sua associação com distúrbios depressivos, do que com fatores sociodemográficos, reprodutivos, comportamentais e antropométricos (CARVALHO et al., 2009). Sendo assim, a maioria dos dados disponíveis sobre os fatores associados à SPM em universitárias foi localizada na literatura internacional. Outro diferencial do presente estudo será a utilização do modelo conceitual de análise para a investigação da associação desses fatores com a SPM (VICTORA et al., 1997), o que também foi realizado em poucos estudos.

Em vista deste contexto, as informações obtidas neste estudo poderão servir de subsídio para orientação desta população, para planejamento de ações em saúde e para ampliar o conhecimento sobre a prevalência da SPM e de seus sintomas, bem como os fatores associados entre as acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro-oeste brasileiro.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Determinar a prevalência da Síndrome Pré-menstrual (SPM) e fatores associados entre acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro-oeste brasileiro.

4.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a amostra quanto às características sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas e nutricional;

- b) Identificar os sintomas físicos e psicológicos mais prevalentes entre as acadêmicas da área da saúde;
- c) Determinar a prevalência da SPM nessa população;
- d) Identificar a prevalência da forma mais grave da SPM, o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM);
- e) Verificar a associação da sintomatologia na vida diária das universitárias, incluindo atividades sociais, de trabalho e acadêmicas;
- f) Avaliar a associação das características sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas e nutricional com a SPM.

5 MÉTODOS

5.1 Identificação do Projeto

Este estudo insere-se como parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UniRV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) cujo objetivo é a capacitação, em nível de Pós-Graduação Stricto Sensu (níveis Mestrado e Doutorado Acadêmicos), de professores da UniRV, na área da Saúde Coletiva, através do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. De modo a favorecer a factibilidade do convênio, foram previstas, além das aulas presenciais em São Leopoldo-RS, um projeto coletivo para execução de uma coleta única dos dados para avaliar a condição de saúde dos universitários da UniRV.

O presente projeto é um recorte do estudo maior intitulado “Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018”.

5.2 Delineamento

Trata-se de um estudo transversal com base escolar (universitária) em que dados referidos foram coletados através de questionário autoadministrável, o qual foi aplicado a universitários, durante o período da aula. Os dados, portanto, foram referidos pelos participantes incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde.

5.3 Localização geográfica e população do estudo

O estudo foi conduzido nos municípios de Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia, localizados no sudoeste, região central e no norte do estado de Goiás,

respectivamente. As populações e o Índice de Desenvolvimento Humano para o ano de 2010 nesses municípios era, respectivamente: 176.424, 455.657 e 59.549 habitantes, e, 0,754, 0,718 e 0,727 (ATLAS, 2010). Atualmente a universidade possui cerca de 7.000 acadêmicos frequentando 21 cursos de graduação.

Foram convidados a participar da pesquisa os universitários regularmente matriculados nos cursos da área da saúde (Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física) nos campi das três cidades mencionadas anteriormente. A escolha desta população foi devido a questões de logísticas, por estarem no mesmo local da universidade onde os pesquisadores lecionam.

Portanto, foram incluídos no estudo maior todos os universitários dos cursos da área da saúde dos três campi, de ambos os sexos, que estavam frequentando a universidade no período da pesquisa e que tinham 18 ou mais anos de idade. Foi estimado um total de 2479 alunos que participariam do estudo maior.

5.3.1 Critérios de inclusão

O estudo maior incluiu todos os acadêmicos com idade igual ou superior a 18 anos de idade, regularmente matriculados nos cursos de graduação da área de saúde da Universidade de Rio Verde (UniRV), no período da pesquisa. O presente estudo adotou os mesmos critérios do estudo maior para a população do sexo feminino. A população estimada foi de 1000 alunas vinculadas aos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física; distribuídos nos três campi já citados.

5.3.2 Critérios de exclusão

Serão excluídas as mulheres com ciclos menstruais irregulares, ou seja, com intervalos menores que 21 dias ou maiores que 35 dias, as que não menstruam, com tireoidopatias (Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo) e com Depressão (conforme ANEXO A).

5.4 Processo amostral

No estudo principal, o tamanho da amostra foi calculado a partir de diferentes desfechos, sendo escolhido aquele com maior tamanho de amostra necessário para o atendimento de todos os objetivos do estudo transversal. Ao valor estimado adicionou-se 10% para perdas e 15% para controle de fatores de confusão. Assim, a amostra obtida permitirá

estimar agravos de saúde com 50% de prevalência (maior tamanho de amostra necessário) com uma precisão de 2,2 pontos percentuais a um nível de confiança de 95%. Para detectar associações, essa amostra possuirá 80% de poder para estimar razões de prevalência de 1,13 ou maiores com 95% de confiança.

No presente estudo, o tamanho de amostra foi calculado adotando-se 40% de prevalência para a SPM, com margem de erro 3 pontos percentuais, a um nível de confiança de 95%, alcançando uma amostra de 506 mulheres. Para o TDPM foi adotada a prevalência de 16%, com margem de erro de 3%, a um nível de confiança de 95%, alcançando uma amostra de 402 mulheres. Sendo assim, foi considerado o maior tamanho amostral (506), somando 10% para as perdas e recusas, totalizando 557 pessoas. Para as associações de interesse o tamanho de amostra calculado será suficiente para atender todos os objetivos do estudo com poder de 80% para detectar razões de prevalência de 1,5 ou maiores e nível de confiança de 95%.

5.5 Instrumento

Foi aplicado um questionário padronizado, testado anteriormente e autoaplicável, composto por perguntas fechadas e abertas. A aplicação do questionário foi realizada em outubro de 2018 para alunas da área de saúde do Campus de Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia, por equipe de campo previamente treinada.

As acadêmicas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), antes de responderem ao questionário. Os termos de consentimento e os questionários foram identificados, no momento de aplicação dos mesmos, por números idênticos com numeração padrão. Após ter respondido ao questionário, a aluna entregou o mesmo para o responsável pela pesquisa e aplicação do questionário.

O questionário elaborado foi composto por perguntas sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, cor da pele); acadêmicas (curso, tempo de curso, reprovação); psicossociais (apoio social, espiritualidade e resiliência); comportamentais (hábitos alimentares, atividade física, hábito de fumar e consumo de álcool); reprodutivas (características do ciclo menstrual, menarca); antropométricas (peso, altura); relacionadas à presença de patologias como doenças da tireoide (Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo) e presença de distúrbios psiquiátricos (Ansiedade/Depressão). Além disso, foi respondido o questionário PSST adaptado (ANEXO

B) para identificar os casos de SPM, verificar a frequência dos sintomas, e como estes sintomas interferiam no cotidiano destas acadêmicas.

O PSST é formado por 19 itens subdivididos em duas partes: a primeira compreende as 14 manifestações físicas e psicológicas que refletem os critérios do DSM-IV, enquanto a segunda parte é composta por cinco itens que avaliam o impacto funcional dos sintomas pré-menstruais (CÂMARA et al., 2017; STEINER et al., 2011; STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003). Cada item é classificado de acordo com a gravidade em “ausente”; “leve”; “moderado” e “severo”. Os sintomas incluídos são: raiva/irritabilidade, ansiedade/tensão, chorosa/mais sensível à rejeição, humor depressivo/sem esperança, falta de interesse em atividades no trabalho, falta de interesse em atividades de casa, falta de interesse em atividades sociais, dificuldade de concentração, fadiga/falta de energia, comer demais/desejo de comer, insônia, hipersônia (dormir demais), sentir-se sobre pressão ou fora de controle e sintomas físicos (sensibilidade mamária, dores de cabeça, dor articulares ou musculares, inchaço, ganho de peso). A segunda parte classifica o impacto desses sintomas: A) na eficiência ou produtividade no trabalho/faculdade, B) nas relações com os colegas de trabalho/faculdade, C) nos relacionamentos com familiares, D) nas atividades da vida social e E) nas responsabilidades em casa. Nos itens A e B foi adicionada a palavra faculdade em relação ao questionário original para adequar à realidade da população estudada.

O PSST foi escolhido como ferramenta para o presente estudo, pois permite o rastreio dos casos tanto de SPM quanto do TDPM, permite avaliar a intensidade dos sintomas pré-menstruais e a interferência destes sintomas na rotina das mulheres. Além disso, é um questionário fácil de ser aplicado, preenchido em um único momento, diminuindo o número de recusas ou de preenchimento incompleto, quando comparado aos diários prospectivos, podendo ser utilizado, desta forma, neste estudo transversal.

5.6 Descrição das variáveis

5.6.1 Variáveis dependentes

O desfecho do presente estudo será a prevalência de SPM e de sua forma mais grave, o TDPM, após a análise das respostas do questionário abaixo:

“Você tem um ou alguns dos seguintes sintomas pré-menstruais começando antes do seu período menstrual e parando poucos dias após a menstruação começar? (Por favor, marque com “X” no local apropriado a sua resposta)”.

Sintoma	Nada	Leve	Moderado	Severo
1. Raiva/Irritabilidade				
2. Ansiedade/Tensão				
3. Chorosa/Mais sensível a rejeição				
4. Humor depressivo/Sem esperança				
5. Falta de interesse em atividades no trabalho				
6. Falta de interesse em atividades de casa				
7. Falta de interesse em atividades sociais				
8. Dificuldade de concentração				
9. Fadiga/Falta de energia				
10. Comendo demais/Desejo de comer				
11. Insônia				
12. Hipersônia (Dormir de mais)				
13. Sentido-se sob pressão ou fora de controle				
14. Sintomas físicos: seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchada, ganho de peso				

“Seus sintomas listados acima interferem com:”

	Nada	Leve	Moderado	Severo
A. Sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade				
B. Seus relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade				
C. Seus relacionamentos familiares				
D. Suas atividades e vida social				
E. Suas responsabilidades em casa				

Para o desfecho da SPM serão estabelecidos os seguintes critérios:

- 1) a presença de pelo menos cinco sintomas (1-14) classificados como moderados ou severos;
- 2) sendo que pelo menos um dos quatro primeiros sintomas (1-4) deva estar presente e classificado como moderado ou severo; e
- 3) pelo menos um item de A-E classificado como moderado ou severo.

Para o diagnóstico do TDPM serão estabelecidos os seguintes critérios:

- 1) a presença de pelo menos cinco sintomas (1-14) classificados como moderados ou severos;
- 2) sendo que pelo menos um dos primeiros quatro sintomas (1-4) deva estar presente e classificado como severo;
- 3) e pelo menos um item de A-E classificado como severo.

5.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes a serem investigadas foram selecionadas com base na revisão bibliográfica, as quais descrevem as características da amostra e tem a finalidade de controlar possíveis fatores de confusão. Estão apresentadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Classificação e categorização das variáveis sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas e antropométrica.

	Variável	Classificação	Categorização
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Numérica Discreta	Faixa etária a cada 5 anos: 18-23; 24-29; 30-35; 36-41; ≥ 42
	Cor da Pele	Catégorica Nominal	Branca/Não Branca
	Escolaridade	Numérica Discreta	Anos completos de estudo
	Nível socioeconômico	Catégorica Nominal	A, B1, B2, C1, C2, D, E ¹
Variáveis Comportamentais	Tabagismo	Catégorica Nominal	Fumante/ex-fumante/ não fumante
	Consumo de álcool	Catégorica Nominal	Escala AUDIT: uso de baixo risco/ uso de risco/ uso nocivo/ possível dependência
	Prática de atividade Física	Numérica Discreta	IPAQ ² :Quantidade de minutos por semana que realizam atividade física (fisicamente ativa se mais de 150 minutos/sem)
	Hábitos alimentares	Numérica Discreta	PENSE ³ : Número de dias que consome frutas e verduras por semana (alimentação saudável se o consumo maior ou igual a 5 dias/sem)

Reprodutivas	Uso de contraceptivos hormonais	Catagórica nominal	Sim/Não
	Menarca	Numérica discreta	Anos completos
Antropométrica	Estado Nutricional	Contínua	<p>IMC⁴ (kg/m²): através do peso e altura referidos</p> <p>IMC < 18,5: Abaixo do peso</p> <p>IMC 18,5 – 24,9: Peso normal</p> <p>IMC: 25 – 29,9: Sobrepeso</p> <p>IMC ≥ 30: Obesidade</p>

⁽¹⁾ABPE: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

⁽²⁾IPAQ: Questionário Internacional de Atividade Física

⁽³⁾PENSE: Pesquisa Nacional de Saúde

⁽⁴⁾IMC: Índice de massa corporal

Nas variáveis sociodemográficas o nível socioeconômico será definido de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, nas categorias A, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP, 2018).

Os hábitos alimentares serão avaliados com base em itens da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE 2015) em relação ao consumo semanal de alimentos marcadores de alimentação saudável (frutas/sucos naturais e verduras/legumes) e não saudável (doces/balas/bolos, refrigerantes e fast food). Hábitos alimentares serão considerados saudáveis quando houver o consumo semanal igual ou superior a cinco dias de alimentos marcadores de alimentação saudável, e não saudável quando houver o consumo semanal igual ou superior a cinco dias de alimentos marcadores de alimentação não saudável (IBGE, 2015).

O nível de atividade física será avaliado pela versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). As participantes serão classificadas em fisicamente ativas quando realizarem 150 ou mais minutos de atividade física por semana (HALLAL et al., 2010; MATSUDO et al., 2011)

O tabagismo será avaliado de acordo a prevalência do hábito de fumar cigarro e outras formas de tabagismo como narguilé, charutos, cigarrilhas, cachimbos, cigarro de palha ou enrolados a mão, cigarros de cravo ou bali e cigarro eletrônico (IBGE, 2013).

O consumo de álcool será avaliado pela escala AUDIT a qual possui 10 questões e avalia o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 1 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas

de problemas. Classifica-se o usuário em uma de quatro zonas de risco, de acordo com o escore obtido: Zona I (até 7 pontos: uso de baixo risco ou abstinência); Zona II (de 8 a 15 pontos: uso de risco); Zona III (de 16 a 19 pontos: uso nocivo) e Zona IV (acima de 20 pontos: possível dependência) (LIMA et al., 2005; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011).

O estado nutricional será avaliado de acordo com o índice de massa corporal (IMC). Para tanto, as participantes informaram seu peso e altura, e serão categorizadas segundo os critérios da OMS em: abaixo do peso (IMC < 18,5), peso normal (IMC: 18 – 24,9); sobrepeso (IMC: 25 – 29,9) e obesidade (IMC \geq 30) (WHO, 2018).

5.7 Procedimentos de coleta de dados

5.7.1 Treinamento da equipe e padronização da aplicação

A equipe da pesquisa foi composta por três coordenadores de campo, 26 pesquisadores pós-graduandos em Saúde Coletiva, sendo 10 de doutorado e 16 de mestrado, que atuaram como equipe de campo e 25 auxiliares de pesquisa, alunos da UniRV. Cada campus contou com um coordenador, o qual foi responsável pela supervisão dos trabalhos de campo, definição do número de entrevistas por pesquisador, recolhimento dos questionários e bancos de dados das equipes.

Cada membro da equipe se responsabilizou pelo planejamento dos trabalhos de campo, aquisição de materiais, abordagem das turmas, efetivação das entrevistas junto aos participantes e codificação dos questionários. Os auxiliares de pesquisa realizam tarefas diversas, como organização de materiais, controle de qualidade das entrevistas e entrada dos dados no programa Epi-data.

Um manual de instruções do estudo foi construído para servir de guia no caso de dúvidas no preenchimento ou codificação do questionário.

5.7.2 Logística do estudo

Primeiramente o projeto foi apresentado à Reitoria da Universidade de Rio Verde e às Pró-reitorias de Graduação e de Pesquisa para que tomassem conhecimento do projeto e também autorizassem a realização do mesmo. Em seguida o mesmo foi apresentado aos diretores dos cursos da saúde (Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Educação Física) para que tivessem conhecimento da pesquisa e para que autorizassem a realização da pesquisa junto aos professores da Universidade.

Após todas as autorizações requisitadas, os acadêmicos foram informados da realização da pesquisa e seus propósitos, via Sistema Educacional Integrado, no qual todos os acadêmicos regularmente matriculados tinham acesso.

A listagem de todos acadêmicos elegíveis para a pesquisa foi requisitada junto à Tecnologia da Informação da universidade de acordo com matrícula, curso, período e disciplina(s). Com a listagem dos acadêmicos, os coordenadores (e equipe de campo) se reuniram para etiquetar e numerar cada um dos questionários de acordo com curso e matrícula, bem como para realizar a distribuição de tais questionários entre os membros da equipe de trabalho de campo. De uma maneira geral, cada pós-graduando ficou responsável por 100 questionários. A equipe, que foi responsável pela aplicação dos questionários, entrou em contato com os professores dos alunos participantes com a carta de apresentação da pesquisa e autorização da direção.

Os acadêmicos foram abordados em sala de aula, onde, inicialmente, foi apresentada a pesquisa e os mesmos foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) em duas vias, pois uma ficou em posse do acadêmico e a outra em posse da equipe de campo. Posteriormente, foi realizado o registro dos acadêmicos que não consentiram participar da pesquisa, os quais foram orientados a se retirarem da sala juntamente com os menores de 18 anos.

Os acadêmicos que consentiram em participar foram orientados a responderem o questionário concomitantemente à leitura do mesmo, a qual foi realizada pelo integrante da equipe de campo. Esta leitura foi realizada em voz alta, clara e pausada. Esclarecimentos adicionais foram fornecidos aos participantes nesse momento, quando se fez necessário.

Após a aplicação dos questionários, os mesmos foram recolhidos e em uma sala específica, o integrante da equipe de campo fez a conferência e codificação dos mesmos. Os auxiliares de pesquisa realizaram a dupla digitação dos questionários. Posteriormente os TCLE assinados, os questionários e os bancos de dados foram entregues aos Coordenadores da Pesquisa, os quais foram responsáveis pelo armazenamento e encaminhamento dessas informações ao Coordenador Geral. Os dados serão analisados nas disciplinas do PPG Saúde Coletiva na Unisinos no ano de 2019.

5.7.3 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto em duas turmas de cursos de outras áreas diferentes da saúde com a finalidade de:

- Testar a logística dos trabalhos de campo,
- Avaliar a qualidade e compreensibilidade dos instrumentos de coleta de dados,
- Melhorar o planejamento e organização para os trabalhos de campo,
- Obter estimativas confiáveis sobre o plano amostral e duração das entrevistas.

O piloto visou, portanto, suprir qualquer necessidade de alteração e/ou adequação dos procedimentos antes da coleta definitiva de dados.

5.8 Processamento e análise dos dados

5.8.1 Entrada dos dados

A entrada dos dados foi realizada através do software EpiData 3.1, em dupla entrada, com posterior comparação com as fichas originais corrigindo os erros de digitação. A verificação das inconsistências e a análise dos dados foram realizadas no software Stata 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

5.8.2 Análise dos dados

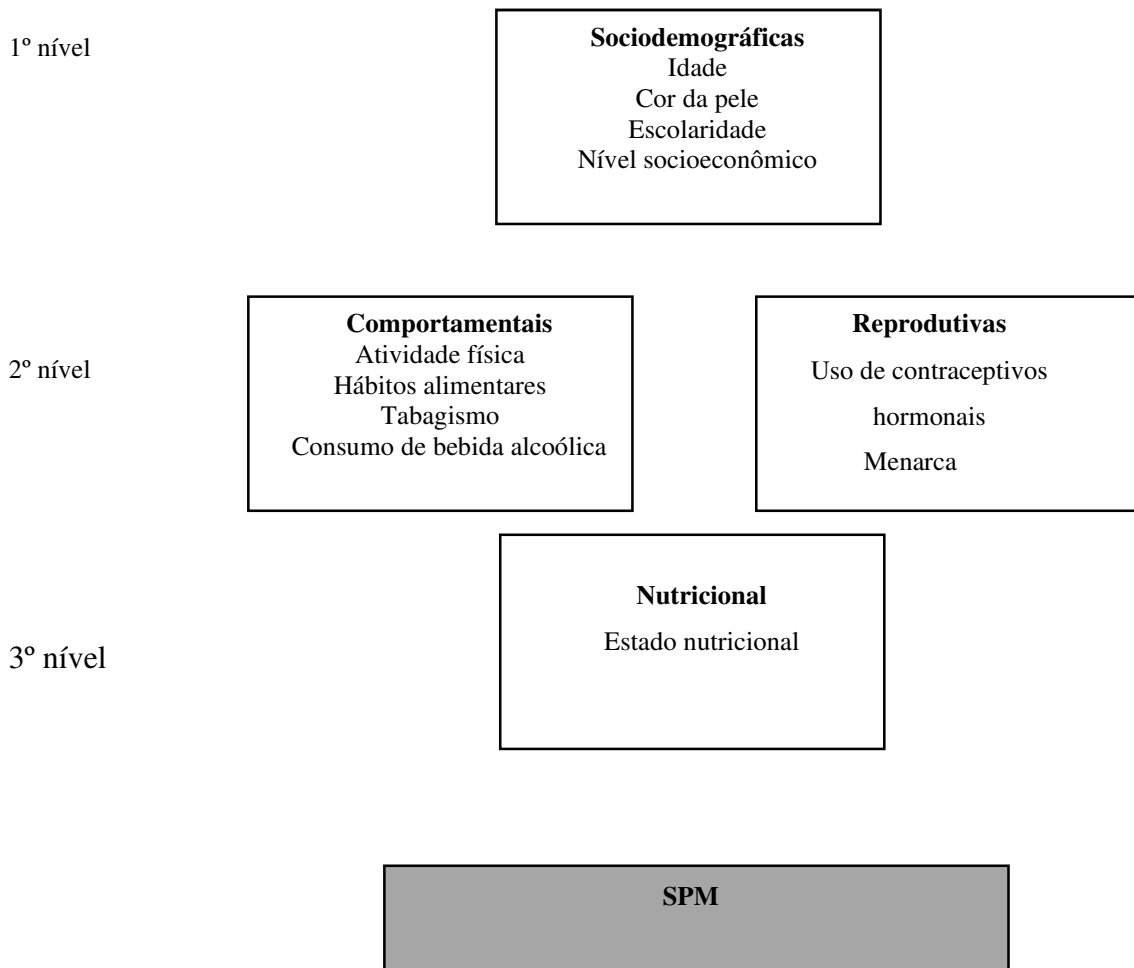
A análise dos dados seguirá os seguintes passos. Inicialmente, os dados serão descritos através das frequências absolutas e relativas e das medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida, uma análise bivariável será realizada por meio do teste qui-quadrado para heterogeneidade de proporções ou tendência linear para variáveis ordinais. Por último, regressão de Poisson com variância robusta será realizada para avaliar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho (BARROS; HIRAKATA, 2003). Todas as variáveis com $p < 0,2$ serão levadas para análise multivariada, que seguirá um modelo conceitual de análise com três níveis hierárquicos de determinação (VICTORA et al., 1997), sendo mantidas no modelo aquelas com $p < 0,2$ para ajuste de fatores de confusão. O nível de significância adotado será de 5% nas análises.

5.8.3 Modelo conceitual de análise

O modelo conceitual de análise (Figura 1) proposto para explicar os fatores relacionados à SPM indica que as características sociodemográficas (idade, cor da pele, escolaridade, nível socioeconômico) podem ser determinantes distais deste desfecho. No segundo nível de análise, as variáveis comportamentais (prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e hábitos alimentares) e reprodutivas (uso de

contraceptivos hormonais e menarca) podem determinar a variável estado nutricional (IMC) no terceiro nível, a qual, por sua vez, pode influenciar a ocorrência de SPM (VICTORA et al., 1997).

Figura 1 - Modelo Conceitual de Análise para SPM



6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta investigação obedeceu aos critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa. Este projeto coletou dados somente após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (APÊNDICE B e C). O TCLE foi apresentado aos participantes antes da aplicação do questionário, para que assinassem em duas vias, sendo que uma via ficou retida com o pesquisador responsável e a outra via foi entregue ao participante. Neste processo de consentimento, os participantes foram esclarecidos sobre os possíveis riscos, benefícios,

procedimentos que foram realizados, informações pertinentes à pesquisa, e autonomia para não participar da pesquisa ou interrompe-la a qualquer momento.

Será mantida a confidencialidade e o sigilo de todos os dados dos participantes da pesquisa. Não serão identificados em nenhum momento e as informações obtidas ficarão à disposição das pesquisadoras. Os questionários de coleta de dados foram codificados e identificados por números e estes dados serão apresentados nos resultados porém não será possível à identificação de nenhum participante. Todo material utilizado ficará arquivado, com o pesquisador responsável, por um período, no mínimo, de cinco anos, para a possibilidade de atender as necessidades de aprofundamento da análise dos dados, bem como responder a questionamentos decorrentes do encaminhamento para publicação. Após este período, o material será incinerado.

O questionário apresentava um risco mínimo de desconforto para o participante ao responder as questões, porém os mesmos foram instruídos sobre os procedimentos da entrevista, onde foi oferecido suporte necessário caso alguma situação atípica acontecesse, e também foi comunicado que o participante poderia desistir da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados através da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais.

Além disso, serão disponibilizados para a Universidade do Rio Verde os principais resultados do trabalho, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a SPM nesta população.

REFERÊNCIAS

- ACIKGOZ, A.; DAYI, A.; BINBAY, T. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. **Saudi Medical Journal**, v. 38, n. 11, p. 1125–1131, 2017.
- APPLETON, S. M. Premenstrual Syndrome: Evidence-based Evaluation and Treatment. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 00, n. 00, 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2018**. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 3 set. 2018.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, 2010**. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>. Acesso em: 3 set. 2018.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 1, p. 21, 2003.
- BERTONE-JOHNSON, E. R. et al. Cigarette Smoking and the Development of Premenstrual Syndrome. **American Journal of Epidemiology**, v. 168, n. 8, p. 938–945, 12 ago. 2008.
- BERTONE-JOHNSON, E. R. et al. Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. **Journal of women's health (2002)**, v. 18, n. 12, p. 1945–1953, 2009.
- BERTONE-JOHNSON, E. R. et al. Adiposity and the Development of Premenstrual Syndrome. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 11, p. 1955–1962, 4 nov. 2010.
- BIANCO, V. et al. Premenstrual syndrome and beyond: Lifestyle, nutrition, and personal facts. **Minerva Ginecologica**, v. 66, n. 4, p. 365–375, ago. 2014.
- BUDDHABUNYAKAN, N. et al. Premenstrual syndrome (PMS) among high school students. **International Journal of Women's Health**, v. 9, p. 501–505, 2017.
- CÂMARA, R. DE A. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 2, p. 140–146, jun. 2017.
- CARVALHO, V. C. P. DE et al. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 2, p. 105–111, 2009.
- CHAYACHINDA, C. et al. Premenstrual syndrome in Thai nurses. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 29, n. 3, p. 199–205, 2008.
- CHENG, S. H. et al. Factors associated with premenstrual syndrome - A survey of new female university students. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 29, n. 2, p. 100–105, 2013.

DALEY, A. Exercise and Premenstrual Symptomatology: A Comprehensive Review. **Journal of Women's Health**, v. 18, n. 6, p. 895–899, 2009.

DEHNAVI, Z. M.; JAFARNEJAD, F.; GOGHARY, S. The effect of 8 weeks aerobic exercise on severity of physical symptoms of premenstrual syndrome: a clinical trial study. **BMC Women's Health**, v. 18, n. 1, p. 80, 31 dez. 2018.

DELARA, M.; BORZUEI, H.; MONTAZERI, A. Premenstrual Disorders: Prevalence and Associated Factors in a Sample of Iranian Adolescents. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 15, n. 8, p. 695–700, 2013.

DIREKVAND-MOGHADAM, A. et al. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 8, n. 2, p. 106–109, 2014.

DUEÑAS, J. L. et al. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. **European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology**, v. 156, n. 1, p. 72–77, 2011.

DYSON, R.; RENK, K. Freshmen Adaptation to University Life : Depressive Symptoms , Stress , and Coping. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 10, p. 1231–1244, 2006.

FARASATI, N. et al. Western dietary pattern is related to premenstrual syndrome: A case-control study. **British Journal of Nutrition**, v. 114, n. 12, p. 2016–2021, 2015.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO); SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Projeto Diretrizes Tensão Pré-Menstrual**. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/tensao_pre_menstrual.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

FERNÁNDEZ, M. DEL M. et al. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 8, p. 1–11, 2018.

FREEMAN, E. W. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 25–37, 1 ago. 2003.

GEHLERT, S. et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder in a randomly selected group of urban and rural women. **Psychological Medicine**, v. 39, n. 1, p. 129–136, 2009.

GOKER, A. et al. Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 35, n. 3, p. 275–278, 2014.

HAGUIGUI, E. S.; JAHROMI, M. K.; DARYANO OSH, F. Relationship between cardiorespiratory fitness, habitual physical activity, body mass index and premenstrual symptoms in collegiate students. **THE JOURNAL OF SPORTS MEDICINE AND PHYSICAL FITNESS**, v. 55, n. 6, p. 663–667, 2015.

HALBREICH, U. et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 1–23, 2003.

HALBREICH, U. The etiology , biology , and evolving pathology of premenstrual syndromes. v. 28, p. 55–99, 2003.

HALLAL, P. C. et al. Validity and reliability of the telephone-administered international physical activity questionnaire in Brazil. **Journal of Physical Active & Health**, v. 7, n. 3, p. 402–409, 2010.

HASHEMI, S. et al. Comparison of Metabolic and Hormonal Profiles of Women With and Without Premenstrual Syndrome: A Community Based Cross-Sectional Study. **International journal of endocrinology and metabolism**, v. 14, n. 2, p. 1–7, abr. 2016.

HEINEMANN, L. A. J. et al. Explorative Evaluation of the Impact of Severe Premenstrual Disorders on Work Absenteeism and Productivity. **Women's Health Issues**, v. 20, n. 1, p. 58–65, 2010.

HENZ, A. et al. Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 01, p. 20–25, 13 jan. 2018.

HYLAN, T. R.; SUNDELL, K.; JUDGE, R. The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom, and France. **JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH & GENDER-BASED MEDICINE**, v. 8, n. 8, p. 1043–1052, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde - 2013**. Disponível em: <https://ww2ibgegovbr/home/estatistica/populacao/pns/2013/default_xls.shtm>. Acesso em: 3 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2015/default_xls.shtm>. Acesso em: 3 set. 2018.

ISMAILI, E. et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 6, p. 953–958, 2016.

JAROSZ, A. C.; JAMNIK, J.; EL-SOHEMY, A. Hormonal contraceptive use and prevalence of premenstrual symptoms in a multiethnic Canadian population. **BMC Women's Health**, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2017.

KROLL-DESROSIERS, A. R. et al. Recreational physical activity and premenstrual syndrome in young adult women: A cross-sectional study. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, p. 1–13, 2017.

LANZA DI SCALEA, T.; PEARLSTEIN, T. Premenstrual Dysphoric Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 201–216, 2017.

LETE, I.; LAPUENTE, O. Contraceptive options for women with premenstrual dysphoric disorder : current insights and a narrative review. **Open Access Journal of Contraception**, v. 2016, n. 7, p. 117–125, 2016.

LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 40, n. 6, p. 584–589, 2005.

LISOWSKI, J. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 380–389, 2019.

LOPEZ, L. M.; KAPTEIN, A. A.; HELMERHORST, F. M. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2012.

MAGED, A. M. et al. Effect of swimming exercise on premenstrual syndrome. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 297, n. 4, p. 951–959, 2018.

MARVÁN, M. L.; CORTÉS-INIESTRA, S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. **Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 276–280, 2001.

MASHO, S. W.; ADERA, T.; SOUTH-PAUL, J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 26, n. 1, p. 33–39, 7 mar. 2005.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2011.

MOHEBBI, M. et al. Comparison between the lifestyles of university students with and without premenstrual syndromes. **Electronic Physician**, v. 9, n. 6, p. 4489–4496, 25 jun. 2017.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptation and validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for a river population in the Brazilian Amazon. **Cadernos de saude publica**, v. 27, n. 3, p. 497–509, 2011.

NISAR, N. et al. Frequency, intensity and impact of premenstrual syndrome in medical students. **Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP**, v. 18, n. 8, p. 481–4, ago. 2008.

NOGUEIRA, C. W. M.; PINTO E SILVA, J. L. Prevalência dos Sintomas da Síndrome Pré-Menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 6, p. 347–351, 2000.

O'BRIEN, P. M. S. et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMMD Montreal consensus. **Archives of Women's Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 13–21, 2011.

PETTA, C. A. et al. Premenstrual syndrome as reported by Brazilian women. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 108, n. 1, p. 40–43, 2010.

PILVER, C. E. et al. Health advantage for black women: patterns in pre-menstrual dysphoric disorder. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 08, p. 1741–1750, 26 ago. 2011.

POTTER, J. et al. Premenstrual Syndrome Prevalence and Fluctuation over Time: Results from a French Population-Based Survey. **JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH**, v. 18, n. 1, p. 31–39, 2009.

QUINTANA-ZINN, F. A. et al. Premenstrual Symptom Patterns and Behavioral Risk Factors in Young Women: A Cross-Sectional Study. **Journal of Women's Health**, v. 26, n. 10, p. 1099–1105, 2017.

RAD, M.; SABZEVARY, M. T.; DEHNAVI, Z. M. Factors associated with premenstrual syndrome in high school students. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 7, n. 64, p. 1–5, 2018.

REID, R. L.; SOARES, C. N. Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 40, n. 2, p. 215–223, 11 nov. 2017.

RIEDI, C. DE L.; FELDENS, V. P.; VINHOLES, D. Transtorno disfórico pré-menstrual e sintomas depressivos em acadêmicas do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 43, n. 1, p. 38–42, 2014.

RYU, A.; KIM, T.-H. Premenstrual syndrome: A mini review. **Maturitas**, v. 82, n. 4, p. 436–440, 2015.

SADLER, C. et al. Lifestyle Factors, Hormonal Contraception, and Premenstrual Symptoms: The United Kingdom Southampton Women's Survey. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 3, p. 391–396, 2010.

SILVA, C. M. L. DA et al. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. 1, p. 47–56, fev. 2006.

SILVA, C. M. L. DA; GIGANTE, D. P.; MINTEN, G. C. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 24, n. 4, p. 835–844, 2008.

STEINER, M. et al. The premenstrual symptoms screening tool revised for adolescents (PSST-A): Prevalence of severe PMS and premenstrual dysphoric disorder in adolescents. **Archives of Women's Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 77–81, 2011.

STEINER, M.; MACDOUGALL, M.; BROWN, E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, n. 3, p. 203–209, 2003.

TACANI, P. et al. Characterization of symptoms and edema distribution in premenstrual syndrome. **International Journal of Women's Health**, v. 7, p. 297–303, 11 mar. 2015.

TAKEDA, T.; KOGA, S.; YAEGASHI, N. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in Japanese high school students. **Archives of Women's Mental Health**, v. 13, n. 6, p. 535–537, 21 dez. 2010.

TEIXEIRA, A. L. DA S.; OLIVEIRA, E. C. M. E.; DIAS, M. R. C. Relação entre o nível de atividade física e a incidência da síndrome pré-menstrual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**, v. 35, n. 5, p. 210–214, 2013.

TENG, C. T. et al. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: Factor structure and methodological appraisal. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 255, n. 1, p. 51–56, 2005.

TOLOSSA, F. W.; BEKELE, M. L. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 52, 29 dez. 2014.

VALADARES, G. C. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - Conceito, história, epidemiologia e etiologia. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 33, n. 3, p. 117–123, 2006.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, v. 26, n. 1, p. 224–227, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Body mass index - BMI**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>. Acesso em: 3 set. 2018.

YANG, J. et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Symptoms of Depression in Competitive Collegiate Student Athletes. **Clin J Sport Med**, v. 17, n. 6, p. 481–487, 2007.

YONKERS, K. A. et al. The Influence of Cyclic Hormonal Contraception on Expression of Premenstrual Syndrome. **Journal of Women's Health**, v. 26, n. 4, p. 321–328, 2017.

YONKERS, K. A.; SIMONI, M. K. Premenstrual Disorders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 218, n. 1, p. 68–74, 2018.

RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório contempla o trabalho de campo do projeto coletivo de pesquisa intitulado “Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018” que subsidiará dissertações de mestrado e teses de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos – UNISINOS desenvolvidas no âmbito da parceria com a Universidade de Rio Verde (UniRV). Os mestrandos e doutorandos são professores efetivos e comissionados da Universidade de Rio Verde - UniRV regularmente matriculados no respectivo Programa de Pós-Graduação. Particularmente, esse relatório também irá descrever o percurso analítico da presente dissertação que resultou na produção de um artigo científico a ser apresentado na seção a seguir.

O projeto coletivo de pesquisa foi um estudo transversal com base universitária em que dados foram coletados por meio de um questionário padronizado, pré-testado e auto administrável que foram aplicados durante o período da aula. Os dados, portanto, foram referidos pelos participantes incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, reprodutivas, psicossociais e relacionadas à saúde. O projeto foi submetido e aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (parecer nº 2.892.764) e da Universidade de Rio Verde – UniRV (parecer nº 2.905.704).

A análise de cada desfecho abordado no instrumento resultará nos trabalhos de mestrado e doutorado dos alunos, além de constituir um importante banco de dados da população estudada. Todo o processo de opções de temas, planejamento do estudo, logística de execução da pesquisa de campo, foi conduzido nas disciplinas de Seminário de Tese I e II, para o curso de Doutorado, e nas atividades de Métodos Quantitativos e Epidemiologia, para o curso de Mestrado, ofertadas ao longo de 2019. A coleta de dados envolveu 16 mestrandos e 10 doutorandos sob supervisão de cada orientador/a e da coordenação do Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi. O Quadro 1 abaixo apresenta a descrição dos pesquisadores, nível acadêmico e desfechos estudados:

PESQUISADOR	NÍVEL ACADÊMICO	DESFECHO
Adriana Vieira Macêdo Brugnoli	Doutorado	Nível de Atividade Física
Ana Paula Rodrigues Rezende	Mestrado	Síndrome Pré-menstrual
Ana Paula Sá Fortes Silva Gebrim	Mestrado	Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas
Berenice Moreira	Doutorado	Uso de Preservativo e Normas de Gênero
Cinthia Cardoso Moreira	Mestrado	Foto exposição e Foto proteção
Danyelly R. Machado Azevedo	Mestrado	Dor Musculoesquelética
Erickson Cardoso Nagib	Mestrado	Contraceção de Emergência
Ernando Assunção Ferreira	Doutorado	Saúde Bucal
Fernanda R. Alvarenga Mendes	Doutorado	Práticas anticonceptivas e Intenções Reprodutivas
Flávio Adorno Rosa	Mestrado	Medicação para Ereção
Gabrielly Cruvinel Fernandes	Doutorado	Dependência da Internet
Giordanne Guimarães Freitas	Doutorado	Percepção de estresse
Glauco Rogério Alves da Costa	Mestrado	Uso de Drogas Ilícitas
Heloisa Silva Guerra	Doutorado	Comportamento Sedentário
Humberto Carlos de Faria Filho	Mestrado	Obesidade
Keila Santos Pereira Mereb	Mestrado	Sexo Casual
Ludimila Q. Oliveira Sguarezi	Mestrado	Características Reprodutivas e Obesidade
Marcelo Ramos	Mestrado	Acesso a Serviços de Saúde
Maria Carolina M. C. de Souza	Mestrado	Qualidade do Sono
Paulo Sergio de Oliveira	Mestrado	Cobertura Vacinal contra o Papiloma Vírus Humano
Rafaella de Carvalho Caetano	Mestrado	Tabagismo
Raiana Rodrigues Costa Melo	Mestrado	Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares
Renato Canevari Dutra da Silva	Doutorado	Sonolência Diurna
Rychard Arruda de Souza	Doutorado	Resiliência e Qualidade de Vida
Tiago Domingues	Doutorado	Uso de Substancias Psicoativas
Whayne Alves Alecrim	Mestrado	Intenções reprodutivas e Preferência por Tipo de parto

A população de estudo incluiu todos os universitários da área da saúde (Medicina, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Enfermagem e Educação Física) da UniRV.

Para a logística de execução de trabalho de campo, os pesquisadores se dividiram em grupos de acordo com os cursos graduação e período de graduação de três Campi participantes (Aparecida de Goiânia, Goianésia e Rio Verde).

2 EQUIPE DE PESQUISA E TREINAMENTO

A partir da organização do questionário, foi elaborado um manual de instruções tendo como finalidade orientar a equipe de campo (mestrandos e doutorandos), sobre o processo de coleta de dados, logística, codificação e possíveis dúvidas que poderiam surgir durante o planejamento e a coleta de dados do estudo principal.

A equipe da pesquisa foi composta por três coordenadores locais e 26 pesquisadores pós-graduandos em Saúde Coletiva (10 doutorandos e 16 mestrandos), além de 52 auxiliares de pesquisa, todos acadêmicos da UniRV. O coordenador geral ficou responsável pela condução do primeiro treinamento, estudo piloto e supervisão do trabalho de campo.

Cada Campus onde foi realizada a coleta de dados, contou com um coordenador, que foi responsável pela supervisão dos trabalhos de campo, definição do número de entrevistas por pesquisador, recolhimento dos questionários e gerenciamento dos bancos de dados das equipes de campo. Cada membro da equipe de campo se responsabilizou pelo planejamento do trabalho de campo, aquisição de material, abordagem das turmas, aplicação e codificação dos questionários. Os auxiliares de pesquisa realizaram tarefas diversas como, organização de material, ligações telefônicas e digitação dos dados.

O primeiro treinamento, ocorrido de 18 a 21 outubro de 2018 na sede principal da UniRV (Rio Verde), teve duração aproximada de 40 horas e incluiu instruções gerais, dramatização, logística, codificação e planejamento e organização para a condução dos estudos piloto e principal. O treinamento foi conduzido pelo coordenador geral do projeto, de forma presencial, com a presença de 11 pesquisadores incluindo os coordenadores locais.

O segundo treinamento ocorreu em 10 de novembro de 2018, nos períodos matutino e vespertino, na sede principal da UniRV (Rio Verde) e foi conduzido pelos três coordenadores locais. O treinamento contou com a presença de todos os pesquisadores, do coordenador geral (virtualmente) e reproduziu as orientações gerais do primeiro treinamento com duração aproximada de 8 horas.

Em ambos os treinamentos foram abordados os aspectos gerais da pesquisa. Todas as

questões foram lidas e explicadas conforme o manual de instruções do instrumento de coleta de dados, sendo sanadas todas as dúvidas, e cronometrado o tempo gasto com a leitura para a aplicação do instrumento. Cada pesquisador responsabilizou-se pela apresentação das suas questões e algumas questões gerais foram expostas.

3 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto ocorreu entre os dias 19 e 20 de outubro de 2018 e teve por finalidade testar a logística proposta, identificar possíveis falhas ainda presentes no instrumento, realizar adequações na forma de aplicação, estimar o tempo gasto para o preenchimento e necessidade de simplificação do questionário.

Para a realização do mesmo foram selecionadas, por conveniência, três turmas do décimo período do curso de graduação em Direito do turno noturno da UniRV, por apresentarem uma heterogeneidade de características gerais de saúde segundo a literatura, e por não fazerem parte dos cursos selecionados para participação no estudo principal.

No primeiro dia, das 19h00min às 19h50min, foram aplicados os questionários ao 10º período “A” do curso de graduação de Direito. Participaram neste dia, quatro pesquisadores e o coordenador responsável, havendo a apresentação aos alunos da pesquisa, da carta de autorização, e a distribuição dos termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com o recolhimento deste após autorização dos universitários. Após esta etapa, foi dado início a leitura do questionário pelo pesquisador principal e o preenchimento simultâneo do mesmo pelos alunos presentes. Alguns acadêmicos que chegaram atrasados na sala de aula foram esclarecidos pelos pesquisadores lá presentes sobre o procedimento da pesquisa, e posteriormente foram convidados a participar da pesquisa. O acadêmico que concordasse em participar dava início ao preenchimento do questionário, podendo ou não acompanhar a leitura simultânea dos questionários.

Após o término do preenchimento do questionário os mesmos foram depositados anonimamente pelos acadêmicos em uma urna disponibilizada para tal finalidade. No total, 27 questionários foram respondidos, houve 21 perdas, sendo 19 ausências e dois questionários incompletos.

No segundo dia foram aplicados os questionários nas turmas do 10º período “B” e do 10º período “C” do curso de graduação de Direito, durante o período das 19h00min às 19h50min. Houve a participação de seis pesquisadores e o coordenador responsável, realizando o mesmo procedimento do dia anterior, apenas com a diferença que no 10º “B” não

houve a leitura do questionário e no 10º “C” houve a leitura do questionário pelo pesquisador. As diferentes formas de aplicação do questionário nas turmas do projeto piloto tiveram o intuito de analisar o tempo gasto para responder o questionário, observar o comportamento dos universitários, bem como a completude dos dados. Neste dia foi obtido na turma do 10º “B” 15 questionários respondidos e 21 perdas, sendo 20 por ausência e 1 por recusa, e no 10º “C” foram 15 respondentes e 15 perdas, sendo 13 por ausência, 1 por recusa e 1 por questionário incompleto.

O estudo piloto demonstrou a factibilidade do estudo proposto, a compreensibilidade do instrumento, sendo que não houve necessidade de redução em sua extensão.

4 COLETA DE DADOS

Primeiramente, o projeto foi apresentado pelos Coordenadores da Pesquisa à Reitoria da UniRV. Após o consentimento e autorização por escrito, foi encaminhado à Pró Reitoria de Graduação e Pró Reitoria de Pesquisa para que tomassem conhecimento do projeto. Posteriormente, juntamente com a carta de autorização do Reitor, o projeto foi apresentado aos diretores dos cursos da saúde para assim solicitarem a elaboração de uma carta de apresentação da pesquisa aos professores.

A listagem de todos os acadêmicos elegíveis para a pesquisa foi requisitada junto ao setor de Tecnologia da Informação da Universidade, sendo esta listagem separada em ordem alfabética e distribuída por curso e período. Depois, os questionários identificados por números foram separados por turma, foram entregues à equipe de campo, responsável pela sua aplicação.

Durante o período de 12 a 23 de outubro foi realizado a divulgação da pesquisa, sendo disponibilizado no site da UniRV (www.unirv.edu.br) e no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) todas as informações referentes a esta pesquisa e o período de coleta de dados a ser realizada pelos pesquisadores, enfatizando a importância do estudo e, especialmente, da participação dos universitários selecionados.

O trabalho de campo teve início no dia 19 de novembro e foi finalizado no dia 07 de dezembro de 2018. Os pesquisadores responsáveis pela coleta foram divididos em conformidade ao campus de trabalho em que atuam como professores, e a distribuição dos questionários foi feita de forma proporcional e de acordo com a quantidade de acadêmicos em cada período de graduação de cada campus e curso.

Todo o trabalho de campo foi realizado somente pelos pesquisadores sendo que,

durante a aplicação, foi realizado o seguinte procedimento padrão:

- Identificação de cada pesquisador de forma verbal e presença do crachá de identificação;
- Apresentação da carta autorização do Reitor da instituição e do Diretor do curso de graduação;
- Leitura da lista de presença dos alunos regularmente matriculados no período correspondente a coleta de dados;
- Apresentação dos termos gerais da pesquisa e do TCLE, ficando uma cópia do TCLE autorizado arquivada com o pesquisador e outra cópia com o entrevistado;
- Leitura geral do questionário em voz alta, clara e pausada, sem dar qualquer tipo de ênfase em alguma questão ou termos específicos. Em caso de qualquer acadêmico não entender alguma questão, a leitura foi refeita;
- Depósito dos questionários preenchidos pelos estudantes na urna disponibilizada em cada sala de aplicação.

Os acadêmicos que não consentiram em participar da pesquisa foram autorizados a se retirarem da sala e considerados como perdas do estudo.

Após a finalização de cada aplicação foi realizado o preenchimento das planilhas para verificação das perdas, dos tipos ausência e da possibilidade de retorno. Foi realizado ainda mais uma aplicação dos questionários, sete dias após a primeira aplicação no mesmo horário e local da primeira aplicação, e ainda, foi enviando um comunicado no Sistema Eletrônico de Informações (SEI) dos acadêmicos que após sete dias da segunda aplicação seria realizado a aplicação deste questionário em uma sala e horário pré-determinados por cada direção do curso de graduação.

O controle da coleta de dados foi realizado uma vez por semana por todos os pesquisadores, em uma planilha compartilhada no drive do e-mail individual, onde cada pesquisador preenchia o número de questionários aplicados, o curso de graduação e o período de graduação de acordo com os códigos destinados a cada campus, curso e período. Foi também informado o número de perdas e recusas e o total de universitários elegíveis ainda não encontrados.

Ao finalizar a coleta de dados obteve-se 2.662 universitários respondentes, sendo 11 questionários incompletos os quais foram descartados. Foram contabilizadas 356 perdas: 346 ausentes, oito recusas e duas desistências. Foram consideradas perdas ou recusas aqueles universitários que não foram localizados ou que se recusaram a participar do estudo após três possibilidades de encontros com os pesquisadores. Portanto, as análises foram conduzidas com

os dados de 2.295 participantes.

Posteriormente ao trabalho de campo, foi realizada a codificação individual de aproximadamente 87 questionários para cada pesquisador, o qual ficou responsável pela codificação dos questionários que aplicara. Dois monitores devidamente treinados para tal finalidade auxiliaram nessa tarefa.

5 ENTRADA E LIMPEZA DOS DADOS

Todos os questionários do campus 1 e 3 foram enviados em malotes lacrados para a coordenação do curso de graduação de medicina do campus 2, local que foi realizada a dupla digitação dos dados por duas duplas de monitores devidamente treinados no software EpiData 3.1 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). A digitação dos dados iniciou após a coleta de dados principal e foi concluída no dia 27/02/2019.

A validação dos bancos duplicados foi realizada em cinco rodadas e eliminou todos os erros de digitação. Essa tarefa foi concluída no dia 15/04/2019. As inconsistências nas variáveis do banco de dados após a validação foram checadas e corrigidas através do software Stata 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

6 ANÁLISE DE DADOS DA DISSERTAÇÃO

As análises para a presente dissertação também foram realizadas no programa Stata versão 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA) no mês de outubro de 2019. Em uma etapa preliminar foram recodificadas algumas das variáveis para adequá-las ao proposto no projeto. Após as descrições das variáveis, foi calculada a frequência das respostas sobre os sintomas pré-menstruais abordados nos domínios do *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST), possibilitando calcular a prevalência da SPM e do TDPM, respeitando os critérios deste mesmo instrumento.

Em seguida, as prevalências da SPM, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), foram descritas de acordo com as variáveis independentes e testadas por meio do teste do Qui-Quadrado de Pearson e de tendência linear. Logo após, foram calculadas as Razões de Prevalências (RP) brutas e ajustadas através do modelo de regressão de Poisson com variância robusta (BARROS; HIRAKATA, 2003). Todas as variáveis com $p < 0,2$ foram levadas para análise multivariada, segundo o modelo conceitual de análise (VICTORA et al., 1997) com três níveis hierárquicos de determinação: no primeiro nível as variáveis sociodemográficas, no segundo nível as comportamentais e reprodutivas, e no terceiro nível a

variável estado nutricional e de saúde. Permaneceram no modelo para ajuste aquelas com $p < 0,2$ e o nível de significância adotado foi de 5% nas análises.

7 PROJETO E EXECUÇÃO: ALTERAÇÕES

Após início das análises, optou-se pela não exclusão dos casos de depressão e hipotireoidismo/hipertireoidismo, como havia sido proposto no projeto, sendo estas morbidades incluídas como novas exposições de saúde, pois além de deixar a amostra um pouco mais heterogênea, a associação destas variáveis com a SPM já foi analisada em outros estudos. Em vista disto, no projeto não possui um item sobre depressão, na seção revisão da literatura, uma vez que, essa variável seria excluída.

Além disso, algumas variáveis foram categorizadas de forma distinta do previsto no projeto. A variável idade foi categorizada nas faixas etárias: 18-20; 20,1-22; 22,1-24; > 24, e não a cada 5 anos como havia sido proposto, devido a população de universitárias ter apresentado pequena variabilidade etária, apresentando uma idade média de 22,5 ($\pm 3,4$ anos). A escolaridade foi avaliada por meio do período do curso em semestres (1°- 2°; 3°- 4°; 5°- 6°; 7°- 8°; $\geq 9^\circ$) por aplicar-se melhor a realidade desta população. Foi substituída a denominação da variável nível socioeconômico por classe econômica (A, B1, B2, C1, C2, D, E), já que a proposta era somente analisar a classe econômica de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. O consumo de álcool foi dicotomizado em consumo nos últimos 30 dias (não/sim), pois o objetivo era avaliar a associação entre o consumo de álcool e a SPM e não necessariamente classificar o tipo de dependência do álcool como é proposto pela escala Audit (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). O uso de contraceptivos hormonais foi categorizado em não uso, uso de um método e uso de dois ou mais métodos, pois este tipo de situação caracterizou melhor o uso de métodos combinados nessa população, embora não tenha sido abordada em outros estudos. A variável antropométrica foi trocada por variável nutricional, pois foi analisado somente o índice de Massa Corporal (IMC) indicando o estado nutricional. O Índice de Massa Corporal (IMC), por sua vez, foi recategorizado em eutrofia (IMC < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), sendo que mulheres com IMC < 25 kg/m² foram consideradas como eutróficas, unindo a classificação peso normal e baixo peso, já que as universitárias com IMC < 18,5 correspondiam a apenas 8,95% da amostra. As demais variáveis mantiveram a categorização proposta do projeto.

ARTIGO CIENTÍFICO

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL E FATORES ASSOCIADOS
ENTRE ACADÊMICAS DE UMA UNIVERSIDADE DO CENTRO OESTE
BRASILEIRO**

Ana Paula Rodrigues Rezende

Fernanda Rassi Alvarenga

Marcelo Ramos

Juvenal Soares Dias da Costa

Marcos Pascoal Patussi

Vera Maria Vieira Paniz

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Universidade do Vale do Rio dos Sinos. <http://www.ppgsaudecoletiva@unisin.br>

Vera Maria Vieira Paniz.

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos, São Leopoldo, Brasil.

Av. Unisinos 950, Cristo Rei - São Leopoldo, RS.

E-mail: vpvieira@terra.com.br

Artigo baseado na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UNISINOS, em março de 2020 (Título da dissertação: Prevalência da Síndrome pré-menstrual e fatores associados entre acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro oeste brasileiro).

RESUMO

Objetivo: Investigar a prevalência e os fatores associados à Síndrome Pré-menstrual (SPM) em acadêmicas de uma universidade do centro oeste brasileiro, e complementarmente identificar a prevalência da sua forma mais grave, o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM).

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, realizado com 1115 universitárias com 18 anos ou mais de idade, que faz parte de um projeto maior que avaliou o perfil epidemiológico dos estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás. A SPM e o TDPM foram identificados por meio do instrumento *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST). Associações com fatores sociodemográficos, comportamentais, reprodutivos, nutricional e de saúde foram investigadas. Regressão de Poisson com variância robusta foi realizada para determinar as associações brutas e ajustadas.

Resultados: A prevalência encontrada da SPM foi de 46,9% (IC95% 44,0-49,8) e do TDPM de 11,1% (IC95% 9,3-13,0) para a população de universitárias. Os sintomas mais prevalentes foram os físicos (73%) seguidos dos psicológicos: desejo de comer/comer demais, ficar chorosa/mais sensível à rejeição, ansiedade/tensão e raiva/irritabilidade (todos com mais de 60% de frequência). Mais de 30% das universitárias relataram que os sintomas interferiram na sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade, nos relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade, nos relacionamentos familiares e também nas atividades e vida social de forma moderada e severa. A SPM foi mais prevalente nas universitárias que cursavam o 1º e 2º período do curso (RP = 1,44), que haviam consumido álcool nos últimos 30 dias (RP= 1,23) e que tinham referido diagnóstico médico de depressão (RP= 1,49). As universitárias que tinham hábitos alimentares saudáveis apresentaram menor probabilidade de ocorrência da SPM (RP= 0,88).

Conclusão: A SPM é altamente prevalente entre as universitárias. Aquelas com hábitos alimentares não saudáveis, que fazem consumo de álcool e que tem o diagnóstico médico de depressão, devem ser melhor acompanhadas com o objetivo de reduzir a probabilidade da SPM e de seu impacto nas suas atividades acadêmicas, familiares e sociais.

Palavras-chave: Síndrome pré-menstrual. Prevalência. Fatores de risco. Questionário.

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence and factors associated with Premenstrual Syndrome (PMS) in academics from a university in the central west of Brazil, and complementarily identify the prevalence of its most severe form, premenstrual dysphoric disorder (PMDD).

Methods: This is a cross-sectional study, carried out with 1115 university students aged 18 or over, which is part of a larger project that evaluated the epidemiological profile of students in the health field at the University of Rio Verde, Goiás. SPM and the TDPM were identified using the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). Associations with sociodemographic, behavioral, reproductive, nutritional and health factors were investigated. Poisson regression with robust variance was performed to determine the crude and adjusted associations.

Results: The prevalence found for PMS was 46.9% (95% CI 44.0-49.8) and for PMDD 11.1% (95% CI 9.3-13.0) for the university student population. The most prevalent symptoms were physical (73%) followed by psychological symptoms: desire to eat / overeat, become tearful / more sensitive to rejection, anxiety / tension and anger / irritability (all with more than 60% frequency). More than 30% of university students reported that the symptoms interfered with their efficiency and productivity at work / college, in relationships with colleagues at work / college, in family relationships and also in activities and social life in a moderate and severe way. PMS was more prevalent among university students attending the 1st and 2nd semester of the course (PR = 1.44), who had consumed alcohol in the last 30 days (PR = 1.23) and who had a medical diagnosis of depression (PR = 1.49). University students who had healthy eating habits were less likely to have PMS (PR = 0.88).

Conclusion: PMS is highly prevalent among university students. Those with unhealthy eating habits, who consume alcohol and have a medical diagnosis of depression, should be better followed in order to reduce the likelihood of PMS and its impact on their academic, family and social activities.

Keywords: Premenstrual syndrome. Prevalence. Risk factors. Questionnaire.

INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por um conjunto de sintomas físicos e psicológicos, os quais iniciam uma a duas semanas antes da menstruação, aliviam com o início do fluxo menstrual e apresentam a característica de serem cíclicos e recorrentes. Também conhecida como tensão pré-menstrual (TPM), a SPM ocorre durante a fase lútea, podendo ser grave o suficiente para impactar em alguns aspectos da vida da mulher (MARVÁN; CORTÉS-INIESTRA, 2001).

A etiologia da SPM permanece desconhecida, mas a origem dos seus sintomas está associada à suscetibilidade de algumas mulheres às alterações hormonais normais que ocorrem durante o ciclo menstrual. Os sintomas pré-menstruais muitas vezes melhoram após o uso de inibidores da ovulação, durante a gravidez e após a menopausa, o que fornece fortes evidências para a sua relação com a ciclicidade ovariana. Além disso, a estabilização de neurotransmissores, como a serotonina e as alterações do efeito do ácido gama-aminobutírico (GABA) através do uso de medicamentos antidepressivos ou ansiolíticos, podem melhorar os sintomas da SPM. Desta forma, estes neurotransmissores também parecem desempenhar um papel importante no desencadeamento dos sintomas pré-menstruais (RYU; KIM, 2015).

Os principais sintomas observados pelas mulheres com SPM são o aumento do tamanho e da sensibilidade das mamas; inchaço nas pernas e, às vezes, no corpo todo; ganho de peso; cefaleia; fadiga; aumento do volume abdominal; acne; ansiedade; irritabilidade; depressão; mudanças de humor; depreciação da autoimagem e alteração do apetite. A intensidade da sintomatologia pode variar entre as mulheres. Muitas apresentam sintomas mais leves em algum momento em seus anos reprodutivos, especialmente os sintomas físicos, como ingurgitamento mamário e edema, mas não percebem esses sintomas como angustiantes ou debilitantes. Entretanto, outras mulheres podem apresentar sintomas mais intensos e incapacitantes, podendo levar a forma mais grave da SPM: o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM) (FEBRASGO; SBMFC, 2011; FREEMAN, 2003; VALADARES et al., 2006)

Realizar o diagnóstico da SPM é importante para diferenciá-la de outras patologias, determinar a prevalência da mesma e, o mais importante, definir um tratamento efetivo (FREEMAN, 2003). Até o momento não há critérios diagnósticos definitivos e universalmente aceitos, sendo alguns mais abrangentes, em que a presença de um único sintoma pré-menstrual já é suficiente para realizar o diagnóstico de SPM; enquanto outros são mais restritivos, em que além dos sintomas pré-menstruais presentes, estes também devem

interferir de forma significativa nas atividades diárias das mulheres. É recomendado que os critérios existentes reconheçam a ampla gama de sintomas relacionados com a síndrome, a gravidade dos mesmos e seu padrão temporal com o ciclo menstrual, permitindo, desta forma, diferenciar a SPM clinicamente significativa das mudanças normais do ciclo menstrual (ISMAILI et al., 2016; O'BRIEN et al., 2011). O uso de entrevistas, questionários e escalas de auto avaliação baseados em critérios, como os descritos acima, já estão bem estabelecidos para o diagnóstico da SPM e do TDPM (HENZ et al., 2018).

Na literatura disponível são encontradas variações na prevalência como, por exemplo, 50-85% para sintomas pré-menstruais fisiológicos, 30-40% para SPM e 3-8% para o TDPM. A ausência de um consenso diagnóstico, as diferenças na interpretação da sintomatologia para definir a SPM, e as distintas populações investigadas, justificam, pelo menos em parte, as inconsistências entre os estudos sobre esse tema (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017; RYU; KIM, 2015).

Algumas características sociodemográficas, reprodutivas e comportamentais têm sido associadas à ocorrência da SPM. Estudos têm revelado que mulheres mais jovens, da raça negra, tabagistas, obesas, com hábitos alimentares não saudáveis e que consomem bebidas alcoólicas apresentam maior prevalência dos sintomas pré-menstruais. Por outro lado, o uso de anticoncepcionais hormonais e a prática de atividades físicas regulares são fatores que reduzem a probabilidade de ocorrência da SPM. Já o nível socioeconômico e a escolaridade são fatores associados tanto de forma direta quanto inversa, com a ocorrência dos sintomas da SPM (BERTONE-JOHNSON et al., 2010; FARASATI et al., 2015; FERNÁNDEZ et al., 2018; MASHO; ADERA; SOUTH-PAUL, 2005; PILVER et al., 2011; SADLER et al., 2010; SILVA et al., 2006).

Com relação aos impactos dos sintomas da SPM, a literatura aponta que podem ser graves o suficiente para interferir nos relacionamentos e nas atividades diárias de mulheres em idade reprodutiva. Podem ainda prejudicar seu desempenho profissional ou acadêmico e ter consequências econômicas devido ao aumento do absenteísmo (MOHEBBI et al., 2017).

Assim, o presente estudo tem por objetivo investigar a prevalência e os fatores associados à SPM em acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro oeste brasileiro, caracterizando os sintomas mais prevalentes, bem como a interferência desses sintomas nas atividades de vida acadêmica, familiar, social e de trabalho dessa população. Complementarmente o estudo identificará a prevalência do TDPM.

METODOLOGIA

Delineamento, amostragem e coleta de dados

Este foi um estudo transversal de base universitária, realizado com acadêmicas da área da saúde de uma universidade do centro-oeste brasileiro. O estudo faz parte de um projeto maior que avaliou o perfil epidemiológico dos universitários da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, em 2018. Foram incluídos no estudo maior todos os universitários (homens e mulheres) com idade igual ou maior que 18 anos, dos cursos de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Fisioterapia, Farmácia e Educação Física, de três campi, que estavam frequentando a universidade no período de novembro de 2018 e que aceitaram participar da pesquisa.

No presente estudo foram incluídas as universitárias do sexo feminino com idade igual ou maior que 18 anos. Foram excluídas as universitárias que por algum motivo não menstruavam (por algum problema de saúde, uso de contraceptivos contínuos, menopausa, gravidez ou amamentação) e aquelas com ciclos menstruais irregulares (intervalos menores que 21 dias ou maiores que 35 dias), uma vez que o instrumento utilizado para medir SPM foi validado para essa população (CÂMARA et al., 2017; STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003).

Para atender os objetivos deste estudo foram realizados cálculos de tamanho de amostra adotando-se 40% de prevalência para a SPM e 16% para o TDPM, com margem de erro de 3 pontos percentuais, a um nível de confiança de 95%. Para as associações de interesse o cálculo utilizou poder de 80% para detectar razões de prevalência de 1,5 ou maiores, e nível de confiança de 95%. Após acréscimo de 10% para perdas e recusas e 15% para ajuste de fator de confusão, 557 universitárias deveriam ser investigadas.

O trabalho de campo foi desenvolvido por equipe de campo treinada, a qual abordou as estudantes dentro dos campi. Depois de esclarecida a natureza do estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, as participantes preencheram um questionário padronizado, autoaplicável e pré-testado em estudo piloto.

Variáveis

O desfecho deste estudo foi a prevalência de SPM e de sua forma mais grave o TDPM, mensurada pelo questionário *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST), versão validada

para o português (CÂMARA et al., 2017). O PSST é formado por dois domínios: o primeiro compreende as 14 manifestações físicas e psicológicas que refletem os critérios do DSM-IV (*Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*), enquanto o segundo domínio é composto por cinco itens que avaliam o impacto funcional dos sintomas pré-menstruais. Cada item é classificado de acordo com a gravidade em “ausente”; “leve”; “moderado” e “severo”. Os sintomas incluídos são: 1) raiva/irritabilidade, 2) ansiedade/tensão, 3) chorosa/mais sensível à rejeição, 4) humor depressivo/sem esperança, 5) falta de interesse em atividades no trabalho, 6) falta de interesse em atividades de casa, 7) falta de interesse em atividades sociais, 8) dificuldade de concentração, 9) fadiga/falta de energia, 10) comer demais/desejo de comer, 11) insônia, 12) hipersônia (dormir demais), 13) sentir-se sobre pressão ou fora de controle e 14) sintomas físicos (sensibilidade mamária, dores de cabeça, dor articulares ou musculares, inchaço, ganho de peso). O segundo domínio classifica o impacto desses sintomas: A) na eficiência ou produtividade no trabalho/faculdade, B) nas relações com os colegas de trabalho/faculdade, C) nos relacionamentos com familiares, D) nas atividades da vida social e E) nas responsabilidades em casa. Nos itens A e B foi adicionada a palavra faculdade em relação ao questionário original para adequar à realidade da população estudada. Para o desfecho da SPM foram estabelecidos os seguintes critérios: 1) a presença de pelo menos cinco sintomas (1-14) classificados como moderados ou severos; 2) sendo que pelo menos um dos quatro primeiros sintomas (1-4) deva estar presente e classificado como moderado ou severo; e 3) pelo menos um item de A-E classificado como moderado ou severo. Para o diagnóstico do TDPM foram estabelecidos os seguintes critérios: 1) a presença de pelo menos cinco sintomas (1-14) classificados como moderados ou severos; 2) sendo que pelo menos um dos primeiros quatro sintomas (1-4) deva estar presente e classificado como severo; 3) e pelo menos um item de A-E classificado como severo (CÂMARA et al., 2017; STEINER et al., 2011; STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003).

As variáveis sociodemográficas avaliadas foram idade em anos completos (18-20; 20,1-22; 22,1-24; > 24), cor da pele autorreferida (branca; não branca), período do curso em semestres (1º- 2º; 3º- 4º; 5º- 6º; 7º- 8º; ≥ 9º) e classe econômica (A; B; C) de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018). Como variáveis comportamentais avaliou-se o tabagismo (não fumante; ex-fumante; fumante), o consumo de álcool nos últimos 30 dias (não; sim), a prática de atividade física (não: pratica atividade física menos de 150 min/semana; sim: pratica no mínimo 150 min/semana) (HALLAL et al., 2010; MATSUDO et al., 2011) e os hábitos alimentares (não saudáveis: consumo de verduras e frutas < 5 vezes/semana; saudáveis: consumo ≥ 5 vezes/semana) (IBGE, 2015). Como

variáveis reprodutivas foram avaliadas o uso de contraceptivos hormonais (não uso; uso de um método; uso de dois ou mais métodos) referindo ao uso de anticoncepcionais orais, injetáveis ou outros métodos hormonais (anéis vaginais, implantes, adesivos e DIU hormonal) e a menarca (≥ 12 anos; < 12 anos). O estado nutricional foi avaliado segundo o índice de massa corporal (IMC = peso, em quilogramas/quadrado da altura, em metros), e classificado em eutrofia (IMC < 25 kg/m²), sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m² e < 30 kg/m²) e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) (WHO, 2018). As variáveis de saúde avaliadas foram o diagnóstico médico referido de Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo (não; sim) e Depressão (não; sim).

Análise dos dados

Os dados foram tabulados no software EpiData 3.1, com dupla entrada, sendo realizada a verificação de consistência dos dados de forma automatizada. Posteriormente, os dados foram analisados no Stata 13.0 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA) na seguinte ordem: análise univariada para descrição da população do estudo, dos sintomas pré-menstruais investigados nos dois domínios do PSST, cálculo da prevalência da SPM e do TDPM. Em seguida, para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a SPM, estimou-se as razões de prevalência bruta e ajustada e os respectivos intervalos de confiança de 95% por meio da regressão de Poisson com variância (BARROS; HIRAKATA, 2003). Todas as variáveis com $p < 0,2$ foram levadas para análise multivariada, segundo o modelo conceitual de análise, ficando no primeiro nível as variáveis sociodemográficas, no segundo nível as comportamentais e reprodutivas e no terceiro nível as variáveis nutricional e de saúde (VICTORA et. al, 2007). Permaneceram no modelo para ajuste aquelas com $p < 0,2$ e o nível de significância adotado foi de 5% nas análises.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS (parecer nº 2.892.764) e da Universidade de Rio Verde (parecer nº 2.905.704) conforme preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se a confidencialidade das informações e o direito de suspender a participação a qualquer momento.

RESULTADOS

No total, 1596 universitárias, com 18 anos ou mais de idade, foram consideradas elegíveis. Destas, 481 preencheram os critérios de exclusão, sendo analisadas 1115 universitárias no presente estudo (**Fig. 1**). A **Tabela 1** mostra que as características mais prevalentes encontradas entre as universitárias foram: estar na faixa etária entre 20,1 a 22 anos, ter a cor da pele branca, estar cursando o 3º ou 4º semestre da faculdade e pertencer a classe econômica B. Em relação aos hábitos de vida, eram fisicamente ativas 62,7% das universitárias, menos da metade tinha hábitos alimentares saudáveis (43,9%), mais de 91% não fumavam e 74% haviam consumido bebida alcoólica nos últimos 30 dias. Mais de 65% das universitárias faziam uso de contraceptivos hormonais (CH) e mais de 70% tiveram sua menarca com 12 anos ou mais de idade. Cerca de 15% estavam com IMC acima de 25 Kg/m², 7,9% apresentavam Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo e 20,6% relataram diagnóstico médico de depressão.

A prevalência encontrada da SPM foi de 46,9% (IC 95% 44,0-49,8) e do TDPM de 11,1% (IC95% 9,3-13,0) segundo os critérios do instrumento PSST (CÂMARA et al., 2017; STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003). A **Tabela 2** mostra a prevalência e intensidade dos sintomas pré-menstruais e sua interferência na vida diária desta população. Os sintomas físicos estavam presentes em 73% das universitárias e os sintomas psicológicos mais prevalentes foram: o desejo de comer/comer demais, ficar chorosa/mais sensível à rejeição, a ansiedade/tensão e a raiva/irritabilidade; todos com mais de 60% de frequência na intensidade moderada e severa. Em mais de 30% da população estes sintomas interferiram na sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade, nos relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade, nos relacionamentos familiares e também nas atividades e vida social, de forma moderada e severa. A dificuldade de concentração e sentindo-se sob pressão ou fora de controle, de forma severa, foram relatados por 8,5% e 8,4% das universitárias, respectivamente.

A **Tabela 3** mostra a prevalência da SPM de acordo com as variáveis estudadas, em que se observa uma maior prevalência da SPM nas universitárias que cursavam o 1º e 2º períodos do curso (54,6%), com hábitos alimentares não saudáveis (49,6%), tabagistas (62,2%) e que consumiram álcool no último mês (49,4%). Foi mais prevalente também nas que faziam uso de um ou mais métodos CH (43,7% e 59,6%, respectivamente), e naquelas que referiram diagnóstico médico de depressão (65%). Maior prevalência foi observada em

universitárias que tiveram menarca antes dos 12 anos de idade (51,2%), com sobrepeso (55,6%) ou obesidade (50%), porém sem significância estatística.

Após ajuste para fatores de confusão se mantiveram associadas com a SPM o período do curso ($p=0,001$), o consumo de álcool ($p=0,018$) e a Depressão ($p<0,001$). A probabilidade de ter SPM foi 44% maior nas universitárias que cursavam o 1º e 2º período quando comparadas com as que se encontravam no nono semestre ou mais. Em relação ao consumo de álcool foi encontrado que as universitárias que consumiram nos últimos 30 dias, tiveram 23% mais probabilidade de apresentar SPM. Além disso, as universitárias que relataram diagnóstico médico de depressão apresentaram quase 50% mais probabilidade de ter SPM do que as que não referiram (**Tabela 4**). Os hábitos alimentares mostraram uma tendência para ser um fator de proteção para a SPM, em que as universitárias com hábitos saudáveis tinham 12% menos probabilidade de apresentar a SPM, mas apresentou valor p limítrofe ($p=0,058$).

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou elevada e consistente prevalência da SPM entre as universitárias da área da saúde, tendo como principais queixas relatadas os sintomas físicos (seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchaço e ganho de peso) e os sintomas psicológicos: desejo de comer/comer demais, ficar chorosa/mais sensível à rejeição, ansiedade/tensão e raiva/irritabilidade. Estes sintomas interferiram de forma moderada ou até mesmo severa nas atividades acadêmicas, familiares e sociais desta população. Após ajuste, a maior probabilidade de SPM ocorreu para as universitárias que cursavam os primeiros períodos do curso, que consumiram bebida alcoólica nos últimos 30 dias e que referiram diagnóstico médico de depressão.

A prevalência da SPM e do TDPM identificada no presente estudo é consistente com a literatura disponível, a qual indica que 37% a 91,7% das universitárias apresentam a SPM e 6,2% a 39,2% apresentam o TDPM (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017; CARVALHO et al., 2009; CHENG et al., 2013; RIEDI; FELDENS; VINHOLES, 2014; TACANI et al., 2015; TOLOSSA; BEKELE, 2014). A única revisão sistemática encontrada sobre a prevalência da SPM identificou uma prevalência combinada de 47,8% (IC95% 32,6-62,9), sendo semelhante ao valor encontrado neste estudo. Nesta revisão foram selecionados 17 artigos, sendo a menor prevalência relatada na França com 12% (IC95% 11-13) e a maior no Irã com 98% (IC95% 97-100), respectivamente (DIREKVAND-MOGHADAM et al., 2014). Os estudos citados

utilizaram diferentes metodologias e populações, além de distintos instrumentos de avaliação e categorização do desfecho, o que pode explicar a grande amplitude nas prevalências encontradas.

Os valores encontrados para a prevalência da SPM e do TDPM são consistentes inclusive com trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento diagnóstico. Em um estudo realizado no sul do Brasil, utilizando uma amostra de conveniência de mulheres recrutadas pela mídia local foi encontrada uma prevalência da SPM de 41,7%, enquanto a prevalência do TDPM foi mais elevada do que no presente estudo (34,7%) (HENZ et al., 2018). Entretanto, outro estudo realizado no nordeste do Brasil, com profissionais da saúde e universitárias, foi encontrada uma prevalência menor da SPM (39,7%), mas do TDPM foi encontrada uma prevalência semelhante (16,5%) CÂMARA et al. (2017). Mas, apesar de utilizarem o mesmo instrumento diagnóstico, as populações investigadas e as faixas etárias foram distintas, o que pode explicar as diferenças encontradas.

Os sintomas mais prevalentes encontrados neste estudo, os quais foram os sintomas físicos (seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchaço e ganho de peso), seguidos do desejo de comer/comer demais, ficar chorosa/mais sensível à rejeição, ansiedade/tensão e raiva/irritabilidade, são consistentes com a literatura. Um estudo prospectivo e observacional realizado com 60 universitárias do Centro Universitário de São Camilo em São Paulo, com média de idade de $24,6 \pm 4,7$ anos, encontrou como principais sintomas da SPM, a irritabilidade (76,6%), inchaço (65%) e ansiedade (58,3%) (TACANI et al., 2015). Um estudo transversal populacional realizado, em Pelotas-RS, com 1395 mulheres entre 15 e 49 anos, encontrou como principais sintomas pré-menstruais a irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos com prevalência acima de 50% (SILVA et al., 2006).

Chama à atenção a alta prevalência encontrada do desejo de comer/comer demais, uma vez que, existem trabalhos evidenciando um aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade em faixas etárias menores (20-29 anos), o que também foi consistente com este estudo (LISOWSKI et al., 2019). Sendo assim, é necessário um melhor acompanhamento em relação à dieta alimentar das universitárias, com o intuito de prevenir o sobrepeso e a ocorrência de doenças crônicas associadas à obesidade.

Analisando os fatores associados encontrou-se maior prevalência da SPM entre as universitárias dos períodos iniciais do curso quando comparadas com as que cursavam os semestres finais. A associação de menores níveis de escolaridades com a SPM já foi descrita anteriormente. Em um estudo populacional realizado no Reino Unido, foi encontrada uma

associação linear inversa, apontando que quanto menor a escolaridade, maior a ocorrência de SPM (SADLER et al., 2010). Mas há inconsistência entre os estudos em relação à escolaridade e SPM. Um estudo brasileiro encontrou uma associação direta entre escolaridade e SPM, em que mulheres com nível de escolaridade mais alto apresentaram maior prevalência da síndrome (SILVA et al., 2006). Vale ressaltar que no presente estudo o indicador de escolaridade avaliado foi o período do curso, uma vez que a população é composta somente por universitárias. No entendimento deste estudo, as universitárias dos primeiros períodos (1º e 2º semestres) são mais suscetíveis aos sintomas pré-menstruais da mesma forma que são para sintomas de transtornos depressivos e de ansiedade. Já foi descrito que há maior probabilidade de sintomas depressivos e de ansiedade em calouras do que em universitárias dos últimos anos (DYSON; RENK, 2006; YANG et al., 2007). Os esteróides sexuais e seus receptores são abundantes em muitas regiões do cérebro que regulam as emoções e comportamentos, e também modulam a secreção de serotonina que está implicada na etiologia da SPM. Como os primeiros semestres são um período de adaptação, estas universitárias poderiam estar mais suscetíveis a estas alterações.

Foi encontrada também uma associação entre o consumo de álcool e a SPM, o que já foi evidenciado por uma revisão sistemática com meta-análise sobre o tema. Nesta revisão foram avaliados 19 estudos e foi encontrado que o consumo de álcool esteve associado a um aumento de 50% na chance de SPM (OR = 1,45 IC95%: 1,17-1,79) (FERNÁNDEZ et al., 2018). O consumo de álcool pode alterar os níveis de hormônios esteróides sexuais e gonadotrofina durante o ciclo menstrual, podendo aumentar o risco de ocorrência da SPM, já que a etiologia desta síndrome está ligada a flutuações desses hormônios sexuais durante o ciclo menstrual (HALBREICH, 2003). Além disso, a ingestão de álcool pode aumentar o risco da SPM através de seu efeito na atividade da serotonina e do ácido gama-aminobutírico (GABA). É conhecido que a atividade da serotonina e do GABA encontram-se alterada entre as mulheres com SPM, e também é possível que as mulheres que apresentam alterações nos sistemas de serotonina e GABA possam ser mais sensíveis ao álcool (BERTONE-JOHNSON et al., 2009; FERNÁNDEZ et al., 2018)

O relato de diagnóstico médico de depressão manteve associação com a SPM após ajuste para os possíveis fatores de confusão incluídos na análise. Este achado é consistente com a literatura, que evidencia que universitárias com sintomas depressivos têm maior probabilidade de apresentar sintomas da SPM e de sua forma mais grave, o TDPM, o qual, inclusive, já foi classificado como um transtorno depressivo (CARVALHO et al., 2009; LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017; RIEDI; FELDENS; VINHOLES, 2014). Além

disso, já foi evidenciado que mulheres com SPM têm maior risco de depressão (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017). Neste estudo, vale ressaltar, análises secundárias evidenciaram que os sintomas pré-menstruais foram todos exacerbados quando estratificados por depressão. Apesar de estar clara a associação entre transtornos depressivos e a SPM na literatura, ainda não está bem elucidado se essas condições predis põem à SPM ou se a SPM aumenta a probabilidade destas (YONKERS; SIMONI, 2018). Estudos longitudinais são necessários para o entendimento desta relação.

Não foi encontrada associação entre tabagismo, hábitos alimentares, atividade física e a SPM no presente estudo, o que também foi demonstrado por outros autores na literatura (KROLL-DESROSIERS et al., 2017; SADLER et al., 2010). Em contrapartida, alguns estudos encontraram associação entre o consumo excessivo de alimentos como doces, fast food, frituras e a baixa ingestão de vegetais e frutas, com uma maior prevalência da SPM (ACIKGOZ; DAYI; BINBAY, 2017; CHENG et al., 2013; FARASATI et al., 2015; RAD; SABZEVARY; DEHNAVI, 2018). Nos resultados observou-se que as universitárias com hábitos alimentares saudáveis tinham tendência a apresentar menor probabilidade da SPM, assim como nos estudos citados, mas quando ajustadas para os fatores de confusão, essa associação foi perdida com valor-p limítrofe ($p= 0,058$), entretanto, estes estudos foram realizados com delineamento e populações distintas. Vale ressaltar que o tabagismo teve associação com a SPM na análise bruta, mas houve perda dessa associação após o ajuste, provavelmente devido a baixa prevalência de universitárias tabagistas (4%), o que conferiu pouco poder para esta análise.

Uma das principais limitações do estudo ocorreu em virtude do delineamento transversal, uma vez que, a associação entre SPM e alguns fatores associados como a depressão, pode ter sido afetada por causalidade reversa, já que exposição e desfecho foram medidos no mesmo momento. Outra limitação do estudo foi o uso de um instrumento com informações retrospectivas. Há evidências de que os dados coletados prospectivamente por dois ou três ciclos consecutivos mostram prevalências diferentes das obtidas retrospectivamente (HENZ et al., 2018). Contudo, o PSST tem sido utilizado em outros estudos, sendo considerada uma ferramenta de rápida e fácil aplicação, com diminuição da relutância por parte das mulheres em fazer registros diários dos sintomas por ciclos prospectivos, e foi considerado um instrumento válido para a triagem de SPM/ TDPM em mulheres brasileiras (CÂMARA et al., 2017; STEINER; MACDOUGALL; BROWN, 2003). Por fim, foram excluídas todas as universitárias que não menstruavam, independente do tempo e que poderiam ainda relatar a presença ou ausência de sintomas pré-menstruais.

Contudo esta estratégia buscou evitar o viés de memória, inerente a estudos que utilizam recordatório.

Outra limitação considerada foi em relação aos critérios de exclusão, os quais não levaram em consideração o tempo em que as universitárias estavam sem menstruar, ou seja, excluiu todas que não menstruavam, mesmo as que haviam pouco tempo e que poderiam ainda relatar a presença ou ausência de sintomas pré-menstruais, entretanto, esta exclusão permitiu evitar vieses de memória. Outro ponto que deve ser considerado é a não exclusão das universitárias com diagnóstico médico de depressão, o que está indicado quando se utiliza este tipo de instrumento, dado que não permite excluir transtornos psiquiátricos subjacentes que poderiam estar sendo pré-exacerbados no período pré-menstrual (LANZA DI SCALEA; PEARLSTEIN, 2017). Contudo, cabe ressaltar que a opção de não exclusão dessa variável permitiu evidenciar a sua associação independente com a prevalência da SPM em universitárias.

O estudo teve vários pontos fortes. Primeiro, o fato de este ser um dos poucos estudos brasileiros que além de determinar a prevalência da SPM e do TDPM na população de jovens universitárias, também avaliou a sua associação com variáveis sociodemográficas, reprodutivas, comportamentais, nutricional e de saúde. Assim, permitiu ampliar o conhecimento sobre a SPM e os fatores associados nas universitárias brasileiras, dados antes obtidos, em sua grande maioria, somente por estudos internacionais. Segundo, destaca-se o significativo tamanho amostral (1115 universitárias), o que conferiu poder para as associações investigadas. Terceiro, foi realizado com aplicação rigorosa da metodologia, utilizando instrumento validado para o diagnóstico da SPM, além de ter controlado os possíveis fatores de confusão, o que permitiu avaliar os efeitos independentes das variáveis analisadas.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que a SPM é altamente prevalente entre as universitárias e que a sintomatologia afeta o dia a dia desta população, interferindo de forma significativa em suas atividades sociais e acadêmicas. Como a prevenção dos sintomas é crucial para reduzir o impacto da síndrome, a identificação de fatores de risco assume uma importância ainda maior. Os resultados mostraram que existe uma relação independente e significativa entre fatores comportamentais e de saúde com a SPM. Sendo assim, é fundamental que os sintomas pré-menstruais sejam abordados nas consultas médicas, e que o seu manejo inclua estratégias de prevenção que considerem os fatores de risco comportamentais, como ter hábitos alimentares

saudáveis e não consumir bebidas alcoólicas, bem como o diagnóstico e tratamento efetivo para a depressão, de forma a reduzir a probabilidade da SPM e do seu impacto nas atividades diárias destas jovens. No entanto, estudos longitudinais são necessários para melhor elucidar as associações aqui descritas.

REFERÊNCIAS

- ACIKGOZ, A.; DAYI, A.; BINBAY, T. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. **Saudi Medical Journal**, v. 38, n. 11, p. 1125–1131, 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério Brasil 2018**. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 3 set. 2018.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 1, p. 21, 2003.
- BERTONE-JOHNSON, E. R. et al. Timing of alcohol use and the incidence of premenstrual syndrome and probable premenstrual dysphoric disorder. **Journal of women's health (2002)**, v. 18, n. 12, p. 1945–1953, 2009.
- BERTONE-JOHNSON, E. R. et al. Adiposity and the Development of Premenstrual Syndrome. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 11, p. 1955–1962, 4 nov. 2010.
- CÂMARA, R. DE A. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST) and association of PSST scores with health-related quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 39, n. 2, p. 140–146, jun. 2017.
- CARVALHO, V. C. P. DE et al. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 2, p. 105–111, 2009.
- CHENG, S. H. et al. Factors associated with premenstrual syndrome - A survey of new female university students. **Kaohsiung Journal of Medical Sciences**, v. 29, n. 2, p. 100–105, 2013.
- DIREKVAND-MOGHADAM, A. et al. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 8, n. 2, p. 106–109, 2014.
- DYSON, R.; RENK, K. Freshmen Adaptation to University Life : Depressive Symptoms , Stress , and Coping. **Journal of Clinical Psychology**, v. 62, n. 10, p. 1231–1244, 2006.
- FARASATI, N. et al. Western dietary pattern is related to premenstrual syndrome: A case-control study. **British Journal of Nutrition**, v. 114, n. 12, p. 2016–2021, 2015.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO); SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **Projeto Diretrizes Tensão Pré-Menstrual**. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/tensao_pre_menstrual.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.
- FERNÁNDEZ, M. DEL M. et al. Premenstrual syndrome and alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 8, p. 1–11, 2018.

FREEMAN, E. W. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 25–37, 1 ago. 2003.

HALBREICH, U. et al. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). **Psychoneuroendocrinology**, v. 28, p. 1–23, 2003.

HALLAL, P. C. et al. Validity and reliability of the telephone-administered international physical activity questionnaire in Brazil. **Journal of Physical Active & Health**, v. 7, n. 3, p. 402–409, 2010.

HENZ, A. et al. Premenstrual Syndrome Diagnosis: A Comparative Study between the Daily Record of Severity of Problems (DRSP) and the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40, n. 01, p. 20–25, 13 jan. 2018.

ISMAILI, E. et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMDD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 6, p. 953–958, 2016.

KROLL-DESROSIERS, A. R. et al. Recreational physical activity and premenstrual syndrome in young adult women: A cross-sectional study. **PLOS ONE**, v. 12, n. 1, p. 1–13, 2017.

LANZA DI SCALEA, T.; PEARLSTEIN, T. Premenstrual Dysphoric Disorder. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 40, n. 2, p. 201–216, 2017.

LISOWSKI, J. F. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade e fatores associados em mulheres de São Leopoldo, Rio Grande do Sul: um estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 380–389, 2019.

MARVÁN, M. L.; CORTÉS-INIESTRA, S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. **Health Psychology**, v. 20, n. 4, p. 276–280, 2001.

MASHO, S. W.; ADERA, T.; SOUTH-PAUL, J. Obesity as a risk factor for premenstrual syndrome. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology**, v. 26, n. 1, p. 33–39, 7 mar. 2005.

MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2011.

MOHEBBI, M. et al. Comparison between the lifestyles of university students with and without premenstrual syndromes. **Electronic Physician**, v. 9, n. 6, p. 4489–4496, 25 jun. 2017.

O'BRIEN, P. M. S. et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMDD Montreal consensus. **Archives of Women's Mental Health**, v. 14, n. 1, p. 13–21, 2011.

PILVER, C. E. et al. Health advantage for black women: patterns in pre-menstrual dysphoric disorder. **Psychological Medicine**, v. 41, n. 08, p. 1741–1750, 26 ago. 2011.

RAD, M.; SABZEVARY, M. T.; DEHNAVI, Z. M. Factors associated with premenstrual syndrome in high school students. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 7, n. 64, p. 1–5, 2018.

RIEDI, C. DE L.; FELDENS, V. P.; VINHOLES, D. Transtorno disfórico pré-menstrual e sintomas depressivos em acadêmicas do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 43, n. 1, p. 38–42, 2014.

RYU, A.; KIM, T.-H. Premenstrual syndrome: A mini review. **Maturitas**, v. 82, n. 4, p. 436–440, 2015.

SADLER, C. et al. Lifestyle Factors, Hormonal Contraception, and Premenstrual Symptoms: The United Kingdom Southampton Women's Survey. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 3, p. 391–396, 2010.

SILVA, C. M. L. DA et al. Estudo populacional de síndrome prémenstrual. **Revista de Saude Publica**, v. 40, n. 1, p. 47–56, fev. 2006.

STEINER, M.; MACDOUGALL, M.; BROWN, E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. **Archives of Women's Mental Health**, v. 6, n. 3, p. 203–209, 2003.

TACANI, P. et al. Characterization of symptoms and edema distribution in premenstrual syndrome. **International Journal of Women's Health**, v. 7, p. 297–303, 11 mar. 2015.

TOLOSSA, F. W.; BEKELE, M. L. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 52, 29 dez. 2014.

VALADARES, G. C. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - Conceito, história, epidemiologia e etiologia. **Revista de Psiquiatria Clinica**, v. 33, n. 3, p. 117–123, 2006.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchial approach. **Int J Epidemio**, v. 26, n. 1, p. 224–227, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Body mass index - BMI**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>>. Acesso em: 3 set. 2018.

YANG, J. et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Symptoms of Depression in Competitive Collegiate Student Athletes. **Clin J Sport Med**, v. 17, n. 6, p. 481–487, 2007.

YONKERS, K. A.; SIMONI, M. K. Premenstrual Disorders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 218, n. 1, p. 68–74, 2018.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das participantes.

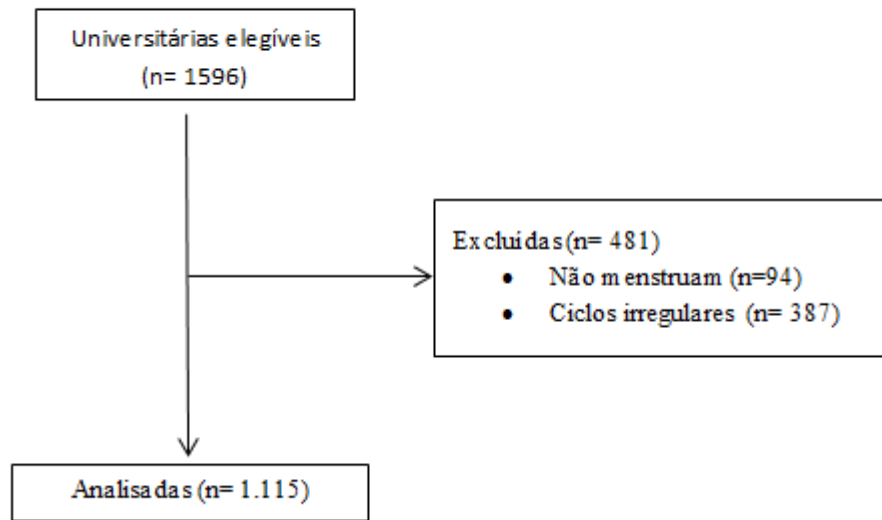


Tabela 1 - Características sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas, nutricional e de saúde de acadêmicas de uma universidade do centro-oeste brasileiro, 2018 (n=1115).

VARIÁVEIS	n	%
Total	1115	100
Idade (anos)		
18-20	212	19,0
20,1-22	386	34,6
22,1-24	294	26,4
> 24	223	20,0
Cor da Pele		
Branca	653	58,6
Não branca	462	41,4
Período do curso (semestre)		
≥ 9º	163	14,6
7º e 8º	219	19,7
5º e 6º	241	21,6
3º e 4º	262	23,5
1º e 2º	229	20,6
Classe econômica*		
A	448	41,6
B	496	46,1
C	132	12,3
Prática de atividade física**		
Não	404	37,3
Sim	680	62,7
Hábitos alimentares***		
Não saudáveis	625	56,1
Saudáveis	489	43,9
Tabagismo		
Não fumante	1.003	91,8
Ex-fumante	45	4,1
Fumante	45	4,1
Consumo de álcool (último mês)		
Não	290	26,0
Sim	824	74,0
Uso de contraceptivos hormonais		
Não usa	336	34,7
1	487	50,3
2 ou +	146	15,1
Menarca		
≥ 12 anos	780	70,5
< 12 anos	326	29,5
Estado Nutricional		
Eutrofia	924	84,4
Sobrepeso	135	12,3
Obesidade	36	3,3
Hipertireoidismo/ Hipotireoidismo****		
Não	1.011	92,1
Sim	87	7,9
Depressão****		
Não	858	79,4
Sim	223	20,6

* Máximo ignorado = 39 para classe econômica.

** Prática de alguma atividade física por pelo menos 150 min/semana

*** Considerado hábitos alimentares saudáveis o consumo de frutas e verduras ≥5 dias/semana

**** Diagnóstico realizado por médico e referido pela acadêmica.

Tabela 2 – Frequência das respostas sobre os sintomas pré-menstruais abordados nos domínios do *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST) em acadêmicas de uma universidade do centro-oeste brasileiro, 2018 (n= 1115).

	Ausente	Leve	Moderado	Severo
Sintomas Pré-menstruais	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Raiva/ Irritabilidade	120 (10,8)	304 (27,3)	492 (44,1)	199 (17,9)
Ansiedade/Tensão	120 (10,8)	302 (27,1)	488 (43,8)	205 (18,4)
Chorosa/Mais sensível à rejeição	114 (10,2)	235 (21,1)	471 (42,2)	295 (26,5)
Humor depressivo/Sem esperança	267 (24,0)	321 (28,8)	345 (30,9)	182 (16,3)
Falta de interesse em atividades no trabalho	322 (28,9)	340 (30,5)	329 (29,5)	124 (11,1)
Falta de interesse em atividades de casa	307 (27,5)	333 (29,9)	333 (29,9)	142 (12,7)
Falar de interesse em atividades sociais	313 (28,1)	368 (33,0)	312 (28,0)	122 (10,9)
Dificuldade de concentração	418 (37,5)	322 (28,9)	278 (24,9)	97 (8,7)
Fadiga/Falta de energia	271 (24,3)	331 (29,7)	381 (34,2)	132 (11,8)
Comendo demais/Desejo de comer	90 (8,1)	239 (21,4)	438 (39,3)	348 (31,2)
Insônia	584 (52,4)	274 (24,6)	193 (17,3)	64 (5,7)
Hipersônia (Dormir demais)	422 (37,9)	291 (26,1)	268 (24,0)	134 (12,0)
Sentindo-se sob pressão ou fora de controle	457 (41,0)	275 (24,7)	289 (25,9)	94 (8,4)
Sintomas físicos: seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchada, ganho de peso	86 (7,7)	220 (19,7)	439 (39,4)	370 (33,2)
Interferem com:				
Sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade	278 (24,9)	438 (39,3)	346 (31,0)	53 (4,8)
Seus relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade	257 (23,1)	425 (38,1)	359 (32,2)	74 (6,6)
Seus relacionamentos familiares	233 (20,9)	422 (37,9)	376 (33,7)	84 (7,5)
Suas atividades e vida social	248 (22,2)	450 (40,4)	349 (31,3)	68 (6,1)
Suas responsabilidades em casa	366 (32,8)	442 (39,6)	250 (22,4)	57 (5,1)

Tabela 3 – Prevalência e regressão de Poisson bruta da Síndrome Pré-menstrual (SPM) de acordo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais, reprodutivas, nutricional e de saúde de acadêmicas de uma universidade do centro-oeste brasileiro, 2018 (n=1115).

Variáveis	Prevalência da SPM (%)	RP (IC 95%)	Valor p
Idade (anos)			0,325^a
18-20	48,2	1	
20,1-22	48,2	1,00 (0,84 - 1,19)	
22,1-24	46,6	0,97 (0,80 - 1,17)	
> 24	44,0	0,92 (0,74 - 1,12)	
Cor da Pele			0,518^b
Branca	46,1	1	
Não branca	48,1	1,04 (0, 92 - 1,18)	
Período do curso (semestre)			0,001^a
≥ 9 ^o	38,0	1	
7 ^o e 8 ^o	45,2	1,19 (0,93 - 1,52)	
5 ^o e 6 ^o	44,4	1,17 (0,92 - 1,49)	
3 ^o e 4 ^o	49,2	1,30 (1,03 - 1,63)	
1 ^o e 2 ^o	54,6	1,44 (1,14 - 1,80)	
Classe Econômica			0,999^a
A	46,2	1	
B	48,0	1,04 (0,91 - 1,19)	
C	44,7	0,97 (0,78 - 1,20)	
Prática de atividade física*			0,869^b
Não	47,3	1	
Sim	47,8	1,01 (0,93 - 1,41)	
Hábitos alimentares**			0,047^b
Não saudáveis	49,6	1	
Saudáveis	43,6	0,88 (0,77 - 0,99)	
Tabagismo			0,018^b
Não fumante	45,7	1	
Ex-fumante	55,6	1,22 (0,93 - 1,59)	
Fumante	62,2	1,36 (1,07 - 1,73)	
Consumo de álcool (últimos 30 dias)			0,008^b
Não	40,0	1	
Sim	49,4	1,23 (1,06 - 1,44)	
Uso de contraceptivos hormonais			0,036^a
Não	45,8	1	
1	43,7	0,95 (0,82 - 1,11)	
2 ou +	59,6	1,30 (1,09 - 1,55)	
Menarca			0,064^b
≥ 12 anos	45,3	1	
< 12 anos	51,2	1,13 (0,99 - 1,29)	
Estado Nutricional			0,062^a
Eutrofia	45,7	1	
Sobrepeso	55,6	1,22 (1,03 - 1,44)	
Obesidade	50,0	1,09 (0,78 - 1,53)	
Hipertireoidismo/ Hipotireoidismo***			0,206^b
Não	46,2	1	
Sim	52,9	1,14 (0,93 - 1,41)	
Depressão***			<0,001^b
Não	41,3	1	
Sim	65,0	1,58 (1,39 - 1,79)	

RP (Razão de Prevalência); IC 95%: intervalo de 95% de confiança.

* Prática de alguma atividade física por pelo menos 150 min/semana

**Considerado hábitos alimentares saudáveis o consumo de frutas e verduras ≥5 dias/semana

***Diagnóstico realizado por médico e referido pela universitária

^a Valor p do teste de Wald para tendência linear;

^b Valor p do teste de Wald para heterogeneidade

Tabela 4 – Regressão de Poisson ajustada para Síndrome Pré-menstrual (SPM) de acordo com as variáveis sociodemográfica, comportamentais, reprodutivas e de saúde de acadêmicas de uma universidade do centro-oeste brasileiro, 2018 (n=1115).

Nível	VARIÁVEIS [#]	RP (IC 95%)	Valor p
1	Período do curso (semestre)		0,001^a
	≥ 9º	1	
	7º e 8º	1,19 (0,93 - 1,52)	
	5º e 6º	1,17 (0,92 - 1,49)	
	3º e 4º	1,30 (1,03 - 1,63)	
2	1º e 2º	1,44 (1,14 - 1,80)	
	Hábitos alimentares*		0,058^b
	Não saudáveis	1	
	Saudáveis	0,88 (0,76 - 1,00)	
	Consumo de álcool (últimos 30 dias)		0,018^b
2	Não	1	
	Sim	1,23 (1,04 - 1,47)	
	Uso de contraceptivos hormonais		0,115^a
	Não		
	1	0,94 (0,80 - 1,10)	
2	2 ou +	1,22 (1,02 - 1,46)	
	Menarca		0,094^b
	≥ 12 anos	1	
	< 12 anos	1,13 (0,98 - 1,30)	
	3	Depressão**	
3	Não	1	
	Sim	1,49 (1,30 - 1,71)	

IC 95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

[#] Cada variável está ajustada para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima (mantidas no modelo variáveis com $p \leq 0,2$);

*Considerado hábitos alimentares saudáveis o consumo de frutas e verduras ≥ 5 dias/semana

** Diagnóstico realizado por médico e referido pela acadêmica

^a Valor p do teste de Wald para tendência linear

^b Valor p do teste de Wald para heterogeneidade

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado a participar voluntariamente do estudo intitulado "Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018", o qual objetiva avaliar as condições de saúde dos universitários da área da saúde da Universidade de Rio Verde (UnRV). O conhecimento oriundo deste estudo poderá proporcionar informações importantes sobre as vulnerabilidades dos jovens universitários em relação à sua saúde.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, níveis Doutorado e Mestrado, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: o Professor Marcos Pascoal Pattussi (UNISINOS) e vários professores da UnRV que desenvolvem o seu Mestrado ou Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar participar, responderá um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por cerca de 250 perguntas em aproximadamente 60 minutos. Esses dados serão digitalizados e posteriormente analisados estatisticamente.

Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação.

Os dados obtidos nos questionários serão confidenciais. O anonimato está garantido. Nenhum participante será identificado por seu nome, nem no banco de dados do computador, nem na divulgação dos resultados em eventos científicos e em revistas científicas da área. Os questionários ficarão sob guarda na UnRV por cinco anos e após esse período serão incinerados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para respondê-las ou não. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS e da UnRV.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador.

_____, ____ de _____ de 20____.

CEP – UNISINOS
 VERSÃO APROVADA
 Em: 13/09/2018

 Participante da pesquisa

 Marcos Pascoal Pattussi
 Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável na UNISINOS: Prof. Marcos Pascoal Pattussi
 Endereço: Av. Unisinos 950, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS.
 Telefone: (51) 35911230. E-mail: mpattussi@unisinos.br

Pesquisador Responsável na UnRV: Berenice Moreira
 Endereço: R. Rul Barbosa No. 3, Centro, Rio Verde-GO.
 Telefone: (64) 35221446. E-mail: cep@unrv.edu.br

APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNISINOS)

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018

Pesquisador: Marcos Pascoal Pattussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97545818.2.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: FESURV - Universidade de Rio Verde

DADOS DO PARECER

Numero do Parecer: 2.892.764

Apresentação do Projeto:

Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018, Pesquisador Responsável: Marcos Pascoal Pattussi. Este projeto insere-se como parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UNIRV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) cujo objetivo é a capacitação, em nível de Pós-Graduação Stricto Sensu (níveis Mestrado e Doutorado Acadêmicos), de professores da UNIRV na área da Saúde Coletiva através do PPG Saúde Coletiva da UNISINOS. De modo a favorecer a factibilidade do convênio, foi previsto um projeto coletivo para execução de uma coleta única dos dados para avaliar a condição de saúde dos universitários da UnirV. Este portanto é um estudo transversal com base escolar (universitária) em que dados referidos pelos participantes serão coletados através de questionários autoadministráveis que serão aplicados aos universitários durante o período da aula. Serão incluídos no estudo todos universitários dos cursos da área da saúde da dos campi Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Golanésia, de ambos sexos, que estejam frequentando a Universidade no período da pesquisa e que tenham 18 ou mais anos de idade. Estima-se um total de 2479 alunos que participarão da pesquisa. Os dados a serem coletados incluirão variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde.

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1108

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2.802.764

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos descritos abaixo estão claros, bem definidos e são atingíveis com a metodologia propostas.

Objetivo Primário:

Investigar as condições de saúde de estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde - GO.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e comportamentais desses estudantes.
- Estimar as prevalências de obesidade, inatividade física, tabagismo, etilismo, distúrbios psiquiátricos menores, estresse, distúrbios relacionados ao sono, uso de medicamentos, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, uso de métodos contraceptivos e variáveis reprodutivas nesses alunos.
- Investigar os fatores associados às condições e comportamentos de saúde acima relatados nesses alunos.
- Subsidiar Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado com base nos dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi realizada adequadamente em todos os termos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante uma vez que busca estudar a saúde dos jovens universitários que, conforme outros estudos, tem sido uma população vulnerável a diversos agravos carecendo portanto de conhecimentos que subsidiem programas de prevenção adequados à realidade local. Além dos possíveis resultados científicos, o projeto é importante pela sua inovação e possíveis resultados acadêmicos uma vez que está inserido no escopo de um projeto de colaboração entre as duas universidades o que qualifica a pesquisa como um todo no âmbito das duas instituições. Os objetivos são amplos mas executáveis, trata-se de um projeto ousado, porém os pesquisadores consideraram as possíveis perdas e descrevem alternativas para evitá-las.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Não há

Endereço: Av. Unilinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3501-1198

Fax: (51)3500-8118

E-mail: cep@unilinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 2/002.704

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1213831.pdf	04/09/2018 11:59:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_univ_qualiquant1.pdf	04/09/2018 11:59:16	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termos_de_Anuencia.pdf	04/09/2018 11:57:55	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_univ_030918.pdf	03/09/2018 23:01:01	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoPEsquisaUniRV.PDF	03/09/2018 22:56:16	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marcos_Pattussi1.pdf	13/09/2018 14:29:15	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO LEOPOLDO, 13 de Setembro de 2018

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador)

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNIRV)

UNIVERSIDADE DO RIO
VERDE / FUNDAÇÃO DO
ENSINO SUPERIOR DE RIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde da Universidade de Rio Verde, Goiás, 2018

Pesquisador: Marcos Pascoal Pattussi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 97545818.2.3001.5077

Instituição Proponente: FESURV - Universidade de Rio Verde

Patrocinador Principal: FESURV - Universidade de Rio Verde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.905.704

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa insere-se como parte de um convênio entre a Universidade de Rio Verde (UnirV) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) através do programa de pós graduação stricto sensu. A proposta é avaliar as condições de saúde de estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde - GO. É fato que, em geral, é crescente os acometimentos de acadêmicos por problemas mentais, de comportamento, uso drogas, estresse, depressão, distúrbios alimentares, autoagressão, sedentarismo e o isolamento social. Este é um estudo transversal e os dados serão coletados através de questionários auto administráveis que serão aplicados aos universitários durante o período da aula.

Os dados portanto serão referidos pelos participantes incluindo variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas à saúde. Dentro desse universo empírico, será realizada uma etapa qualitativa que visa entrevistar universitárias que tenham filhos, sobre questões de saúde reprodutiva. O estudo será conduzido nos municípios de Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia. O público alvo será acadêmicos de todos os cursos da área da saúde da UnirV. Estima-se um total de 2.479 participantes. As variáveis incluirão consumo de frutas legumes e verduras, inatividade física, tabagismo, etilismo, distúrbios psiquiátricos menores, estresse, distúrbios relacionados ao sono, uso de medicamentos, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, uso de métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e variáveis reprodutivas nesses alunos. São cerca de 250 perguntas em

Endereço: R. Rui Barbosa, Nº 08, Centro

Bairro: Centro

CEP: 75.901-250

UF: GO

Município: RIO VERDE

Telefone: (82)3622-1446

Fax: (82)3620-2201

E-mail: cep@unirv.edu.br

UNIVERSIDADE DO RIO
VERDE / FUNDAÇÃO DO
ENSINO SUPERIOR DE RIO



Continuação do Parecer: 2.905.704

aproximadamente 60 minutos. Coleta de dados em sala de aula com equipe de pesquisadores treinados previamente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

- Investigar as condições de saúde de estudantes da área da saúde da Universidade de Rio Verde - GO.

Objetivos específicos

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e comportamentais desses estudantes;
- Estimar as prevalências de obesidade, inatividade física, tabagismo, etilismo, distúrbios psiquiátricos menores, estresse, distúrbios relacionados ao sono, uso de medicamentos, consumo de drogas ilícitas, comportamento sexual de risco, uso de métodos contraceptivos e variáveis reprodutivas nesses alunos;
- Investigar os fatores associados às condições e comportamentos de saúde acima relatados nesses alunos;
- Subsidiar Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado com base nos dados obtidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco mínimo, desconforto do participante ao responder as questões da entrevista. Será mantido a confidencialidade e o sigilo de todos os dados dos participantes da pesquisa. Os questionários de coleta de dados serão codificados e identificados por números e estes dados serão apresentados nos resultados porém não será possível à identificação de nenhum participante.

Benefícios: não descreve objetivamente na metodologia, porém está amplamente bem justificado na introdução a relevância de evidenciar possíveis condições que possam prejudicar a vida acadêmica e social dos estudantes universitários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa analisado e aprovado pelo CEP da Universidade Vale do Rio do Sinos - Unisinos, sob parecer número 2.892.764;

Projeto de pesquisa relevante, com metodologia e cronograma exequíveis;

Endereço: R.Rui Barbosa, N° 03, Centro		CEP: 75.901-250
Bairro: Centro	Município: RIO VERDE	
UF: GO		
Telefone: (62)3622-1448	Fax: (62)3620-2201	E-mail: cep@univ.edu.br

UNIVERSIDADE DO RIO
VERDE / FUNDAÇÃO DO
ENSINO SUPERIOR DE RIO



Continuação do Parecer: 2.905.704

Crítérios de inclusão: todos universitários dos cursos da área da saúde da dos campi Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Goianésia, de ambos sexos, que estejam frequentando a Universidade no período da pesquisa e que tenham 18 ou mais anos de idade;

Crítérios de exclusão: Serão excluídos do estudo aqueles universitários que apresentarem alguma deficiência cognitiva que os impossibilite de responder o questionário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto, TCLE, cartas de anuência sem ressalvas;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UniRV não observou óbices éticos e considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Marcos_Pattussi.pdf	13/09/2018 14:29:15	José Roque Junges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle_unirv_qualiquantil.pdf	04/09/2018 11:59:16	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_unirv_030918.pdf	03/09/2018 23:01:01	Marcos Pascoal Pattussi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: R. Rd. Barbosa, Nº 03, Centro
Bairro: Centro CEP: 75.901-250
UF: GO Município: RIO VERDE
Telefone: (62)3622-1446 Fax: (62)3620-2201 E-mail: cep@unirv.edu.br

UNIVERSIDADE DO RIO
VERDE / FUNDAÇÃO DO
ENSINO SUPERIOR DE RIO



Continuação do Processo: 2.905.704

RIO VERDE, 19 de Setembro de 2018

Assinado por:
BERENICE MOREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: R. Rui Barbosa, N° 03, Centro
Bairro: Centro CEP: 75.901-250
UF: GO Município: RIO VERDE
Telefone: (62)3622-1446 Fax: (62)3620-2201 E-mail: cep@univ.edu.br

**ANEXO A - QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS,
REPRODUTIVAS, NUTRICIONAIS E DE SAÚDE**

1. Qual o dia, mês e ano do seu nascimento?	_ _ / _ _ / _ _ _ _																																																																									
2. Qual sexo consta na sua certidão de nascimento?	1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino																																																																									
5. Qual cor ou raça você é?	1 <input type="checkbox"/> Branco 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela 5 <input type="checkbox"/> Indígena																																																																									
12. Em qual período do curso você está?	Estou no _ _ _ período																																																																									
145. Até que série o chefe da sua família estudou? (Entende-se por chefe da família pessoa com maior renda)	1 <input type="checkbox"/> Analfabeto / Fundamental I incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental I completo / Fundamental II incompleto 3 <input type="checkbox"/> Fundamental II completo / Médio incompleto 4 <input type="checkbox"/> Médio completo / Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	serchef_																																																																								
146. Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio de sua família. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. Quantos dos itens abaixo a sua família possui em casa?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Itens</th> <th style="width: 10%;">Nenhum</th> <th style="width: 10%;">1</th> <th style="width: 10%;">2</th> <th style="width: 10%;">3</th> <th style="width: 10%;">4 ou mais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Banheiros</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Empregados domésticos</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Automóveis</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lava louça</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Geladeira</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Freezer</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lava roupa</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>DVD</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Micro-ondas</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Motocicleta</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Secadora roupa</td><td>0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td><td>3 <input type="checkbox"/></td><td>4 <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Itens	Nenhum	1	2	3	4 ou mais	Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Empregados domésticos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Lava louça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Geladeira	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Freezer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Lava roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	DVD	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Micro-ondas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Motocicleta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Secadora roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	banh _ edom _ auto _ lavlou _ gelad _ feez _ lavrou _ dvd _ micro _ moto _ secad _
Itens	Nenhum	1	2	3	4 ou mais																																																																					
Banheiros	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Empregados domésticos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Automóveis	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Lava louça	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Geladeira	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Freezer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Lava roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
DVD	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Micro-ondas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Motocicleta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
Secadora roupa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>																																																																					
147. Considerando o trecho da rua do domicílio da sua família, você diria que a rua é:	1 <input type="checkbox"/> Asfaltada/Pavimentada 2 <input type="checkbox"/> Terra/Cascalho	rua _																																																																								
148. A água utilizada no domicílio de sua família é proveniente de?	1 <input type="checkbox"/> Rede geral de distribuição 2 <input type="checkbox"/> Poço ou nascente 3 <input type="checkbox"/> outro meio. Qual _____	agua _ oagua _ _																																																																								

<p>30. Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza <u>por pelo menos 10 minutos contínuos</u> () de cada vez:</p> <p>Em quantos dias da ÚLTIMA SEMANA você caminhou por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?</p> <p>Dias ___ por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum (PULE PARA QUESTÃO nº32)</p>	
<p>31. Nos dias em que você caminhou por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou caminhando <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: ___ Minutos: ___ 99 <input type="checkbox"/> NSA 99 <input type="checkbox"/> NSA</p>	
<p>32. Em quantos dias da ÚLTIMA SEMANA, você realizou atividades <i>MODERADAS</i> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (<i>POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA</i>).</p> <p>Dias ___ por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum (PULE PARA QUESTÃO nº34)</p>	
<p>33. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u>, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: ___ Minutos: ___ 99 <input type="checkbox"/> NSA 99 <input type="checkbox"/> NSA</p>	
<p>34. Em quantos dias da ÚLTIMA SEMANA, você realizou atividades <i>VIGOROSAS</i> por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u>, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.</p> <p>Dias ___ por SEMANA <input type="checkbox"/> Nenhum (PULE PARA QUESTÃO nº36)</p>	
<p>35. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por <u>pelo menos 10 minutos contínuos</u> quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <u>por dia</u>?</p> <p>Horas: ___ Minutos: ___ 99 <input type="checkbox"/> NSA 99 <input type="checkbox"/> NSA</p>	
<p>36. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você passa assistindo televisão? (Escreva o número de horas e minutos gastos ao dia com a atividade)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não assisto televisão Horas: __ por dia Minutos: __ por dia</p>
<p>37. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você passa usando o computador para trabalho, estudos ou lazer? (Escreva o número de horas e minutos gastos ao dia com a atividade)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não uso computador Horas: __ por dia Minutos: __ por dia</p>
<p>38. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você passa jogando videogame? (Escreva o número de horas e minutos gastos ao dia com a atividade)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não jogo videogame Horas: __ por dia Minutos: __ por dia</p>
<p>39. Em um dia de semana normal, quanto tempo por dia você permanece sentado no carro, moto ou ônibus? (Escreva o número de horas e minutos gastos ao dia com a atividade)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não uso carro, moto ou ônibus Horas: __ por dia Minutos: __ por dia</p>
<p>23. Quantos dias por semana você come fruta ou toma suco natural de fruta?</p>	<p><input type="checkbox"/> Raramente/Nunca <input type="checkbox"/> 1a2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3a4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5a6 dias por semana <input type="checkbox"/> Todos os dias</p>
<p>Suco natural de frutas se refere somente ao consumo da fruta in natura (não industrializado)</p>	

25. Quantos dias por semana você come verduras ou legumes?	<input type="checkbox"/> Raramente/Nunca <input type="checkbox"/> 1 a 2 dias por semana <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias por semana <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias por semana <input type="checkbox"/> Todos os dias (pelo menos 1x/dia)
---	--

40. Você fuma ou já fumou cigarros industrializados?	<input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO nº46) <input type="checkbox"/> Sim, mas sou <u>exfumante</u> <input type="checkbox"/> Sim, mas fumo há menos de um mês (PULE PARA QUESTÃO nº46) <input type="checkbox"/> Sim, eu fumo há mais de um mês (PULE PARA QUESTÃO nº42)
---	---

53. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica (uma dose equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho ou uma dose de <u>cachaça</u> ou <u>uísque</u> etc.)?	<input type="checkbox"/> Nenhum dia nos <u>últimos</u> 30 dias (0 dia) <input type="checkbox"/> 1 ou 2 dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> 3 a 5 dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> 6 a 9 dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/> 10 a 19 dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> 20 a 29 dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> Todos os dias nos <u>últimos</u> 30 dias <input type="checkbox"/> NSA
---	---

166. Você menstrua?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (PULE PARA QUESTÃO nº 168)
167. Porque você não menstrua?	<input type="checkbox"/> Porque eu estou grávida/amamentando <input type="checkbox"/> Porque eu uso anticoncepcional oral contínuo ou injeção ou DIU para não menstruar <input type="checkbox"/> Devido a um problema de saúde eu não menstruo <input type="checkbox"/> Porque estou na menopausa <input type="checkbox"/> Não sei o motivo <input type="checkbox"/> NSA
168. Quantos anos você tinha quando menstruou pela primeira vez?	Eu tinha ___ anos
169. Normalmente, qual o intervalo do seu ciclo menstrual, ou seja, intervalo em dias entre uma menstruação e a outra?	<input type="checkbox"/> Menos de 21 dias <input type="checkbox"/> Entre 21 e 35 dias <input type="checkbox"/> Mais de 35 dias <input type="checkbox"/> Não lembro, é muito irregular
170. Normalmente, quantos dias você fica menstruada?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 dias <input type="checkbox"/> 3 a 4 dias <input type="checkbox"/> 5 a 6 dias <input type="checkbox"/> 7 dias ou mais <input type="checkbox"/> Não lembro, é muito irregular

183. Você faz uso de algum método contraceptivo, métodos para não engravidar?	0 <input type="checkbox"/> Não (PULE PARA QUESTÃO nº 192)	1 <input type="checkbox"/> Sim	
184. Marque qual(is) dos seguintes métodos abaixo você usa para não engravidar?			
a) Anticoncepcional oral (Pílula)	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
b) Anticoncepcional injetável	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
c) Adesivos hormonais	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
d) Anel vaginal	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
e) Dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
f) Implante contraceptivo	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
g) Preservativo masculino	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
h) Preservativo feminino	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
i) Dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
j) Laqueadura tubária ou "Laqueadura de Trompas"	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
k) Tabela	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
l) Coito interrompido	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
m) Diafragma	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
n) Gel espermicida	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
o) Pílula do dia seguinte	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA
p) Outro	0 <input type="checkbox"/> Não	1 <input type="checkbox"/> Sim	9 <input type="checkbox"/> NSA

18. Qual é a sua altura em metros?	___, ___ m	8,88 <input type="checkbox"/> IGN
19. Qual é o seu peso em <u>kilogramas</u> ?	___ Kg	888 <input type="checkbox"/> IGN

85. Algum médico já lhe disse que você tem/teve:

	Não	Sim	Não sei
a) Hipertensão arterial ou Pressão alta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
b) Asma/bronquite asmática/bronquite	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
c) Doenças do coração	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
d) Colesterol elevado (e/ou triglicérides elevado)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
e) Diabetes ou açúcar elevado no sangue	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
f) Hipertireoidismo ou Hipotireoidismo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
g) Infecção sexualmente transmissível	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
h) Depressão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
i) Ansiedade	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
k) Cálculo renal ou urolitíase ("pedra" no aparelho urinário)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
l) Alguma outra doença	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
m) Caso sim, Qual _____	9 <input type="checkbox"/> NSA	99 <input type="checkbox"/> NSA	

**ANEXO B – INSTRUMENTO DE RASTREAMENTO DE SINTOMAS PRÉ-
MENSTRUAIS (PSST) - MODIFICADO**

Você tem um ou alguns dos seguintes sintomas pré-menstruais começando antes do seu período menstrual e parando poucos dias após a menstruação começar? (Por favor, marque com “X” no local apropriado a sua resposta).

Sintoma	Nada	Leve	Moderado	Severo
1. Raiva/Irritabilidade				
2. Ansiedade/Tensão				
3. Chorosa/Mais sensível a rejeição				
4. Humor depressivo/Sem esperança				
5. Falta de interesse em atividades no trabalho				
6. Falta de interesse em atividades de casa				
7. Falta de interesse em atividades sociais				
8. Dificuldade de concentração				
9. Fadiga/Falta de energia				
10. Comendo demais/Desejo de comer				
11. Insônia				
12. Hipersônia (Dormir demais)				
13. Sentindo-se sob pressão ou fora de controle				
14. Sintomas físicos: seios sensíveis, dor de cabeça, dores musculares ou nas articulações, inchada, ganho de peso				

Seus sintomas listados acima interferem com:

	Nada	Leve	Moderado	Severo
A. Sua eficiência e produtividade no trabalho/faculdade				
B. Seus relacionamentos com colegas no trabalho/faculdade				
C. Seus relacionamentos familiares				
D. Suas atividades e vida social				
E. Suas responsabilidades em casa				