

Qualidade de vida entre estudantes da área de saúde com Síndrome Pré-menstrual

Relatório Final da pesquisa apresentado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP) realizado no período de Agosto de 2016 à Julho de 2017.

**Linhas de pesquisa:**

- Saúde Reprodutiva;
- Estudos epidemiológicos, clínicos e translacionais de doenças não transmissíveis.

**Autores:**

Fernanda Figueira Victor – TCC, PIBIC-CNPq-IMIP - 8º período do curso de Medicina da FPS

Cynthia Danúbia Tavares Barreiros – TCC - 8º período do curso de Medicina da FPS

João Lucas Nunes de Barros – TCC - 10º período do curso de Medicina da FPS

**Orientadora:**

Ana Laura Carneiro Gomes Ferreira

**Co-orientadora:**

Flávia Anchielle Carvalho da Silva

**Profissionais colaboradoras:**

Ariani Impieri Souza

Tania Moisa da Silva Marinho

**AGOSTO, 2017**

**Equipe da pesquisa:**

**Ana Laura Carneiro Gomes Ferreira** – Coordenadora do ambulatório da mulher do CAM-IMIP – Doutora em Saúde Materno Infantil pelo IMIP. Telefone: (81) 2122-4779 (IMIP) e (81) 99973-5218. E-mail: [analaura@imip.org.br](mailto:analaura@imip.org.br)

**Flávia Anchielle Carvalho da Silva** – Tutora da FPS e aluna do Doutorado em Saúde Integral do IMIP. Telefone: (81) 98198-8428. E-mail: [flaviaanchielle83@gmail.com](mailto:flaviaanchielle83@gmail.com)

**Fernanda Figueira Victor** – Estudante do 8º período do curso de Medicina da FPS. Telefone: (81) 99288-6493. E-mail: [fernandafigueiravic@gmail.com](mailto:fernandafigueiravic@gmail.com)

**Cynthia Danúbia Tavares Barreiros** – Estudante do 8º período do curso de Medicina da FPS. Telefone: (81) 99938-4135. E-mail: [cynthiatbarreiros@gmail.com](mailto:cynthiatbarreiros@gmail.com)

**João Lucas Nunes de Barros** – Estudante do 10º período do curso de Medicina da FPS. Telefone: (81) 99977-0165. E-mail: [joaolucas2210@gmail.com](mailto:joaolucas2210@gmail.com)

**Ariani Impieri de Souza** – Médica Ginecologista líder do Grupo de Estudos Saúde da Mulher do IMIP. Doutora em Nutrição – UFPE. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 2122-4779 (IMIP) e (81) 98822-7351. E-mail: [ariani@imip.org.br](mailto:ariani@imip.org.br)

**Tania Moisa da Silva Marinho** - Médica Hebiatra do Ambulatório de Adolescente do IMIP. Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 99963-1332. E-mail: [taniamoisa@hotmail.com](mailto:taniamoisa@hotmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a influência da síndrome pré-menstrual (SPM) na qualidade de vida de estudantes universitárias na cidade do Recife. **Método:** Estudo de corte transversal realizado entre agosto/2016 e julho/2017, envolvendo 649 estudantes acima de 18 anos, matriculadas nos cursos da Faculdade Pernambucana de Saúde. Foram pesquisadas variáveis sociodemográficas, ginecológicas e hábitos de vida das estudantes, bem como a presença SPM. Para avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário WHOQOL – BREF da Organização Mundial de Saúde (OMS), já validado no Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. **Resultados:** Dentre as 649 estudantes analisadas, o percentual de SPM foi de 49,9%, sendo 23,3% a forma simples (TPM simples) e 26,6% o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM). A maioria das estudantes tinha entre 18-24 anos (83,2%), era procedente de Recife (78,6%), tinha ciclos menstruais regulares (72%). Pouco mais da metade praticava atividade física duas ou mais vezes por semana (56%). Na comparação da qualidade de vida entre estudantes sem SPM, aquelas portadoras da forma simples (TPM simples) e estudantes com TDPM, verificou-se uma diferença significativa em todos os domínios analisados e na primeira questão do questionário WHOQOL – BREF. Nos domínios físico e psíquico, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as estudantes que não tinham a síndrome e as que tinham qualquer uma de suas formas ( $p < 0,001$ ). No domínio das relações sociais e meio ambiente, houve diferença estatisticamente significativa entre não ter a síndrome e ter TPM simples (respectivamente  $p = 0,01$  e  $p = 0,009$ ). **Conclusão:** Observou-se que em todos os domínios do questionário, tanto a TPM simples quanto a TDPM, influenciaram a qualidade de vida das estudantes da área de saúde, bem como a autoavaliação das universitárias acerca de sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Síndrome Pré-Menstrual, Transtorno Disfórico Pré-Menstrual, Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the influence of premenstrual syndrome (PMS) on the quality of life of university students in Recife. **Method:** This cross-sectional study was conducted between August 2016 and July/2017 involving 649 students above 18 years who studied at *Faculdade Pernambucana de Saúde*. Sociodemographic and gynecological variables and life habits were investigated, as well as the presence of PMS among the students. To evaluate the quality of life, we applied the WHOQOL questionnaire - BREF of the World Health Organization (WHO), which has already been validated in Brazil. The project was approved by the Ethics Research Committee of the institution. **Results:** Among the 649 students analyzed, the percentage of PMS was 49.9%. In the PMS group 23.3% had the simple form and 26.6% had the premenstrual dysphoric disorder (SMDD). Most of the students had between 18-24 years (83.2%), lived in Recife (78.6%), and had regular menstrual cycles (72%). Nearly half of them practiced physical activity twice or more a week (56%). Comparing quality of life among students without PMS, the ones with the simple form and students with SMDD, there was a significant difference in all investigated domains and in the first question of the WHOQOL questionnaire - BREF. Considering the physical and psychic domains there was statistically significant difference between the students who did not have the syndrome and those who had any of its forms ( $p < 0.001$ ). In the field of social relations and the environment domains there was statistically significant difference between not having the syndrome and simple PMS ( $p = 0.01$  and  $p = 0.009$ , respectively). **Conclusion:** It was observed that in all domains of the questionnaire both the simple form of PMS and the SMDD influenced the quality of life of students of the health area, as well as the self-evaluation of the university students about their quality of life.

**Key-words:** Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, Quality of Life

## INTRODUÇÃO

A Síndrome Pré-menstrual (SPM), cuja prevalência mundial varia de 75% a 85%, pode ser definida como uma variedade de sintomas físicos, comportamentais e emocionais que ocorrem durante a fase lútea do ciclo menstrual<sup>1-3</sup>. A sintomatologia se apresenta de forma cíclica e é capaz de exercer influências negativas sobre as atividades cotidianas de algumas mulheres em idade reprodutiva<sup>4,5</sup>. Geralmente os sintomas desaparecem gradualmente com a menstruação e podem variar quanto a sua duração e gravidade<sup>6,7</sup>. Dentre os sintomas físicos estão principalmente o aumento do tamanho e da sensibilidade das mamas, edema de membros inferiores, ganho de peso, cefaleia e fadiga<sup>5,6,8</sup>. Ansiedade, irritabilidade, labilidade afetiva e alteração do apetite e sono estão entre as alterações de humor<sup>5,6,8</sup>.

Não existe um consenso em relação aos critérios diagnósticos empregados para SPM, seja pela subjetividade de muitos sintomas, auto relatos e interferência de componentes psicológicos bem como a inexistência de exames específicos que confirmem o seu diagnóstico<sup>2,4,9</sup>. Alguns trabalhos<sup>10-12</sup> tem sugerido a aplicação dos critérios recomendados pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), os quais foram adotados pelo presente estudo.

A forma leve da SPM é caracterizada por até três sintomas físicos ou emocionais sendo pouco perceptíveis pelas mulheres, enquanto que na forma moderada os sintomas se apresentam em maior quantidade<sup>2,13</sup>. Ambas as formas são reconhecidas como transtorno pré-menstrual (TPM) simples. O espectro mais grave da SPM, o Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM), é caracterizado por sintomas mais severos, associados ao domínio psíquico e oscilação intensa de humor, que pode exacerbar e/ou debilitar o conjunto de sintomas já existentes<sup>14</sup>.

A etiologia da SPM é multifatorial, podendo ser influenciada por fatores hormonais, genéticos, familiares, ambientais e socioculturais<sup>15</sup>. Outros fatores relacionados ao ciclo menstrual podem concorrer para o aparecimento da síndrome, tais como a idade do menacme, fluxo menstrual abundante e história de vários ciclos menstruais sem interrupção por gestação<sup>16</sup>. Esse quadro, entretanto, pode influenciar nas atividades rotineiras das mulheres, interferindo no seu convívio social e consequentemente em sua qualidade de vida<sup>4,15,17-19</sup>.

Segundo a OMS, qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais

vive, além de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>20</sup>. Também pode ser adotada como sinônimo de saúde, felicidade, satisfação pessoal, condições e estilo de vida<sup>21</sup>.

De acordo com Valadares<sup>4</sup>, cerca de 80% das mulheres em idade reprodutiva apresentam alguns sintomas da SPM, e, destas, em torno de 3% a 11% irão vivenciar uma extrema alteração de humor, interferindo no seu estilo de vida.

Os sintomas físicos e psicológicos apresentados pelas mulheres com SPM alguns dias que antecedem a menstruação podem ser severos o suficiente para prejudicar seus relacionamentos interpessoais e suas atividades cotidianas, provocando uma diminuição da autoestima das mulheres, bem como interferindo em sua frequência escolar e no trabalho<sup>22-25</sup>.

Devido ao caráter multidimensional da qualidade de vida, bem como a alta prevalência da SPM e sua multiplicidade de critérios diagnósticos, é importante estudar as repercussões que a SPM pode trazer à vida social e acadêmica de mulheres jovens. Portanto, o presente estudo tem como objetivo identificar a influência da SPM na qualidade de vida das estudantes da área de saúde de uma faculdade do nordeste brasileiro.

## **MÉTODOS**

Foi realizado um estudo de corte transversal de caráter analítico entre agosto de 2016 a julho de 2017, envolvendo 649 estudantes matriculadas na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) nos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia e nutrição.

A coleta de dados foi realizada entre setembro de 2016 a março de 2017 por meio de questionários autoaplicáveis. Foram incluídas todas as estudantes com idade superior a 18 anos, que estavam menstruando e fora do ciclo gravídico puerperal. Aquelas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram pesquisadas variáveis sociodemográficas (idade, procedência, estado marital, atividade remunerada e moradia), ginecológicas (idade da menarca, atividade sexual, uso de método anticoncepcional – MAC, regularidade e duração da menstruação), hábitos de vida (uso de álcool, prática de exercícios físicos e suas frequências), além da presença do diagnóstico da SPM e TDPM.

Neste estudo, para a definição da presença ou ausência de SPM e suas formas, foram seguidos os critérios diagnósticos adotados pelo ACOG<sup>13</sup>. O diagnóstico de TPM simples consiste na presença de pelo menos um dos seguintes sintomas: humor depressivo, ansiedade acentuada, labilidade afetiva acentuada, irritabilidade acentuada, diminuição de interesse por atividades diárias, letargia, alteração no apetite, alteração do sono, sensação de estar fora de controle, acompanhados de outros sintomas físicos como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular e sensação de inchaço generalizado ou ganho de peso. Tanto os sintomas físicos quanto as alterações de humor referidos, devem estar presentes em mais de 2 ciclos, desaparecer após a menstruação e vir associado a sofrimento pessoal significativo. Para firmar o diagnóstico da TPM é necessário também que a mulher não apresente transtornos psiquiátricos.

Para o diagnóstico de TDPM foram adotados os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V)<sup>14</sup>, que são: presença de pelo menos 5 dos sintomas emocionais, de humor, comportamentais e físicos descritos acima, sendo um deles necessariamente de origem emocional e estarem presentes em mais de 6 ciclos menstruais no último ano.

Para avaliação da qualidade de vida, foi usado o questionário WHOQOL – BREF da Organização Mundial de Saúde (OMS), já validado no Brasil<sup>26-29</sup>. Esse questionário consta de 26 perguntas baseadas em 4 domínios estruturais: físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente; sendo as duas primeiras questões relacionadas com a autoavaliação da qualidade de vida geral das entrevistadas e as 24 demais distribuídas entre facetas de acordo com os domínios. As respostas são graduadas em escores de 1 a 5 ajustadas para cada domínio<sup>26,27</sup>. Os domínios e as facetas encontram-se descritos abaixo no Quadro 1.

A interpretação das médias das questões 1 e 2 e das facetas foi realizada conforme a recomendação da OMS, sendo classificadas em: necessita melhorar (quando o score foi de 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5)<sup>26</sup>. As médias foram obtidas a partir da razão entre o somatório dos escores das questões de cada domínio e a quantidade de facetas contidas em cada domínio<sup>26,27</sup>.

Na análise do questionário WHOQOL-BREF, foi realizada uma comparação das médias da qualidade de vida entre as estudantes que não tinham SPM/TDPM e aquelas que tinham ao menos alguma das duas formas, considerando os quatro domínios

estruturais e as duas primeiras questões. Foi usado o programa *stata e* o teste ANOVA, sendo considerado estatisticamente significativo quando o valor de *p* foi menor que 0,05.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde sob o número 58825516.8.0000.5569.

Quadro 1. Domínios e facetas do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-BREF)

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Domínio Psíquico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (Apoio) social Atividade sexual
Domínio Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) Transporte

## RESULTADOS

Dentre as 730 estudantes elegíveis, 81 foram excluídas da análise: 77 por declararem possuir algum transtorno psiquiátrico e 4 por não fornecerem informações suficientes para o diagnóstico da SPM. Das 649 estudantes analisadas, 324 (49,9%)



foram diagnosticadas como portadoras de SPM, sendo 151 em sua forma simples (23,3%) e 173 em sua forma mais grave, o TDPM (26,6%).

A maioria das mulheres entrevistadas tinha entre 18 e 24 anos (83,2%) e era procedente da cidade de Recife (78,6%). No que se refere ao estado marital, 92,1% relataram não possuir companheiro. Observou-se que 84,4% das entrevistadas não exerciam atividade remunerada e 77% moravam com os pais. (Tabela 1).

Sobre as características ginecológicas, foi encontrado que 63,8% das mulheres apresentaram menarca entre 8 e 12 anos e que 61% eram sexualmente ativas. Foi observado ainda que quase metade (45%) das estudantes afirmaram não usar MAC, 37,3% usavam métodos hormonais e que a maioria (71,9%) possuía ciclos menstruais regulares, com média de duração da menstruação de 5 dias. (Tabela 2).

No que se refere aos hábitos de vida, 66,4% das entrevistadas afirmaram consumir bebida alcoólica. Entretanto, a maioria das consumidoras (41,5%) informou fazer uso de álcool raramente. Quanto a prática de exercícios físicos, 55,9% declararam praticar algum tipo de atividade física duas ou mais vezes por semana. (Tabela 3).

Com relação à qualidade de vida, encontrou-se diferença estatisticamente significativa nos domínios físico e psíquico ( $p < 0,001$ ) entre as estudantes que não possuíam a síndrome e aquelas portadoras de alguma forma da TPM. Nos domínios de relações sociais e meio ambientes, encontramos diferença estatisticamente significativa entre as estudantes sem a síndrome e as com TPM simples (respectivamente  $p = 0,01$  e  $p = 0,009$ ). (Tabela 4).

Quanto às questões 1 e 2 do questionário, referentes à percepção da mulher sobre sua qualidade de vida, houve significância estatística ( $p = 0,005$ ) quando se avaliou as respostas à questão 1 (autoavaliação da qualidade de vida). Na questão 2 do questionário (satisfação com sua saúde) não foi encontrada diferença significativa entre o grupo de estudantes avaliadas. (Tabela 4).

## **DISCUSSÃO**

O presente estudo observou que a maioria das mulheres com SPM tinha entre 18 e 24 anos, não possuía companheiro, não exercia atividade remunerada e morava com os pais, à semelhança de outros estudos conduzidos no Brasil<sup>17,22,30,31</sup>. Isso se deve ao fato de a SPM ser uma entidade clínica que acomete mulheres em idade reprodutiva e o nosso estudo ter sido conduzido em uma população de universitárias jovens onde a

maioria ainda não alcançou sua independência financeira.

Em relação ao perfil reprodutivo da amostra, a média de idade da menarca entre as estudantes foi 12,2 anos, coincidindo com os achados de outros estudos que investigaram a prevalência da SPM entre mulheres árabes e iranianas<sup>6,32,33</sup>. Pouco mais da metade (61%) das mulheres deste estudo eram sexualmente ativas e usuárias de algum MAC. Dentre as estudantes que estavam fazendo contracepção, 71% estavam em uso de métodos hormonais, sendo o anticoncepcional hormonal oral (ACHO) o método mais utilizado. Estes achados concordam com os achados de estudo realizado por de Carvalho et al que observou que 60,7 % das mulheres com SPM faziam contracepção com método hormonal oral<sup>30</sup>. É esperado que ciclos anovulatórios possam ajudar na redução dos sintomas prevalentes na SPM, no entanto, estudo realizado por Antunes et al.<sup>34</sup> em universitárias na cidade de São Paulo verificou que não houve melhora da TDPM com o uso da pílula. Corroborando esses achados, Bianco et al.<sup>35</sup> sugerem que o uso de ACHO pode estar associado à piora da depressão em mulheres predispostas a esta patologia.

No que diz respeito aos ciclos menstruais, a maioria das universitárias tinha ciclos regulares com duração média de 5 dias, coincidindo com os achados da literatura<sup>6,32,36</sup>. Em um estudo que envolveu estudantes de medicina africanas, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a regularidade dos ciclos menstruais e presença de SPM<sup>37</sup>.

Quanto aos hábitos de vida, 431 estudantes avaliadas, ou seja, 66,4% afirmaram fazer uso de bebida alcoólica. A ingestão de alguns alimentos tem sido relacionada com a ocorrência de sintomas da TDPM, como chocolate, cafeína e álcool<sup>11,34</sup>. Em estudo que avaliou a SPM e qualidade de vida de estudantes universitárias na Turquia, Sahin et al.<sup>16</sup> demonstrou que a frequência de SPM foi largamente maior entre as consumidoras de café, chocolate, excesso de gordura e sal. No entanto, evidências científicas são necessárias quanto ao papel desses nutrientes na etiopatogenia da síndrome<sup>38</sup>.

No que diz respeito à prática de exercícios físicos, nosso estudo verificou que metade das estudantes relatou praticar atividades físicas 2 ou mais vezes por semana, semelhante a dados encontrados em estudo realizado entre adolescentes polonesas<sup>39</sup>. Tal frequência pode estar relacionada à ausência de tempo das estudantes devido à intensa jornada de estudos. Embora a literatura<sup>40-42</sup> e o ACOG<sup>13</sup> recomendem a prática de exercícios regulares – pelo menos 30 minutos por dia na maioria dos dias da semana –

para reduzir a sintomatologia na SPM, Sahin et al<sup>20</sup> encontrou uma frequência maior de SPM em mulheres que faziam exercícios regularmente, suscitando a possibilidade do consumo energético nessa frequência não ser suficiente para produzir efeitos benéficos nos sintomas da síndrome.

Na população deste estudo a prevalência da SPM foi 49,9%, à semelhança de estudos realizados entre estudantes universitárias do Taiwan, da Turquia e do Irã (39,8%, 36,3% e 39,4%, respectivamente)<sup>20,32,43</sup>. Por outro lado, menor que o encontrado em um estudo brasileiro, no qual a prevalência de SPM foi de 72,6%<sup>17</sup> e em outros três estudos envolvendo estudantes polonesas, jordanianas e iranianas (76,39%, 80,2% e 94,6%, respectivamente)<sup>8,33,39</sup>. Essas diferenças relativas à prevalência da SPM podem ser explicadas pela utilização de diferentes critérios diagnósticos, bem como a aplicação desses critérios a grupos populacionais com diferentes características demográficas, socioculturais e hábitos de vida<sup>32,43</sup>.

De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-V<sup>14</sup>, 26,6% das estudantes do nosso estudo diagnosticadas com SPM apresentaram TDPM, prevalência acima da referida por muitos autores (5,8-11%)<sup>4,8,30,44-47</sup> e também divergente daquelas descritas por outros estudos (36,1% a 39,4%)<sup>32,48,49</sup>. Nosso achado pode ser justificado pelo fato da população estudada não ter sido avaliada quanto a outros possíveis diagnósticos diferenciais, como transtornos depressivos e de ansiedade, síndrome do intestino irritável e doenças da tireoide, que podem se manifestar de forma clínica semelhante a TDPM<sup>13,45,47</sup>.

A qualidade de vida das estudantes envolvidas no nosso estudo foi considerada regular, de acordo com avaliação das respostas ao questionário de WHOQOL-BREF, interpretadas e pontuadas conforme a recomendação da OMS<sup>26</sup>.

Todos os domínios apresentaram diferença estaticamente significativa entre grupos de estudantes portadoras de alguma forma de SPM e quando comparadas as estudantes sem a síndrome. De modo geral, neste estudo, nas estudantes com SPM, encontramos uma qualidade de vida e saúde mais precária do que aquelas que não tinham o transtorno, à semelhança dos achados referidos por outros autores<sup>17,20,32,33,51</sup>. Corroborando esses achados, Kircan et al. (2012)<sup>52</sup> também encontrou escore de qualidade de vida mais baixo nas mulheres jovens que possuíam SPM, mesmo tendo utilizado outra escala de avaliação de qualidade de vida, a qual considerou o meio físico, emocional, saúde mental, vitalidade e percepções gerais de saúde.

No que se refere à questão que trata da autopercepção (questão 1 do questionário WHOQOL-BREF) acerca da sua qualidade de vida, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as mulheres sem síndrome e as portadoras de TDPM. Embora o score de avaliação de ambos os grupos tenha sido bom, o score das estudantes que não tinham síndrome foi maior que o das com TDPM (4,2 e 4, respectivamente), à semelhança de estudo realizado em mulheres no estado do Maranhão, que também observou melhor frequência desta média nas mulheres sem SPM em relação às portadoras da síndrome<sup>17</sup>.

No domínio físico houve diferença estatisticamente significativa quanto a qualidade de vida das mulheres do nosso estudo que não apresentavam SPM quando comparadas àquelas que possuíam alguma forma da síndrome, concordando com os achados da literatura, que relatam serem as atividades de vida diária das mulheres com SPM prejudicadas por dor, desconforto e fadiga<sup>7,17,30,51,53</sup>. Tais achados podem ser justificados pelo fato de o incômodo físico poder interferir negativamente nas atividades cotidianas das mulheres, sendo motivo para aumento do absenteísmo escolar<sup>54,55</sup>.

Com relação ao domínio psíquico, o qual inclui facetas relacionadas à autoestima, imagem corporal, espiritualidade, sentimentos negativos e outros<sup>26</sup>, observou-se em nosso estudo diferença estatisticamente significativa entre as mulheres sem SPM e aquelas mulheres tanto com TPM simples como TDPM. Quando os scores das respostas foram quantificados, observou-se que as mulheres com síndrome tinham menor score (3,6) quando comparadas às mulheres sem a síndrome (3,8), embora a média em ambos os grupos de mulheres tenha sido considerada regular. Nossos achados são coincidentes com os referidos na literatura<sup>17,32,51,56</sup>, que pode ser explicado pela interação do sistema nervoso central com as alterações hormonais cíclicas, que podem se constituir num fator desestabilizador nas mulheres com SPM<sup>57</sup>. Ademais, Veras et al. verificou que a maioria das mulheres com SPM desenvolve sintomas depressivos, os quais interferem severamente em sua funcionalidade e relações interpessoais<sup>57</sup>.

Quanto ao domínio das relações sociais, houve significância estatística entre as mulheres sem SPM e as portadoras de TPM simples, coincidindo com os achados de Muramatsu<sup>22</sup>, o qual encontrou a irritabilidade e os conflitos relacionais como os mais referidos pelas mulheres portadoras da síndrome. Tal achado pode ser justificado pelo fato das mulheres com TPM terem maior tendência a assumir uma atitude de isolamento, as distanciando do suporte familiar e conjugal.

Acerca do domínio meio ambiente, este estudo encontrou diferença estatisticamente significativa entre as portadoras de SPM e as mulheres sem a doença, à semelhança de estudos realizados na Turquia<sup>53</sup> e no Irã<sup>32</sup>, os quais relacionaram a presença de SPM com menores scores de qualidade de vida neste domínio. Outro estudo realizado no Brasil destacou a insatisfação das mulheres maranhenses portadoras de SPM em relação à faceta Cuidados de Saúde deste domínio, refletindo a insatisfação das usuárias quanto à disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde oferecidos em sua cidade<sup>17</sup>.

Nossos achados devem ser interpretados considerando algumas limitações. Embora a população alvo do nosso estudo tenha sido estudantes da área de saúde, que supostamente forneceriam informações mais precisas, não é representativa da população de mulheres em geral, portanto nossos resultados não devem ser extrapolados para outros grupos populacionais. Por tratar-se de um estudo retrospectivo de corte transversal, é possível que os dados tenham representatividade diferente do que se fossem coletados de modo prospectivo, avaliando dois ou três ciclos menstruais. Além disso, as estudantes não foram investigadas quanto a outros possíveis diagnósticos diferenciais.

Os achados sugerem a importância do reconhecimento da doença por parte das autoridades em saúde e educação, bem como da oferta de suporte físico e emocional, em especial para as portadoras de TDPM. Ademais, ressalta-se a necessidade de implementar práticas educativas que informem às estudantes sobre a síndrome e suas diferentes formas diagnósticas, pois, uma vez informadas, as mulheres estarão mais propensas a buscar ajuda especializada, diminuindo, assim, a incidência da SPM, bem como sua influência negativa na qualidade de vida.

É importante prosseguir a realização de estudos populacionais prospectivos, incluindo o seguimento das participantes, para melhor avaliar a associação entre qualidade de vida e a presença da SPM/TDPM.

## **CONCLUSÃO**

Verificou-se alta prevalência de SPM entre as estudantes dos cursos da área de saúde, e que tanto a TPM simples como a TDPM podem causar prejuízo à qualidade de vida das estudantes em todos os domínios: físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marván ML, Cortés-Iniestra S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* [Internet]. 2001 Jul [cited 2017 Jul 28];20(4):276–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11515739>
2. Arruda C, Fernandes A, Cezarino P, Simões R. Projeto Diretrizes: Tensão Pré-menstrual [Internet]. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2011. Available from: [http://www.projetodiretrizes.org.br/substituicao10/tensao\\_pre\\_menstrual.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/substituicao10/tensao_pre_menstrual.pdf)
3. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2003 Aug [cited 2017 Jul 28];28(SUPPL. 3):25–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892988>
4. Valadares GC, Ferreira LV, Filho HC, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão - Conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica* [Internet]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006 [cited 2017 Jul 28];33(3):117–23. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
5. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2003 Aug [cited 2017 Jul 28];28(SUPPL. 3):1–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892987>
6. Rizk DEE, Mosallam M, Alyan S, Nagelkerke N. Prevalence and impact of premenstrual syndrome in adolescent schoolgirls in the United Arab Emirates. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006 Jan;85(5):589–98.
7. Silva CML da, Gigante DP, Carret MLV. Population study of premenstrual syndrome. *Rev Saude Publica* [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006 Feb [cited 2017 Jul 28];40(1):47–56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000100009&lng=pt&tlng=pt)

8. Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(1):60–8.
9. Dean BB, Borenstein JE, Knight K, Yonkers K. Evaluating the criteria used for identification of PMS. *J Women's Heal* [Internet]. Mary Ann Liebert, Inc. 2 Madison Avenue Larchmont, NY 10538 USA; 2006 Jun 23 [cited 2017 Aug 5];15(5):546–55. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/jwh.2006.15.546>
10. Milewicz A, Jedrzejuk D. Premenstrual syndrome: from etiology to treatment. *Maturitas*. 2006;55(1):47–54.
11. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder [Internet]. Vol. 28, *Psychoneuroendocrinology*. 2003 [cited 2017 Aug 5]. p. 39–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12892989>
12. Gaion PA, Vieira LF. Prevalência de síndrome pré-menstrual em atletas. *Rev Bras Med do Esporte* [Internet]. Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte; 2010 Feb [cited 2017 Aug 5];16(1):24–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922010000100004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000100004&lng=pt&tlng=pt)
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual syndrome [Internet]. *ACOG Pract Bull*. 2000;(15). [cited 2017 Jul 28]. Available from: <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Premenstrual-Syndrome-PMS>
14. DSM V. Transtornos Depressivos - DSM - 5. In: *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - DSM - V. 5ª edição*. American Psychiatry Association; 2013. p. 948.
15. Demarque R, Rennó Jr J, Lobo Ribeiro H, Pires Cavalsan J, Rocha R, Cantilino A, et al. Transtorno Disfórico Pré-Menstrual: um breve panorama. *Revista Debates em Psiquiatria*, nº 5. Rio de Janeiro; 2013;6–13.
16. Freeman EW, Sondheimer SJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: Recognition and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. Physicians Postgraduate Press, Inc.; 2003 Feb [cited 2017 Jul 28];5(1):30–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15156244>
17. Maia M da S, Aguiar MIF de, Chaves ES, Rolim ILTP. Qualidade de vida de

- mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala whoqol-bref. *Cienc Cuid Saude*. 2014;13(2):236–44.
18. De Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher [Internet]. Vol. 33, *Revista de Psiquiatria Clínica*. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006 [cited 2017 Jul 28]. p. 43–54. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
  19. Vieira Filho AHG, Teng CT, Artes R. Escalas de avaliação de transtorno pré-menstrual. *Rev Psiquiatr Clínica*. 1998;25(1):273–8.
  20. Sahin S, Ozdemir K, Unsal A. Evaluation of premenstrual syndrome and quality of life in university students. *J Pak Med Assoc*. 2014 Aug;64(8):915–22.
  21. Pereira É, Teixeira C, Santos A dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras ...* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2017 Jul 28];26(2):241–50. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000200007&lng=pt&tlng=pt)
  22. Muramatsu CH, Vieira OCS, Simões CC, Katayama DA, Nakagawa FH. Consequências da síndrome da tensão pré-menstrual na vida da mulher. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 2001 Sep [cited 2017 Jul 28];35(3):205–13. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000300002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300002&lng=pt&tlng=pt)
  23. Hara C. Síndrome pré-menstrual. *Arq Bras Med. ARQUIVOS BRASILEIROS DE MEDICINA* 69; 1995;69(11):577–82.
  24. Silva CML da, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008 Apr [cited 2017 Jul 28];24(4):835–44. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000400014&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400014&lng=en&tlng=en)
  25. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* [Internet]. *Canadian Medical*



- Association; 2000 Nov [cited 2017 Jul 28];25(5):459–68. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11109297>
26. Fleck M, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178–83.
  27. Santos C, Pedroso B, Scandelari L, Pilatti L. Interpretação da Sintaxe do SPSS para Análise de Dados do WHOQOL-100 e Relação de Dependência entre Dados e Resultados. *Rev Bras Qual Vida*. 2010;2(1):1–11.
  28. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação qualidade de vida (WHOQOL).
  29. WHO. The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9.
  30. Carvalho VCP, Cantilino A, Carreiro NMP, Sá LF, Sougey EB. Repercussões do transtorno disfórico pré-menstrual entre universitárias. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul* [Internet]. Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 2009 [cited 2017 Jul 28];31(2):105–11. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000200004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200004&lng=pt&tlng=pt)
  31. Gaion PA, Vieira LF, da Silva CML. Síndrome pré-menstrual e percepção de impacto no desempenho esportivo de atletas Brasileiras de futsal. *Rev Bras Cineantropometria e Desempenho Hum* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jul 28];11(1):73–80. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-515573>
  32. Farrokh-eslamlou H, Oshnouei S, Heshmatian B, Akbari E. Premenstrual syndrome and quality of life in Iranian medical students. *Sex Reprod Healthc*. 2015;6:23–7.
  33. Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. BioMed Central; 2012 Jan 1 [cited 2017 Jul 28];10(1):1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22208808>
  34. Antunes G. Variações da ansiedade relatada em função do ciclo menstrual e do

- uso de pílulas anticoncepcionais. *Interação em Psicol* [Internet]. 2004 Jun 30 [cited 2017 Jul 28];8(1):81–7. Available from: <http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3241>
35. Bianco SM, Barancelli L, Roveda AK, Santin JC. INFLUÊNCIA DO CICLO MENSTRUAL EM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS. *Arq Ciênc Saúde Unipar* [Internet]. 2004 [cited 2017 Jul 28];8(81):11–7. Available from: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/236/209>
  36. Adewuya AO, Loto OM, Adewumi TA. Premenstrual dysphoric disorder amongst Nigerian university students: prevalence, comorbid conditions, and correlates. *Arch Womens Ment Health*. 2008 Jan;11(1):13–8.
  37. Balaha MH, Amr MAEM, Saleh Al Moghannum M, Saab Al Muhaidab N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2010 Apr 23 [cited 2017 Jul 28];5:4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21120003>
  38. Brilhante A, Bilhar A, Carvalho C, Karbage S, Pequeno Filho E, Rocha E. Síndrome pré- -menstrual e síndrome disfórica pré-menstrual: aspectos atuais. *Femina*. 2010;38(7):373–8.
  39. Drosdzol A, Nowosielski K, Skrzypulec V, Plinta R. Premenstrual disorders in Polish adolescent girls: prevalence and risk factors. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 Jul 28];37(9):1216–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518133>
  40. Demir B, Algul LY, Guven ESG. The Incidence and the Contributing factors of premenstrual syndrome in health working women. *J Turk Soc Obs Gynecol*. 2006;3(4):262–70.
  41. Lustyk MKB, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, quality of life and physical activity in women with varying degrees of premenstrual symptomatology. *Women Health* [Internet]. 2004 Jun 30 [cited 2017 Jul 28];39(3):35–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15256354>
  42. Teixeira AL da S, Oliveira ÉCM e, Dias MRC. Relação entre o nível de atividade física e a incidência da síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Ginecol e Obs* [Internet]. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2013 May [cited 2017 Aug 3];35(5):210–4. Available from:

- [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000500004&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
43. Cheng S-H, Shih C-C, Yang Y-K, Chen K-T, Chang Y-H, Yang Y-C. Factors associated with premenstrual syndromed - A survey of new female university students. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2013 Feb [cited 2017 Jul 28];29(2):100–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1607551X12002185>
  44. Silva CML da, Gigante DP, Carret MLV. Síndrome Pré-menstrual: Prevalência e Fatores Associados na População Urbana de Pelotas [Internet]. Universidade Federal de Pelotas; 2004 [cited 2017 Jul 28]. Available from: <http://guaiaca.ufpel.edu.br/handle/prefix/3402>
  45. Wittchen H-U, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* [Internet]. 2002 Jan [cited 2017 Jul 28];32(1):119–32. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11883723>
  46. Steiner M, Born L. Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder: an Update. *Int Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2000 Nov [cited 2017 Jul 28];15(Suppl 3):S5–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11195269>
  47. McHichi alami K, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca. *Encephale* [Internet]. 2002 [cited 2017 Jul 28];28(6 Pt 1):525–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12506265>
  48. Issa B a, Yussuf AD, Olatinwo AWO, Ighodalo M. Premenstrual dysphoric disorder among medical students of a Nigerian university. *Ann Afr Med* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jul 28];9(3):118–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20710100>
  49. Carvalho V, Cantilino A, Gonçalves C, Moura R, EB S. Prevalência da síndrome de Tensão Pré-Menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre estudantes universitárias. *Neurobiologia*. 2010;41–53.
  50. Yonkers KA, O'Brien PMS, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* (London, England) [Internet]. NIH Public Access; 2008 Apr 5 [cited 2017 Jul 28];371(9619):1200–10. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18395582>
51. Al-Batanony MA, AL-Nohair SF. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Its Impact on Quality of Life among University Medical Students, Al Qassim University, KSA. *Public Heal Res.* 2014;4(1):1–6.
  52. Kircan N, Ergin F, Adana F, Arslantas H. The prevalence of premenstrual syndrome in nursery students and its relationship with quality of life. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2012;13(1):19–25.
  53. Pinar G, Colak M, Oksuz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 Jul 28];2(1):21–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21147455>
  54. KD. T. Evaluation of nursing students' premenstrual symptoms. *TAF Prev Med Bull* [Internet]. 2006 [cited 2017 Aug 3];5(6):434–43. Available from: <http://www.scopemed.org/?mno=188>
  55. Potur DC, Bilgin NC, Komurcu N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in turkey: Effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 Aug 3];15(4):768–77. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904213001045>
  56. Yang M, Wallenstein G, Hagan M, Guo A, Chang J, Kornstein S. Burden of premenstrual dysphoric disorder on health-related quality of life. *J women's Heal* [Internet]. 2008 Jan [cited 2017 Jul 28];17(1):113–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240988>
  57. Veras AB, Nardi AE. Hormônios sexuais femininos e transtornos do humor. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54(1):57–68.

**Tabela 1** - Perfil sócio demográfico de estudantes da área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-PE. Setembro/2016 a Março/2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N = 649</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
Média(±DP)	22,1 (DP = 4,4)	
18-24	540	83,2
25-35	90	13,9
>35	13	2,0
Não informado	6	0,9
<b>Procedência</b>		
Recife	510	78,6
RMR*	117	18,0
Interior	21	3,2
Não informado	1	0,2
<b>Estado marital</b>		
Sem companheiro	598	92,1
Com companheiro	49	7,5
Não informado	2	0,4
<b>Atividade remunerada</b>		
Sim	94	14,5
Não	548	84,4
Não informado	7	0,7
<b>Moram com os pais</b>		
Sim	500	77,0
Não	149	23,0

\*RMR = Região Metropolitana do Recife.

**Tabela 2** - História ginecológica de estudantes da área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-PE. Setembro/2016 a Março/2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N = 649</b>	<b>%</b>
<b>Idade da menarca (em anos)</b>		
8-12 anos	414	63,8
13-20 anos	224	34,5
Não informado	11	1,7
Média idade = 12,2 (DP = 1,3)		
Mediana da idade = 12 (IIQ = 11 – 13)		
<b>Sexualmente ativa</b>		
Sim	396	61,0
Não	251	38,7
Não informado	2	0,3
<b>Uso de MAC</b>		
Nenhum*	292	45,0
Hormonal	242	37,3
Não hormonal	98	15,1
Não informado	17	2,6
<b>Ciclos Regulares</b>		
Sim	467	71,9
Não	177	27,3
Não informado	5	0,8
<b>Duração da menstruação (em dias):</b>		
Média = 5,1 (DP = 1,4)		
Mediana = 5 (IIQ = 4 – 6)		

\*Incluindo aquelas sem atividade sexual (72,6%) e aquelas com vida sexual ativa (27,1%).

**Tabela 3** - Hábitos de vida entre as estudantes da área de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-PE. Setembro/2016 a Março/2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N = 649</b>	<b>%</b>
<b>Uso de álcool</b>		
Não	218	33,6
Sim	431	66,4
<b>Consumo de álcool* (N = 431)</b>		
Semanal	128	29,7
Mensal	123	28,5
Raramente	179	41,5
Não informado	1	0,3
<b>Atividade Física</b>		
Não – Raramente	282	43,5
≥ 2x/semana	363	55,9
Não informado	4	0,6

\*Considerado apenas as 431 que informaram consumir álcool.

**Tabela 4** - Comparações das médias dos domínios: Físico, Psíquico, Relações Sociais e Meio Ambiente, segundo os grupos de SPM. Recife, Setembro/2016 a março/2017.

Domínio	SPM			<i>p</i> *
	Não	Sim	Disfórica	
	Média ± DP (N)	Média ± DP (N)	Média ± DP (N)	
<b>Físico</b>	3.8 <sup>a</sup> ± 0.5 (308)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.6 (144)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.5 (168)	< 0.001
<b>Psíquico</b>	3.8 <sup>a</sup> ± 0.5 (309)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.6 (144)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.5 (170)	< 0.001
<b>Relações sociais</b>	4.0 <sup>a</sup> ± 0.6 (306)	3.8 <sup>b</sup> ± 0.7 (142)	4.0 <sup>ab</sup> ± 0.7 (161)	0.010
<b>Meio ambiente</b>	3.7 <sup>a</sup> ± 0.6 (312)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.6 (148)	3.6 <sup>ab</sup> ± 0.6 (170)	0.009
<i>Escore</i>	3.8 <sup>a</sup> ± 0.4 (322)	3.6 <sup>b</sup> ± 0.5 (150)	3.7 <sup>b</sup> ± 0.4 (173)	< 0.001
<b>Questões</b>				
<b>Questão 1</b>	4.2 <sup>a</sup> ± 0.6 (322)	4.1 <sup>ab</sup> ± 0.6 (150)	4.0 <sup>b</sup> ± 0.7 (172)	0.005
<b>Questão 2</b>	3.9 ± 0.9 (322)	3.7 ± 0.9 (150)	3.7 ± 0.9 (172)	0.099

\*Teste ANOVA; Nos domínios para os quais o teste ANOVA foi estatisticamente significativo, os pares de médias que tem uma letra comum não foram significativamente diferentes ao nível de 5%.

\*\*Escore de cada participante é a média das respostas dadas pelo participante às 24 questões.