



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

Síndrome Pré-Menstrual

**Estudo de prevalência em alunas da Universidade da
Beira Interior**

Débora Lara Aguiar Câmara

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor José António Martinez Souto de Oliveira

Covilhã, Junho de 2011

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários a obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob orientação científica do Professor Doutor José Martinez de Oliveira, médico especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia e Director do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE.

Dedicatória

Este trabalho é dedicado à minha família que sempre me apoiou e que é o meu mundo e o meu porto de refúgio.

Para ti em particular minha avó, da quinhinha.

Agradecimentos

Quero desde já demonstrar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a concretização deste projecto.

Gostaria de agradecer primeiramente ao Professor Doutor José Martinez de Oliveira pela competência com que orientou esta dissertação, pelo tempo que generosamente me dedicou e pela sua crítica sempre construtiva.

Gostaria, ainda, agradecer:

- À Professora Doutora Arminda Paço pela ajuda prestada no tratamento estatístico da extensa base de dados.
- À Marta Duarte por se ter disponibilizado para combater a excessiva burocracia dos Serviços Académicos e facilitar o acesso à informação estatística da U.B.I..
- Aos meus colegas Luís, Pedro, Carolina, Runa e Mariana por contribuírem para a divulgação do estudo.
- E, finalmente, ao Vitor pelo amor, apoio incondicional e abertura de espírito para tolerar os meus episódios de desânimo.

Resumo

Introdução: A Síndrome Pré-Menstrual (S.P.M.) é uma perturbação psiconeuroendócrina clinicamente mal valorizada mas com impacto nas actividades quotidianas e sociais e saúde mental das doentes que acarreta custos económicos e não monetários à mulher afectada e à sociedade em geral. De definição controversa, a prevalência também não reúne consenso geral, contudo, a maioria dos estudos defende que o valor desta última ronda os 80-90%. De facto, cerca de 95% das mulheres em idade reprodutiva experienciam sintomas pré-menstruais (75% das quais têm sinais e sintomas recidivantes), 20-40% desenvolvem algum grau de limitação física ou mental e aproximadamente 5% sofrem sintomatologia severa. O objectivo deste estudo é determinar a prevalência na população escolhida, avaliar o seu impacto nos aspectos funcional e psicológico e aferir a influência de diversos factores como idade, idade da menarca, exercício, I.M.C., alimentação, consumo de álcool, tabagismo e horas de sono sobre os sintomas relatados.

Material e Métodos: Através de um processo de amostragem de conveniência/julgamento realizou-se um estudo com delineamento transversal e retrospectivo que incluiu 448 alunas da U.B.I., Portugal. Utilizou-se um questionário desenhado a partir dos critérios diagnósticos da DSM-IV para P.D.P.M. e da literatura existente sobre S.P.M. e que compreende um questionário validado em 2003 por *Steiner et al.*. Este foi disponibilizado *on-line* entre os dias 31/03/2011 e 30/04/2011 para a recolha de dados. O tratamento estatístico dos dados foi efectuado recorrendo aos programas *Microsoft Excel*[®] e *SPSS Statistics 19.0*[®] e testes estatísticos como teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), Correlação de Pearson (Pearson's R) e Coeficiente de Contingência.

Resultados: Das 448 alunas inquiridas, 258 (57,6%) sofrem de S.P.M.. Os sintomas mais relatados foram hipersensibilidade mamária (72,1%), ira/irritabilidade (67,4%), intumescimento abdominal (62,3%) e ansiedade/tensão (60,7%), sendo os menos relatados a insónia (17,1%) e a diminuição do interesse nas actividades em casa (11,7%). As variáveis que se mostraram estatisticamente relacionadas com a S.P.M. foram Idade, Exercício Físico, Tabagismo e Alimentação. Estas quatro variáveis citadas e ainda Idade da menarca, I.M.C., Horas de sono e Consumo de álcool revelaram associação estatística com diversos sintomas individualmente.

Discussão: A prevalência de S.P.M. no presente estudo foi de 57,6% demonstrando ser uma patologia comum na faixa etária estudada. Factores como idade, prática de exercício físico, tabagismo e tipo de alimentação, podem ser considerados como agentes prognósticos desta síndrome. No entanto, há que ter em conta que esses factores e outros em que não foi demonstrada relação estatística significativa (tal como idade da menarca, I.M.C., horas de sono por noite e ingestão de álcool) podem influenciar diferentes sintomas de diversos modos. Portanto, os custos acarretados pela disfunção da vida social e quotidiana causada pela S.P.M. justificam um investimento no diagnóstico e tratamento desta perturbação.

Palavras-chave: Síndrome Pré-Menstrual, prevalência, sintomas, factores de risco.

Abstract

Introduction: Premenstrual Syndrome (PMS) is a psychoneuroendocrine disorder that is scarcely appraised. Its impact on daily and social activities and patients mental health results on economic and non-monetary costs to the affected woman and to society in general. PMS has a controversial definition and its prevalence also doesn't meet the general consensus, however, most studies argue that prevalence is around 80-90%. In fact, approximately 95% of women of reproductive age experience premenstrual symptoms (75% of whom have recurrent symptoms and signs), 20-40% develops some degree of physical or mental impairment and approximately 5% suffer from severe symptomatology. The purpose of this study is to determine the prevalence in the selected population, to evaluate the impact on functional and psychological aspects and assess the influence of several factors such as age, age at menarche, exercise, B.M.I., diet, alcohol consumption, smoking and sleeping hours on the reported symptoms.

Material and Methods: Through a process of convenience sampling was performed a cross-sectional and retrospective study that included 448 students from U.B.I., Portugal. It was used a questionnaire based on the diagnostic criteria of DSM-IV for P.M.D.D. and the existing literature on P.M.S. which includes a questionnaire validated in 2003 by *Steiner et al.*. The questionnaire was available online between March, 31st and April, 30th for data collection. The statistical analysis was performed using the programs *Microsoft Excel*[®] and *SPSS Statistics 19.0*[®] and statistical tests like Pearson's Chi-Square (χ^2), Pearson's Correlation (Pearson's R) and Contingency Coefficient.

Results: Of the 448 students surveyed, 258 (57.6%) suffer from PMS. The most common symptoms were breast tenderness (72.1%), anger/irritability (67.4%), abdominal bloating (62.3%) and anxiety/tension (60.7%), insomnia (17.1%) and decreased interest in home activities (11.7%) were the least reported. Age, Physical activity, Smoking and Diet were statistically related to SPM. These four variables mentioned and even Age of menarche, BMI, Sleeping hours and Alcohol consumption showed a statistical association with several individual symptoms.

Discussion: The prevalence of S.P.M. in this study was 57,6%. This result shows that this is a common pathology in the studied age group. Factors such as age, physical exercise, smoking

and dietary habits can be considered as prognostic agents of this syndrome. However, it must be taken into account that these factors and those that couldn't be demonstrated a statistically significant relationship (such as age at menarche, B.M.I., sleeping hours and drinking alcohol) may influence different symptoms in several ways. Therefore, the costs incurred by impaired social and daily life caused by SPM justify an investment in the diagnosis and treatment of this disorder.

Key words: Premenstrual Syndrome, prevalence, symptoms, risk factors.

Índice Geral

Dedicatória	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	vi
Índice Geral	viii
Lista de Gráficos.....	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de acrónimos.....	xii
Introdução	1
Material e Métodos	5
Tipo de estudo, processo de amostragem e população em estudo	5
Método de recolha de dados	5
Tratamento estatístico dos dados	6
Resultados	8
Análise Descritiva.....	8
Inferência Estatística.....	18
Discussão	18
Limitações e pontos fortes	55
Perspectivas futuras.....	56
Referências Bibliográficas	8
Anexos	18
Anexo I	56

Lista de Gráficos

Gráfico 1.....	10
Gráfico 2.....	12
Gráfico 3.....	13
Gráfico 4.....	16
Gráfico 5.....	17

Lista de Tabelas

Tabela 1	2
Tabela 2	3
Tabela 3	3
Tabela 4	9
Tabela 5	11
Tabela 6	14
Tabela 7	15
Tabela 8	18
Tabela 9	19
Tabela 10.....	20
Tabela 11.....	21
Tabela 12.....	22
Tabela 13.....	23
Tabela 14.....	24
Tabela 15.....	25
Tabela 16.....	26
Tabela 17.....	27
Tabela 18.....	28
Tabela 19.....	29
Tabela 20.....	30
Tabela 21.....	31
Tabela 22.....	32
Tabela 23.....	32
Tabela 24.....	33
Tabela 25.....	34

Tabela 26.1	35
Tabela 26.2	37
Tabela 26.3	39
Tabela 26.4	41
Tabela 27.1	43
Tabela 27.2	45
Tabela 28.1	47
Tabela 28.2	49

Lista de acrónimos

A.C.O.G. - American College of Obstetricians and Gynecologists

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão da O.M.S.

C.H.C.B., EPE - Centro Hospitalar Cova da Beira, Entidade Pública Empresarial

COPE - Calendar of Premenstrual Experiences

D.I.P. - Doença Inflamatória Pélvica

D.I.U. - Dispositivo Intra-Uterino

DPS - Diary for Premenstrual Syndrome

DRSP - Daily Record of Severity of Problems

DSM-IV - (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Quarta Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

GnRH α - Análogos da Hormona Libertadora de Gonadotropinas

I.M.C. - Índice de Massa Corporal, B.M.I. em inglês (Body Mass Index)

ISRS - Inibidor Selectivo da Recaptação de Serotonina

O.M.S. - Organização Mundial de Saúde

P.D.P.M. - Perturbação Disfórica Pré-Menstrual

PRISM - Prospective Record of the Impact and Severity of Menstruation

PSST - Premenstrual Symptoms Screening Tool

S.O.P. - Síndrome do Ovário Poliquístico

S.P.M. - Síndrome Pré-Menstrual, PMS em inglês (Premenstrual Syndrome)

U.B.I. - Universidade da Beira Interior

VAS - Visual Analogue Scale

Introdução

A Síndrome Pré-Menstrual (S.P.M.) é um distúrbio clinicamente desvalorizado mas com grande impacto nas actividades quotidianas e sociais e saúde mental das doentes, acarretando custos económicos e não monetários a cada indivíduo afectado e às suas famílias (1, 2, 3).

A definição desta síndrome controversa é bastante imprecisa (4, 5, 6, 7, 8): conjunto de queixas somáticas e/ou psicológicas recorrentes que ocorrem especificamente durante a fase lútea do ciclo menstrual e que desaparecem logo após o surgimento da menstruação ou após o final desta, sendo as alterações suficientemente intensas para interferir com o normal funcionamento da doente, com a sua qualidade de vida e as suas relações interpessoais. Note-se que o somatório da fase pré-menstrual com o período menstrual, a que Sampson (em 1989) chama paramenstruo, representa mais de metade do tempo de vida da mulher em idade reprodutora (9).

Existe um pico de incidência entre a segunda e a terceira décadas de vida, e uma prevalência extremamente elevada. De facto, cerca de 95% das mulheres em idade reprodutiva experienciam sintomas pré-menstruais (75% das quais têm sinais e sintomas recidivantes), 20-40% desenvolvem algum grau de limitação física ou mental e aproximadamente 5% sofrem sintomatologia severa (3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13). Pela própria definição, esta síndrome não está presente antes da puberdade, durante a gravidez ou após a menopausa (6, 7), mas afecta adolescentes, a maior parte das vezes associada a dismenorrea neste grupo etário (12, 14, 15, 16).

A etiologia é desconhecida, no entanto teoriza-se sobre o envolvimento de uma disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, uma resposta anormal à oscilação dos níveis de esteróides sexuais, alterações de neurotransmissores (como serotonina e GABA) e factores genéticos no mecanismo fisiopatológico desta síndrome (5, 6, 7, 17, 18, 19, 20). I.M.C. elevado, stress, tabagismo, resistência à insulina e consumo excessivo de café, álcool e chocolate foram determinados como factores de risco para S.P.M. (8, 12, 13, 14, 18), no entanto não se encontra nenhuma associação entre esta última e paridade, emprego, rendimento ou educação (7).

A S.P.M. é um complexo psiconeuroendócrino que provoca uma panóplia de sintomas que se associam de maneira variada e inconstante mas cujo traço mais característico é a ciclicidade (21). O espectro da sintomatologia culmina na P.D.P.M. que constitui o extremo predominantemente psicológico da S.P.M. (4, 5, 6, 17, 20). Os sintomas mais frequentemente relatados são irritabilidade, depressão, oscilações de humor, ansiedade, mastalgia,

intumescimento abdominal, ganho ponderal, fadiga, agressividade, cefaleias, tensão, dores musculares, desejo de ingestão de determinados tipos comida e tumefacção e sensibilidade mamárias ^(8, 10, 14, 18, 20, 22). Estes podem ser divididos em duas, três ou quatro categorias ^(10, 14, 16, 23), sendo a segunda divisão a utilizada neste estudo (Tabela 1). A percepção dos sintomas e sua gravidade podem ser influenciadas pela cultura e etnicidade ⁽²⁴⁾. De salientar que a importância reside preferencialmente no carácter dos sintomas, tempo de surgimento e gravidade ^(5, 6).

Tabela 1: Categorias dos sintomas pré-menstruais. Traduzido de Dell, D. Symptoms of premenstrual disorders. Gynaecology Forum, volume 14, nº 3, 2009, página 5 ⁽¹⁰⁾. Nota: os sintomas estão agrupados por categoria sem ordem específica de prevalência.

Emocionais	
Humor deprimido, tristeza	Hipersensibilidade
Desesperança	Irritabilidade, ira, agressividade
Baixa auto-estima, auto-depreciação	Ansiedade, tensão
Labilidade emocional, oscilação de humor	Nervosismo, inquietação, agitação
Comportamentais	
Sentimento de opressão ou fora de controlo	Choro fácil, maior sensibilidade à rejeição ou insucesso
Relações pessoais tensas	Diminuição do interesse em actividades usuais
Aumento da conflitualidade interpessoal	Evicção social
Dificuldade em se concentrar, esquecimento	Alterações no interesse social
Somáticos	
Tumefacção ou sensibilidade mamárias	Letargia, astenia
Intumescimento abdominal	Fadiga, cansaço
Ganho ponderal	Insónia ou hipersónia
Retenção de fluidos nas mãos, pernas e pés	Enxaqueca, outros tipos de cefaleias
Alterações do apetite	Dor (abdominal, muscular, articular, “nas costas”)
Gula, consumo excessivo	Acne
Desejos por comida	Obstipação/ Diarreia
Náuseas e Vômitos	

Para o diagnóstico de S.P.M., os sintomas têm de ocorrer exclusivamente na fase lútea do ciclo e desaparecer até ao fim da hemorragia menstrual, em pelo menos quatro de seis ciclos consecutivos, e serem graves o suficiente para causar impacto na vida funcional da doente ⁽⁵⁾. Os critérios diagnósticos variam consoante a entidade: CID-10, A.C.O.G. ou DSM-IV (Tabelas 2 e 3) ^(2, 4, 11, 12, 13, 16, 18, 25, 26, 27, 28).

Tabela 2: Diferenças e semelhanças entre os critérios diagnósticos utilizados para S.P.M. e P.D.P.M.. Traduzido de Bäckström, T, Heineman, K, Nyberg, S, Hammarbäck, S. Definition and prevalence of premenstrual syndromes. Gynaecology Forum, volume 14, nº 3, 2009, página 15 ⁽⁴⁾.

Critérios diagnósticos			
	CID-10 (S.P.M.)	A.C.O.G. (S.P.M.)	DSM-IV (P.D.P.M.)
Nº de sintomas exigidos	Um	Um sintoma emocional e um sintoma somático durante 3 meses	Cinco de onze sintomas durante 12 meses
Nº de dias com sintomas	Não especificado	Cinco dias pré-menstruais	Sete dias pré-menstruais
Disfunção funcional	Não exigida	Exigida	Exigida
Registo prospectivo de sintomas	Não exigido	Exigido durante 2 ciclos	Exigido durante 2 ciclos

Tabela 3: Sintomas listados dos diferentes critérios diagnósticos para as mudanças de humor cíclicas. Traduzido de Bäckström, T, Heineman, K, Nyberg, S, Hammarbäck, S. Definition and prevalence of premenstrual syndromes. Gynaecology Forum, volume 14, nº 3, 2009, página 15 ⁽⁴⁾.

CID-10 (S.P.M.)	A.C.O.G. (S.P.M.)	DSM-IV (P.D.P.M.)
Desconforto psicológico	Depressão	Depressão
Sentimento de inchaço	Inchaço abdominal	Fadiga
Sensibilidade mamária	Sensibilidade mamária	Tumefacção e sensibilidade mamárias
Edemas das mãos e pés	Edemas das extremidades	Diminuição do interesse nas actividades usuais
Dificuldade em se concentrar	Confusão	Dificuldade em se concentrar
Dores em várias regiões corporais	Cefaleias	Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo
Distúrbios do sono	“Acessos de raiva”	Insónia
Alterações do apetite	Irritabilidade	Alterações no apetite
Ganho de peso	Exclusão social	Labilidade emocional
	Ansiedade	Ansiedade/Tensão
		Irritabilidade

São utilizadas várias escalas: DRSP, PSST, PRISM, COPE, DPS e VAS como ferramentas para auxílio ao diagnóstico ^(10, 16, 25, 29, 30). Não existem medidas objectivas para diagnosticar S.P.M., contudo, a anamnese, o exame objectivo e alguns testes serológicos analíticos podem ser realizados com o propósito de excluir outras patologias, como sejam Depressão, Menopausa, Síndrome do Ovário Poliquístico, Hiper e Hipotireoidismo, Anemia, Dismenorreia, Endometriose, abuso de álcool e drogas ilícitas ou exacerbação de uma condição médica ou psiquiátrica subjacente ^(5, 7, 17, 19, 31).

Existem vários tratamentos descritos na literatura para S.P.M. que incluem intervenções farmacológicas, não farmacológicas e ocasionalmente cirúrgicas ^(5, 6, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 32). Na primeira abordagem se incluem contraceptivos orais, estrogéneos, progesterona, IRSSs (ex.

fluoxetina, paroxetina), antidepressivos não-IRSS (ex. clomipramina, nortriptilina), ansiolíticos (ex. buspirona e alprazolam), β -bloqueantes (ex. atenolol, propanolol), danazol, diuréticos, inibidores das prostaglandinas, GnRHa, bromocriptina, tibolona. Também se recomendam suplementos alimentares (ex. magnésio, piridoxina, agnocasto), dietas específicas, exercício aeróbico, terapia cognitiva e comportamental e relaxamento para tratar a S.P.M.. Por fim, a intervenção cirúrgica (utilizada como último recurso ou em casos especiais) inclui a histerectomia, ooforectomia e a ablação endometrial. A escolha da terapêutica utilizada deve ser individualizada tendo como princípio os métodos mais simples evoluindo até aos mais complexos e invasivos consoante a necessidade.

O objectivo deste estudo é determinar a prevalência na população escolhida e avaliar o seu impacto no aspecto funcional e psicológico e ainda a influência de diversos factores como idade, idade da menarca, exercício, I.M.C., alimentação, consumo de álcool, tabagismo e horas de sono nos sintomas apresentados.

Material e Métodos

Tipo de estudo, processo de amostragem e população em estudo:

O presente trabalho visa a realização de um estudo com delineamento transversal (dados recolhidos num só momento através de questionário) e retrospectivo (dados provenientes de um período anterior à sua recolha). Por razões de uniformidade da amostra foi seleccionada uma população de jovens universitárias. Considerando um erro de amostragem de 5%, e para um intervalo de confiança de 95%, constatou-se que seria necessário estudar 72 alunas. Porém, para melhor permitir caracterizar as alunas inscritas na U.B.I. foi decidido aumentar o tamanho da amostra, pelo que o estudo acabou por incluir 448 participantes. Estas foram seleccionadas por amostragem probabilística do tipo de conveniência/julgamento. A amostra é representativa¹ da população em estudo (número total de alunas inscritas na U.B.I., n=3350).

Método de recolha de dados:

Utilizou-se um questionário (Anexo I) desenhado a partir dos critérios diagnósticos da DSM-IV⁽²⁷⁾ para PDPM (apresentados nas Tabela 2 e 3 da Introdução) e da literatura existente sobre SPM. Este foi disponibilizado *on-line* entre os dias 31/03/2011 e 30/04/2011 para a recolha de dados. O questionário é composto por três secções (cada um delas constituída por dez, sete e oito questões, respectivamente). Na primeira secção (Dados Epidemiológicos) constam perguntas do tipo sócio-demográfico como Idade, Etnia, Curso e Ano Curricular na U.B.I., número de pessoas com quem vive, e outro tipo de questões mais relacionadas com o estudo como a Idade da Menarca e Número de dias de Fluxo menstrual, se já teve relações sexuais, Método Contraceptivo utilizado, no caso de utilizar pílula oral combinada qual, se já mudou e qual tomava antes e Medicamentos utilizados habitualmente. A abordagem do método contraceptivo possuía opções de exclusão para o restante questionário (pílula de progestagénios, implante hormonal contraceptivo, injeção trimestral e D.I.U. hormonal) tal

¹ Recorrendo à fórmula $n_0=1/E_0^2$ e tendo em conta que $n_0=448$, pode-se concluir que, sendo $n=1/0,05^2=400$, a amostra utilizada é representativa da população em estudo.

como a questão sobre medicamentos utilizados habitualmente (qualquer um dos medicamentos citados) pois tratam-se de factores que poderiam interferir com o possível diagnóstico de S.P.M. . Na segunda secção (Sintomatologia) são colocadas questões relativas a Sintomas experienciados e seu grau de intensidade, sua Interferência com a vida funcional e social das alunas, Doenças do Aparelho Reprodutor, Medicamentos utilizados para aliviar a dor relacionada com o período menstrual, Discussão dos sintomas com um médico e Peso e Altura. As questões acerca de Sintomas experienciados e seu grau de gravidade e Interferência desses sintomas com a vida funcional e social fazem parte de um questionário validado em 2003 por *Steiner et al.*⁽²⁵⁾. Por fim, a última parte do questionário é constituída por factores de risco onde as alunas são indagadas sobre Sintomatologia semelhante na família, Tabagismo e carga tabágica, Sintomas depressivos independentemente do ciclo menstrual, Tentativas de emagrecimento, Prática de exercício físico, Horas de sono, Tipo de alimentação e Consumo de álcool.

Para o diagnóstico de S.P.M. realizou-se uma adaptação dos critérios diagnósticos propostos no DSM-IV ao tipo de estudo considerando-se como S.P.M. a presença de cinco ou mais dos sintomas listados nas Tabelas 2 e 3 da Introdução, acompanhada por disfunção funcional (avaliada por interferência dos sintomas na eficiência e produtividade, na relação com colegas e família e nas actividades sociais e desenvolvidas em casa).

Este projecto foi aprovado pela Comissão de Ética do C.H.C.B., EPE. Todas as participantes no estudo, ao conectarem-se ao *link* que disponibilizava o questionário, foram informadas acerca da finalidade do mesmo, assim como que as respostas fornecidas seriam confidenciais.

Tratamento estatístico dos dados:

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado recorrendo aos programas *Microsoft Excel*[®] e *SPSS Statistics 19.0*[®], tendo-se aplicado alguns conceitos de análise descritiva e métodos de inferência estatística. As estatísticas descritivas das frequências foram avaliadas através de percentagens e médias. De modo a analisar possíveis relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, foram feitas tabulações cruzadas e utilizou-se o teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), a Correlação de Pearson (Pearson's R) e o Coeficiente de Contingência, quando assim indicado. A análise correlacional (realizada com base nos valores da Correlação de Pearson ou do Coeficiente de Contingência) indica a relação entre duas variáveis lineares em os valores variam entre +1 e -1. O sinal indica a direcção, se a

correlação é positiva ou negativa, e o tamanho da variável indica a força da correlação. Assim, um valor de 0,0 indica uma força de correlação trivial, 0,1 indica força pequena, 0,3 força moderada, 0,5 força grande, 0,7 força muito grande, 0,9 força quase perfeita e 1 indica uma correlação perfeita (Will G Hopkins, 2002). Os resultados seriam considerados significativos para um p -value $<0,05$. Foi ainda efectuado o cálculo do Coeficiente Alfa de Chronbach de forma a analisar o grau de consistência interna da escala e compará-la com a escala original, já anteriormente validada.

Note-se que as variáveis Idade, Idade da menarca e I.M.C.² foram transformadas em variáveis categóricas, de forma a facilitar a análise dos dados. A idade foi dividida em três classes etárias: dos 18 aos 23 anos, dos 24 aos 29 anos e ≥ 30 anos. A idade da menarca foi agrupada em 3 intervalos: de 9 a 12 anos, de 13 a 16 anos e \geq que 17 anos. Por fim, o I.M.C. foi convertido em 4 categorias³: $<18,5$ (baixo peso); entre 18,5 e 24,9 (peso normal); $\geq 25,0$ (excesso de peso, também considerado pré-obesidade); e, ≥ 30 (obesidade).

² I.M.C. foi calculado com base na fórmula: $I.M.C. = P/A^2$, em que P corresponde ao peso em quilogramas e A à altura em metros.

³ As categorias de I.M.C. são as adoptadas pela O.M.S.

Resultados

Análise Descritiva:

Do total das 448 alunas inquiridas, a idade média foi de $22,07 \pm 3,37$ anos, com um mínimo de 18 e um máximo de 42 anos de idade. A grande maioria (357 alunas - 79,7%) enquadra-se na classe etária dos 18 aos 23 anos, ocupando os restantes 20,3% da amostra as classes etárias dos 24 aos 29 e ≥ 30 anos, com 78 (17,4%) e 13 alunas (2,9%), respectivamente.

Relativamente à etnia, a quase totalidade das alunas é caucasiana (438 - 97,8%), existindo uma minoria composta por 5 alunas (1,1%) de raça africana, 1 aluna (0,2%) de etnia cigana e 4 (0,9%) de raça mongolóide.

Cerca de metade das alunas que responderam ao questionário (226 - 50,4%) frequentam o curso de Medicina. Os restantes 49,6% dividem-se entre vários cursos de diferentes graus académicos (ver Tabela 4). No que respeita ao ano de frequência do curso existe uma distribuição quase equitativa: 20,8% (93 alunas) frequenta o 1º ano; 18,1% (81 alunas) o 2º ano; 19,6% (88 alunas) o 3º ano; 16,1% (72 alunas) o 4º ano; 14,3% (64 alunas) o 5º ano; e, 11,2 (50 alunas) o 6º ano.

Tabela 4: Cursos frequentados pelas alunas da U.B.I..

Curso	Frequência	Porcentagem
Arquitetura	9	2
Bioquímica	17	3,8
Biotecnologia	7	1,6
Ciência Política e Relações Internacionais	7	1,6
Ciências Biomédicas	25	5,6
Ciências da Comunicação	5	1,1
Ciências do Desporto	1	0,2
Ciências Farmacêuticas	64	14,3
Design de Moda	2	0,4
Design Industrial	2	0,4
Design e Multimédia	1	0,2
Doutoramento em Bioquímica	2	0,4
Doutoramento em Ciências Biomédicas	5	1,1
Doutoramento em Engenharia e Gestão Industrial	1	0,2
Doutoramento em Letras	1	0,2
Doutoramento em Medicina	1	0,2
Doutoramento em Sociologia	1	0,2
Economia	3	0,7
Engenharia Aeronáutica	1	0,2
Engenharia Civil	14	3,1
Engenharia Informática	1	0,2
Gestão	4	0,9
Marketing	4	0,9
Medicina	226	50,4
Mestrado em Bioquímica	3	0,7
Mestrado em Ciências Biomédicas	1	0,2
Mestrado em Empreendedorismo e Criação de Empresas	2	0,4
Mestrado em Gestão	3	0,7
Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde	1	0,2
Mestrado em Jornalismo	1	0,2
Mestrado em Optometria em Ciências da Visão	1	0,2
Mestrado em Psicologia	3	0,7
Mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas sociais	1	0,2
Optometria	4	0,9
Psicologia	11	2,5
Química Industrial	5	1,1
Sociologia	8	1,8
Total	448	100

Os resultados obtidos relativamente ao número de pessoas com quem as inquiridas vivem estão expressos no Gráfico 1.

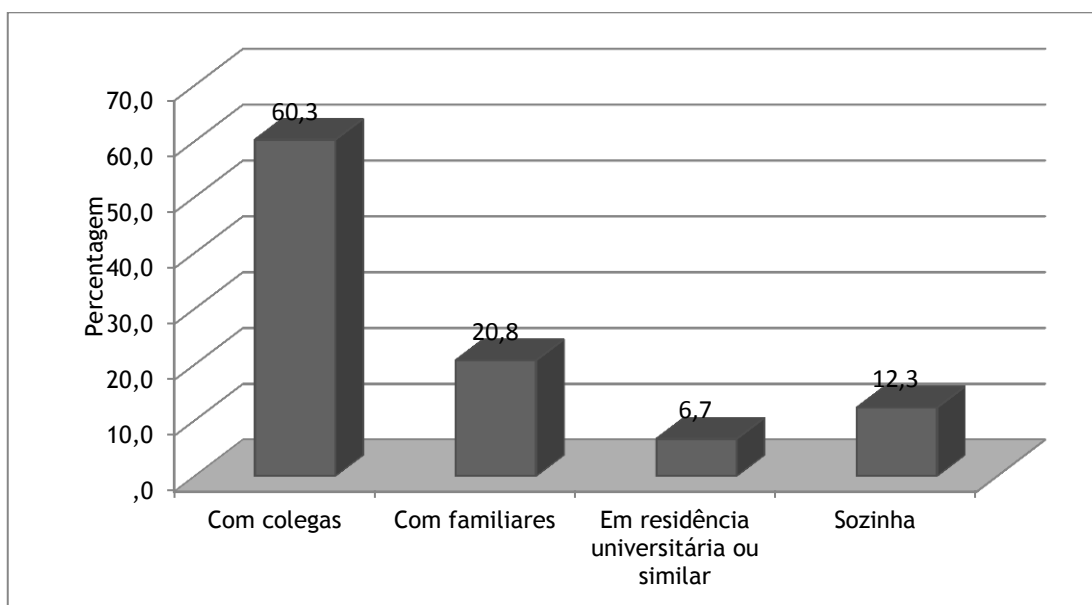


Gráfico 1: Número de pessoas com quem as alunas residem.

A análise das questões destinadas a conhecer melhor o perfil das inquiridas permitiu verificar que, em média a idade da menarca ocorreu aos $12,30 \pm 1,40$ anos de idade, sendo o mínimo de 9 e o máximo de 18 anos. 249 alunas (55,6%) tiveram a sua primeira menstruação entre os 9 e os 12 anos e 197 (44,0%) entre os 13 e os 16 anos, enquanto a menarca ocorreu com ≥ 17 anos em apenas 2 alunas (0,4%).

O fluxo menstrual tem uma duração média de $4,77 \pm 1,20$ dias com uma duração máxima de 15 e mínima de 2 dias. 181 alunas (40,4%) referem ter um período menstrual que se prolonga por 5 dias, apenas 4 alegam ter um fluxo menstrual de 2 (3 alunas) e 15 dias (1 aluna).

Quando inquiridas sobre o facto de já terem tido relações sexuais 396 alunas (88,4%) responderam positivamente.

A questão sobre contraceção revelou que a esmagadora maioria das alunas (311 - 69,4%) utiliza a pílula oral combinada (estrogéneos + progestagéneos) como meio anticonceptivo principal, sendo as mais utilizadas a Minigeste® e a Yasmin® (com 58 e 51 alunas, respectivamente representando 12,9% e 11,4% das que utilizam contraceção oral). De salientar que 43 das 110 alunas que assinalaram a opção “preservativo” como principal

método anticoncepcional referem a utilização concomitante de pílula oral combinada, de acordo com o princípio da dupla protecção e justificando a razão de se não terem definido as respostas como mutuamente exclusivas. Nesta questão são excluídas do restante questionário um total de 13 alunas que responderam utilizar como método anticonceptivo principal pílula de progestagéneos (Cerazette® - 9 alunas), implante hormonal contraceptivo (Implanon® - 3 alunas) e injeção trimestral (DepoProvera® - 1 aluna), uma vez que nestes casos haverá interferência com o quadro em estudo.

Tabela 5: Métodos contraceptivos.

Método Anticoncepcional	Frequência	Percentagem
Anel vaginal (NuvaRing®)	9	2,0
DIU com cobre	3	0,7
DIU hormonal (Mirena®)	0	0,0
Emplastro (Evra®)	2	0,4
Implante hormonal contraceptivo (Implanon®)	3	0,7
Injecção trimestral (DepoProvera®)	1	0,2
Pílula de progestagéneos (Cerazette®)	9	2,0
Pílula oral combinada (estrogéneos + progestagéneos)	311	69,4
Preservativo	110	24,6
Total	448	100,0

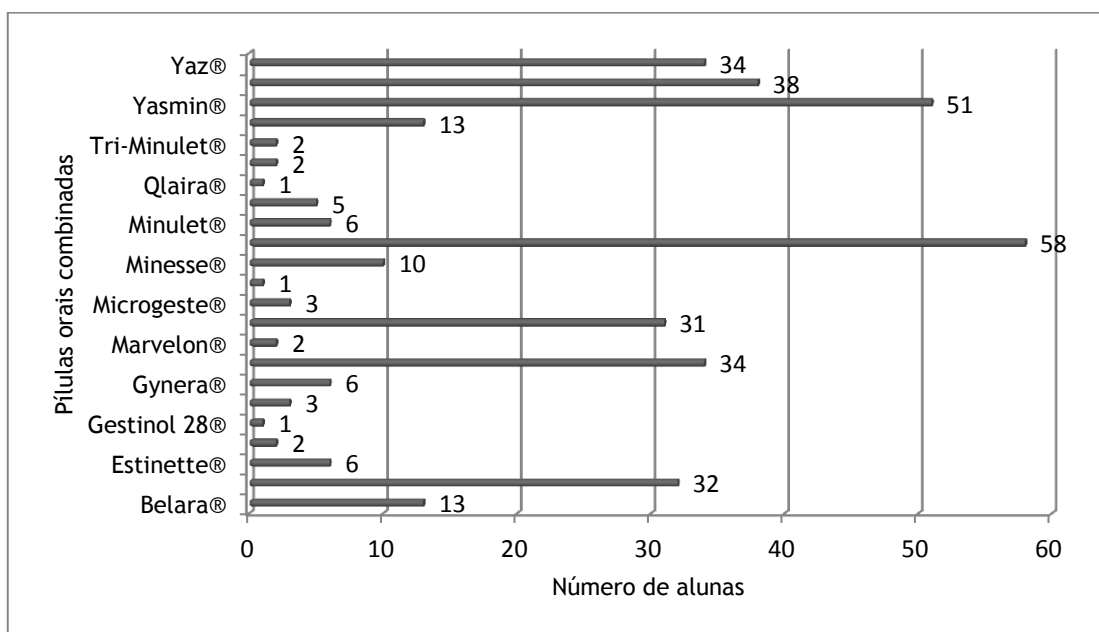


Gráfico 2: Contraceptivos Oraís Combinados utilizados.

Nota: Não consta no gráfico N/A que inclui as 13 alunas excluídas a partir das respostas do principal método anticoncepcional (Cerazette®, Implanon® e DepoProvera®) e as restantes 81 alunas que responderam ou outro método contraceptivo que não a pílula oral combinada.

Quando se colocou a questão acerca de uma anterior mudança de pílula, 162 alunas (36,2%) afirmaram já terem alterado o contraceptivo oral e 273 (60,9%) negaram tê-lo feito. Às alunas que responderam positivamente à questão anterior foi perguntado qual a pílula que tomavam antes estando as respostas indicadas no Gráfico 3.

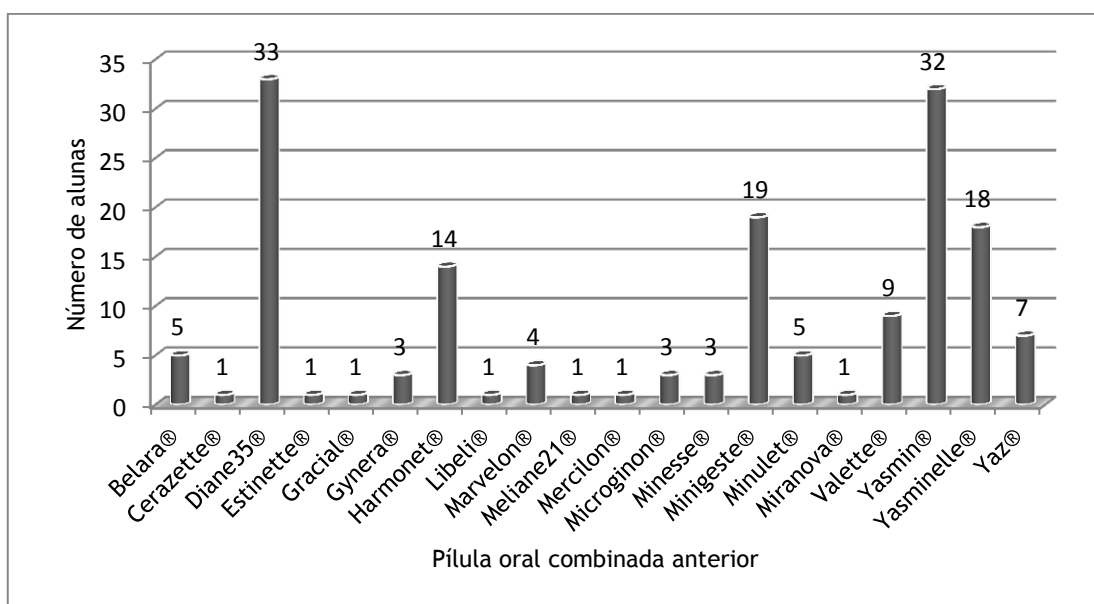


Gráfico 3: Contraceptivo oral combinado utilizado anteriormente.

Nota: Não consta no gráfico N/A que inclui as 13 alunas excluídas anteriormente e as 273 alunas que negaram terem alterado a pílula.

Para finalizar a primeira secção do questionário, as alunas foram questionadas sobre o uso habitual de medicamentos. 12 alunas (2,7%) responderam afirmativamente à utilização de ansiolíticos, 20 (4,5%) utilizam antidepressivos, 3 (0,7%) usam diuréticos e apenas 1 (0,2%) utiliza lítio, enquanto 399 alunas (89,1%) negaram o uso de qualquer um dos medicamentos citados. Esta questão levou à exclusão de mais 36 alunas perfazendo um total de 49 alunas excluídas do restante questionário.

As tabelas 6 e 7 resumizam os sintomas relatados pelas alunas, assim como a sua gravidade e impacto na vida funcional.

Analisando os graus de gravidade, pode constatar-se que os sintomas mais relatados são sensibilidade mamária (72,1%), ira/irritabilidade (67,4%), intumescimento abdominal (62,3%) e ansiedade/tensão (60,7%), sendo os menos relatados a insónia (17,1%) e a diminuição do interesse nas actividades em casa (11,7%).

Tabela 6: Sintomas relatados e sua gravidade. Nota: Não consta na tabela N/A que inclui as 49 alunas excluídas.

Sintomas \ Gravidade	Não	Ligeira	Moderada	Severa
Ira / Irritabilidade	97 (21,7%)	170 (37,9%)	110 (24,6%)	22 (4,9%)
Ansiedade / Tensão	109 (24,3%)	169 (33,7%)	102 (22,8%)	19 (4,2%)
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	136 (30,4%)	136 (30,4%)	101 (22,5%)	26 (5,8%)
Humor depressivo / Desesperança	158 (35,3%)	136 (30,4%)	91 (20,3%)	14 (3,1%)
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	231 (51,6%)	118 (26,3%)	38 (8,5%)	12 (2,7%)
Diminuição do interesse nas actividades em casa	219 (48,9%)	128 (28,6%)	41 (9,2%)	11 (2,5%)
Diminuição do interesse nas actividades sociais	222 (49,6%)	125 (27,9%)	41 (9,2%)	11 (2,5%)
Dificuldade em se concentrar	227 (50,7%)	124 (27,7%)	39 (8,7%)	9 (2,0%)
Fadiga / Falta de energia	137 (30,6%)	152 (33,9%)	85 (19,0%)	25 (5,6%)
Comer demasiado / Desejos por comida	158 (35,3%)	95 (21,2%)	91 (20,3%)	55 (12,3%)
Insónia	322 (71,9%)	58 (12,9%)	15 (3,3%)	4 (0,9%)
Hipersónia	253 (56,5%)	91 (20,3%)	41 (9,2%)	14 (3,1%)
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	284 (63,4%)	81 (18,1%)	26 (5,8%)	8 (1,8%)
Sensibilidade mamária	76 (17,0%)	125 (27,9%)	145 (32,4%)	53 (11,8%)
Cefaleias	154 (34,4%)	115 (25,7%)	99 (22,1%)	31 (6,9%)
Dores musculares ou nas articulações	206 (46,0%)	113 (25,2%)	57 (12,7%)	23 (5,1%)
Intumescimento abdominal	120 (26,8%)	112 (25,0%)	125 (27,9%)	42 (9,4%)
Aumento de peso	206 (46,0%)	110 (24,6%)	68 (15,2%)	15 (3,3%)

De igual modo, quando se observa a intensidade do impacto da sintomatologia pré-menstrual sobre os diversos aspectos da vida funcional, constata-se que 52% das estudantes referem interferência dos sintomas com a sua eficiência e produtividade, 45,1% e 47,7% relatam impacto negativo dos sintomas sobre a sua relação com os colegas e com a família, respectivamente, 48% descrevem que as actividades sociais e de lazer são influenciadas por

queixas pré-menstruais e, ainda, 33,5% referem uma diminuição do interesse em executar as tarefas de casa.

Tabela 7: Impacto dos sintomas relatados sobre a vida funcional das alunas. Nota: Não consta na tabela N/A que inclui as 49 alunas excluídas.

	Não	Ligeiro	Moderado	Severo
Eficiência e produtividade	166 (37,1%)	174 (38,8%)	50 (11,2%)	9 (2,0%)
Relação com os colegas	197 (44,0%)	150 (33,5%)	48 (10,7%)	4 (0,9%)
Relação com a família	185 (41,3%)	148 (33,0%)	58 (12,9%)	8 (1,8%)
Actividades sociais e de lazer	184 (41,1%)	155 (34,6%)	51 (11,4%)	9 (2,0%)
Responsabilidades em casa	249 (5,6%)	120 (26,8%)	28 (6,3%)	2 (0,4%)

Após análise das duas tabelas anteriores e aplicando os critérios diagnósticos adaptados da DSM-IV, os dados revelam que 258 alunas (57,6%) sofrem de S.P.M..

Relativamente a doenças pré-existentes do aparelho reprodutor, apenas 23 alunas (5,1%) responderam afirmativamente à questão. Dentre as patologias questionadas, de salientar que nenhuma aluna referiu ter tido D.I.P. comparativamente à S.O.P., que engloba a grande maioria das alunas (19 - 4,2%) que referiram sofrer de patologia do aparelho reprodutor.

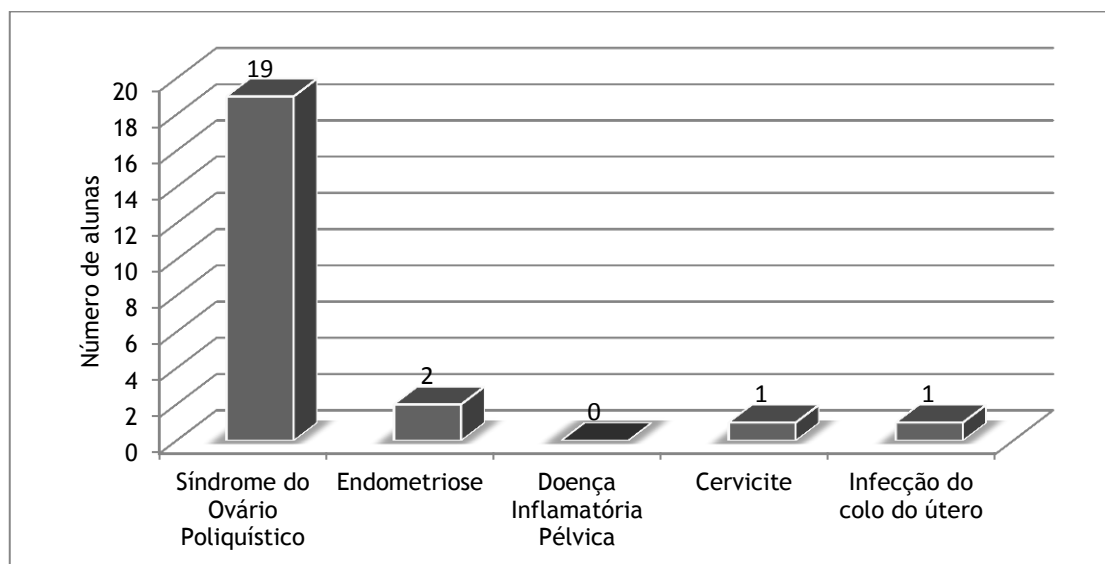


Gráfico 4: Patologias do aparelho reprodutor. Nota: Não consta no gráfico N/A que inclui as 49 alunas excluídas.

Os medicamentos mais utilizados para aliviar a dor relacionada com o período menstrual são Ben-U-Ron[®] (143 alunas - 31,9%), Brufen[®] (107 - 23,9%) e Trifene 200[®] (98 alunas - 21,9%). Entre outros medicamentos analgésicos citados salienta-se Buscopan[®] (8 - 1,8%), Nimesulida (4 - 0,9%) e Nurofen[®] (4 - 0,9%). Note-se, ainda, que 10 alunas referiram a necessidade de fazer associação de diferentes analgésicos para conseguir controlar as dores relacionadas com a menstruação.

Das 339 alunas inquiridas, 149 (33,3%) admitiram já terem discutido os seus sintomas com um médico.

O peso corporal médio nesta amostra é de $58,25 \pm 7,61$ Kg, com um máximo de 83 e um mínimo de 42 Kg. Quanto à altura, a média é de $164,03 \pm 5,81$ cm, máximo de 180 e mínimo de 150 cm. O I.M.C. médio da amostra é de $21,64 \pm 2,55$ Kg/m², tendo um mínimo de 16,16 e máximo de 32,03 Kg/m². Tendo em conta os valores de I.M.C., verifica-se que em média a amostra tem um peso normal adequado à altura. Quando o I.M.C. é dividido em categorias os resultados são: 34 alunas (7,6%) têm um I.M.C. < 18,5 (baixo peso); 325 (72,5%) têm I.M.C. entre 18,5 e 24,9 (peso normal); 37 (8,3%) têm IMC ≥ 25 (excesso de peso ou pré-obesidade); e, apenas 3 (0,7%) têm IMC ≥ 30 (obesidade).

Quando questionadas sobre a existência de sintomas semelhantes na família, 248 alunas (55,4%) responderam afirmativamente à questão.

Do total de 339 alunas que responderam a esta parte do questionário, 338 (75,4%) negaram ser fumadoras contrariamente a 61 que referiram fumar menos de 10 cigarros ao dia (37 - 8,3%) e entre 10 a 20 cigarros ao dia (24 - 5,4%). De notar que nenhuma aluna afirmou fumar mais que 1 maço (20 cigarros) por dia.

Independentemente do ciclo menstrual, 89 alunas (19,9%) revelaram sentir-se frequentemente deprimidas sem causa aparente.

129 alunas (28,8%) admitiram já ter tentado emagrecer, das quais 1,8% tentou uma única vez, 6,3% duas vezes e 20,8% conta três ou mais tentativas de emagrecimento.

No respeitante à prática de exercício físico, 228 alunas (50,9%) assumiram não praticar exercício físico regularmente. Entre as alunas que praticam exercício regularmente a periodicidade varia entre uma vez por semana (40 alunas - 8,9%), duas (82 - 18,3%), três vezes por semana (31- 6,9%) ou diariamente (18 - 4,0%).

Em relação às horas de sono, a maioria das alunas (275 - 61,4%) refere dormir 7 a 10 horas por noite. Por outro lado, 121 (27%) mencionam que dormem menos de 7 horas por noite e apenas 3 (0,7%) admitem dormir mais que 10 horas por noite.

O tipo de alimentação é um factor muito variável entre as alunas inquiridas. Apenas 10,5% alegam ter uma alimentação equilibrada, enquanto 18,1% admite ter uma alimentação rica em sal e 67,0% rica em farináceos, doces e chocolates. 31,3% das alunas prefere carne vermelha (vaca ou porco) a carne branca (frango ou peru) ou peixe e 11,8% toma mais que dois cafés por dia.

A ingestão de álcool nesta amostra é representada no Gráfico 5.

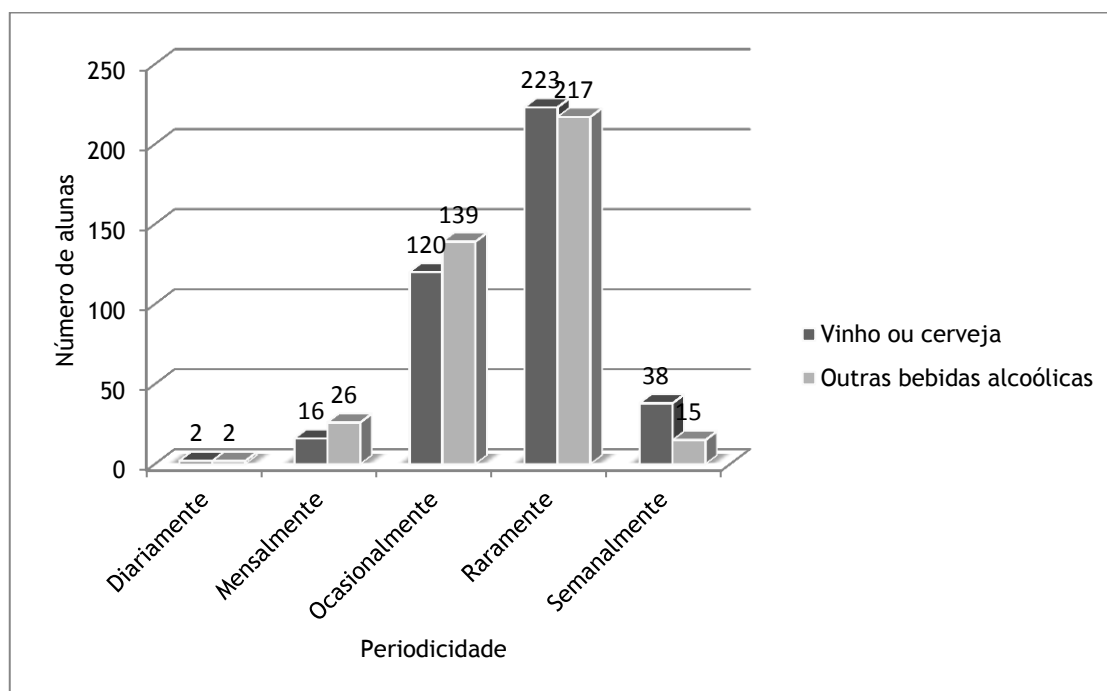


Gráfico 5: Periodicidade do consumo de álcool. Nota: Não consta no gráfico N/A que inclui as 49 alunas excluídas.

Inferência Estatística:

Após a realização de testes estatísticos como o teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2), a Correlação de Pearson (Pearson's R) e o Coeficiente de Contingência, utilizando um p -value $< 0,05$, tentou-se encontrar possíveis relações estatísticas entre diversas variáveis sobre a S.P.M. em geral e sobre os sintomas e seu impacto em particular.

Foi também averiguado o valor do Coeficiente Alpha de Chronbach no que respeita à a gravidade dos sintomas e à interferência dos sintomas na vida funcional das alunas (ver Tabelas 6 e 7 anteriormente). Os resultados alcançados foram 0,896 e 0,902, respectivamente, indicando uma consistência interna elevada da escala.

Ao cruzar os dados entre as variáveis Idade da menarca, I.M.C., Consumo de álcool e Horas de sono com ter ou não ter S.P.M., determinou-se que estas não tinham uma relação estatisticamente significativa, com p -value $> 0,05$. As variáveis Idade, Exercício, Alimentação e Tabagismo cuja relação com S.P.M. se provou ser estatisticamente significativa ($p < 0,05$), são apresentadas nas Tabelas 9 a 12.

Tabela 8: Resumo das tabulações cruzadas de todas as variáveis com a variável S.P.M., com os valores de p e de análise correlacional. Só constam da tabela os valores de R e CC das relações com significância estatística. Nota: R = Correlação de Pearson; CC = Coeficiente de Contingência.

		Síndrome Pré-Menstrual	
		p -value	Análise correlacional
Idade		$p = 0,009$	R = 0,112
Idade da menarca		$p = 0,532$	
IMC		$p = 0,990$	
Exercício físico		$p < 0,001$	R = - 0,439
Tabagismo		$p < 0,001$	R = - 0,599
Alimentação	Equilibrada	$p < 0,001$	CC = 0,707
	Rica em sal	$p < 0,001$	CC = 0,709
	> 2 cafés/ dia	$p < 0,001$	CC = 0,708
	Preferência por carne "vermelha" a carne "branca" ou peixe	$p < 0,001$	CC = 0,707
	Rica em farináceos, doces e chocolates	$p < 0,001$	CC = 0,707
Horas de sono		$p = 0,425$	
Ingestão de álcool	Vinho/cerveja	$p = 0,563$	
	Outras bebidas alcoólicas	$p = 0,072$	

A maior percentagem assinalada para a variável S.P.M. (atente-se no total) é “sim”. Note-se que, quando cruzada com a Idade, a maioria agrupa-se no escalão etário dos 18 aos 23 anos. Esta relação sugere que quanto mais novas são as alunas maior a probabilidade de sofrerem de S.P.M., com uma força de correlação pequena (valor de R de Pearson de 0,112).

Tabela 9: Tabulação cruzada entre as variáveis Idade e S.P.M., com *p*-value e Pearson's R.

		Idade			Total	<i>p</i> -value	Pearson's R	
		18 - 23 anos	24 - 29 anos	≥ 30 anos				
Tem S.P.M.?	Não	Count	105	30	6	141	0,009	0,112
		% of Total	23,4%	6,7%	1,3%	31,5%		
	Sim	Count	218	37	3	258		
		% of Total	48,7%	8,3%	0,7%	57,6%		
	N/A	Count	34	11	4	49		
		% of Total	7,6%	2,5%	0,9%	10,9%		
Total		Count	357	78	13	448		
		% of Total	79,7%	17,4%	2,9%	100,0%		

Ao efectuar o cruzamento da variável S.P.M., com a variável Exercício Físico, a maior parte das respostas cai nas categorias “sim” e “não”, respectivamente. Pode inferir-se que não praticar exercício regularmente está relacionado com maior probabilidade de sofrer de S.P.M.. A força da correlação entre estas duas variáveis é grande, com valor de R de Pearson de -0,439.

Tabela 10: Tabulação cruzada entre as variáveis Exercício Físico e S.P.M., com p-value e Pearson's R.

		Com que periodicidade pratica exercício?						Total	p-value	Pearson's R	
		N/A	Não	Diariamente	1 vez por semana	2 vezes por semana	3 vezes por semana				
Tem S.P.M.?	Não	Count	0	81	6	12	29	13	< 0,001	- 0,439	
		% of Total	0,0%	18,1%	1,3%	2,7%	6,5%	2,9%			
	Sim	Count	0	147	12	28	53	18			
		% of Total	0,0%	32,8%	2,7%	6,3%	11,8%	4,0%			
	N/A	Count	49	0	0	0	0	0			49
		% of Total	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%			10,9%
Total	Count	49	228	18	40	82	31	448			
	% of Total	10,9%	50,9%	4,0%	8,9%	18,3%	6,9%	100,0%			

Ao cruzar as variáveis S.P.M. e Alimentação pode verificar-se que existe uma maior percentagem assinalada de indivíduos que indicam sofrer desta síndrome e que a alimentação das alunas influi sobre a manifestação de sintomas pré-menstruais. Quando a alimentação não é equilibrada nota-se uma maior propensão para sofrer de S.P.M.. Uma alimentação pobre em sal parece ser factor que contribui para o desenvolvimento de sintomas pré-menstruais. Na mesma linha de raciocínio, pode deduzir-se, pelos dados fornecidos na Tabela 11, que tomar mais que dois cafés ao dia está associado a não sofrer de S.P.M.. A maioria das alunas não refere preferência por carne “vermelha” (vaca/porco), parecendo que dar preferência a carne “branca” (peru/frango) ou a peixe está associado a uma maior predisposição para a emergência de sintomas. 42,9% das alunas mencionam uma alimentação rica em farináceos, doces e chocolates. Atendendo ao cruzamento entre este último dado e sofrer ao não de S.P.M., pode-se inferir que este tipo de alimentação condiciona a ocorrência de sintomas pré-menstruais. Todas estas associações têm uma força de correlação muito grande com valores de Coeficiente de Contingência de 0,707; 0,709; 0,708; 0,707 e 0,707 para o cruzamento da variável S.P.M. com Alimentação equilibrada, Alimentação rica em sal, Consumo de mais de dois cafés por dia, Preferência de carne “vermelha” e Alimentação rica em farináceos, doces e chocolates, respectivamente.

Tabela 11: Tabulação cruzada entre as variáveis Alimentação e S.P.M., com p-value e Coeficiente de Contingência.

			Tem S.P.M.?		Total	p-value	Coeficiente de Contigência		
			Não	Sim					
Alimentação	É equilibrada?	Não	Count	127	225	352	< 0,001		
			% of Total	28,3%	50,2%			78,6%	
		Sim	Count	14	33			47	
			% of Total	3,1%	7,4%			10,5%	
	Rica em sal?	Não	Count	121	197	318		0,709	
			% of Total	27,0%	44,0%				71,0%
		Sim	Count	20	61				81
			% of Total	4,5%	13,6%				18,1%
	> 2 cafés por dia?	Não	Count	127	219	346		0,708	
			% of Total	28,3%	48,9%				77,2%
		Sim	Count	14	39				53
			% of Total	3,1%	8,7%				11,8%
Prefere carne “vermelha” a “branca” ou peixe?	Não	Count	90	169	259	0,707			
		% of Total	20,1%	37,7%			57,8%		
	Sim	Count	51	89			140		
		% of Total	11,4%	19,9%			31,3%		
Rica em farináceos, doces e chocolates?	Não	Count	33	66	99	0,707			
		% of Total	7,4%	14,7%			22,1%		
	Sim	Count	108	192			300		
		% of Total	24,1%	42,9%			67,0%		

Relativamente à associação entre as variáveis S.P.M. e Tabagismo pode supor-se que não fumar (que reúne a maior percentagem relatada) implica uma maior propensão a sofrer da síndrome em questão. Outrossim, das 258 alunas que satisfazem os critérios diagnósticos de S.P.M. (adaptados da DSM-IV), 49,3% são não fumadoras e apenas 8,3% são fumadoras. Esta suposição tem uma força de correlação grande (valor de R de Pearson de -0,599).

Tabela 12: Tabulação cruzada entre as variáveis Tabagismo e S.P.M., com *p*-value e Coeficiente de Contingência.

		Quantos cigarros fuma ao dia?				Total	<i>p</i> -value	Pearson's R	
		N/A	Não	< 10	10 a 20				
Tem S.P.M.?	Não	Count	0	117	12	12	0,000	-0,599	
		% of Total	0,0%	26,1%	2,7%	2,7%			31,5%
	Sim	Count	0	221	25	12			258
		% of Total	0,0%	49,3%	5,6%	2,7%			57,6%
	N/A	Count	49	0	0	0			49
		% of Total	10,9%	0,0%	0,0%	0,0%			10,9%
Total		Count	49	338	37	24	448		
		% of Total	10,9%	75,4%	8,3%	5,4%	100,0%		

Foram também testadas relações estatísticas entre as mesmas variáveis e os sintomas relatados e sua influência sobre a vida funcional das alunas. As tabelas 13 a 20 exibem as tabulações cruzadas efectuadas entre as variáveis em estudo e os sintomas e o impacto destes sobre a vida funcional das alunas com o valor de *p* e da análise correlacional. As relações que se revelaram estatisticamente significativas ($p < 0,05$) são mostradas a seguir (Tabelas 21 a 28).

Tabela 43: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Idade e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Idade	
	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,324$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,721$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,323$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,540$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,369$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,799$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,709$	
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,055$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,668$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,039$	$R = -0,112$
Insónia	$p = 0,687$	
Hipersónia	$p = 0,518$	
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,417$	
Sensibilidade mamária	$p = 0,849$	
Cefaleias	$p = 0,001$	$R = 0,120$
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,266$	
Intumescimento abdominal	$p = 0,854$	
Aumento de peso	$p = 0,511$	
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,748$	
Relação com os colegas	$p = 0,617$	
Relação com a família	$p = 0,990$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,588$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,601$	

Tabela 14: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Idade da menarca e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Idade da menarca	
	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,729$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,724$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$P = 0,668$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,006$	$R = 0,010$
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,958$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,906$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$P = 0,904$	
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,835$	
Fadiga / Falta de energia	$P = 0,875$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$P = 0,399$	
Insónia	$p = 0,872$	
Hipersónia	$P = 0,852$	
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$P = 0,353$	
Sensibilidade mamária	$P = 0,250$	
Cefaleias	$P = 0,118$	
Dores musculares ou nas articulações	$P = 0,710$	
Intumescimento abdominal	$P = 0,230$	
Aumento de peso	$p = 0,272$	
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,800$	
Relação com os colegas	$p = 0,592$	
Relação com a família	$P = 0,355$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,508$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,986$	

Tabela 15: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis I.M.C. e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Índice de Massa Corporal	
	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,892$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,840$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,616$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,399$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,977$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,584$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,924$	
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,830$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,976$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,823$	
Insónia	$p = 0,673$	
Hipersónia	$p = 0,730$	
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,804$	
Sensibilidade mamária	$p = 0,724$	
Cefaleias	$p = 0,812$	
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,904$	
Intumescimento abdominal	$p = 0,014$	$R = 0,188$
Aumento de peso	$p = 0,001$	$R = 0,223$
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,780$	
Relação com os colegas	$p = 0,318$	
Relação com a família	$p = 0,145$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,264$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,747$	

Tabela 16: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Exercício físico e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Exercício Físico	
	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,573$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,980$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,763$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,854$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,585$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,345$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,853$	
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,352$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,409$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,343$	
Insónia	$p = 0,839$	
Hipersónia	$p = 0,898$	
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,875$	
Sensibilidade mamária	$p = 0,935$	
Cefaleias	$p = 0,277$	
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,005$	$R = -0,008$
Intumescimento abdominal	$p = 0,148$	
Aumento de peso	$p = 0,396$	
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,556$	
Relação com os colegas	$p = 0,155$	
Relação com a família	$p = 0,444$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,775$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,486$	

Tabela 17: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Tabagismo e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Tabagismo	
	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,356$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,981$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,115$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,439$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,903$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,735$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,025$	$R = -0,031$
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,640$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,834$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,676$	
Insónia	$p = 0,126$	
Hipersónia	$p = 0,808$	
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,114$	
Sensibilidade mamária	$p = 0,751$	
Cefaleias	$p = 0,033$	$R = 0,108$
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,267$	
Intumescimento abdominal	$p = 0,913$	
Aumento de peso	$p = 0,892$	
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,640$	
Relação com os colegas	$p = 0,933$	
Relação com a família	$p = 0,967$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,832$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,295$	

Tabela 18: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Alimentação e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de CC. Só constam da tabela os valores de CC das relações com significância estatística. Nota: CC = Coeficiente de Contingência.

Sintomas	Alimentação				
	Equilibrada	Rica em sal	> 2 cafés/dia	Preferência por carne "vermelha"	Rica em farináceos, doces e chocolates
Ira / Irritabilidade	$p = 0,818$	$p = 0,093$	$p = 0,602$	$p = 0,825$	$p = 0,808$
Ansiedade / Tensão	$p = 0,131$	$p = 0,034$ CC = 0,146	$p = 0,078$	$p = 0,374$	$p = 0,722$
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,792$	$p = 0,332$	$p = 0,045$ CC = 0,141	$p = 0,683$	$p = 0,301$
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,151$	$p = 0,262$	$p = 0,477$	$p = 0,206$	$p = 0,537$
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,413$	$p = 0,015$ CC = 0,160	$p = 0,004$ CC = 0,180	$p = 0,886$	$p = 0,211$
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,762$	$p = 0,115$	$p = 0,023$ CC = 0,153	$p = 0,490$	$p = 0,449$
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,331$	$p = 0,551$	$p = 0,100$	$p = 0,552$	$p = 0,432$
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,780$	$p = 0,391$	$p = 0,216$	$p = 0,223$	$p = 0,337$
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,389$	$p = 0,031$ CC = 0,147	$p = 0,696$	$p = 0,133$	$p = 0,096$
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,026$ CC = 0,151	$p = 0,277$	$p = 0,964$	$p = 0,058$	$p = 0,056$
Insónia	$p = 0,813$	$p = 0,001$ CC = 0,193	$p = 0,589$	$p = 0,370$	$p = 0,622$
Hipersónia	$p = 0,034$ CC = 0,146	$p = 0,563$	$p = 0,978$	$p = 0,233$	$p = 0,007$ CC = 0,172
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,329$	$p = 0,228$	$p = 0,463$	$p = 0,576$	$p = 0,300$
Sensibilidade mamária	$p = 0,171$	$p = 0,481$	$p = 0,322$	$p = 0,984$	$p = 0,303$
Cefaleias	$p = 0,718$	$p = 0,162$	$p = 0,443$	$p = 0,601$	$p = 0,779$
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,983$	$p = 0,976$	$p = 0,989$	$p = 0,133$	$p = 0,517$
Intumescimento abdominal	$p = 0,647$	$p = 0,446$	$p = 0,514$	$p = 0,536$	$p = 0,637$
Aumento de peso	$p = 0,771$	$p = 0,136$	$p = 0,891$	$p = 0,275$	$p = 0,481$
Impacto dos sintomas					
Eficiência e produtividade	$p = 0,074$	$p = 0,654$	$p = 0,287$	$p = 0,009$ CC = 0,167	$p = 0,277$
Relação com os colegas	$p = 0,021$ CC = 0,154	$p = 0,261$	$p = 0,002$ CC = 0,191	$p = 0,307$	$p = 0,116$
Relação com a família	$p = 0,388$	$p = 0,955$	$p = 0,017$ CC = 0,158	$p = 0,552$	$p = 0,044$ CC = 0,141
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,138$	$p = 0,564$	$p = 0,028$ CC = 0,149	$p = 0,071$	$p = 0,001$ CC = 0,195
Responsabilidades em casa	$p = 0,904$	$p = 0,189$	$p = 0,423$	$p = 0,190$	$p = 0,248$

Tabela 19: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Horas de sono e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de CC. Só constam da tabela os valores de CC das relações com significância estatística.

Sintomas	Horas de sono	
	p -value	Coefficiente de Contingência
Ira / Irritabilidade	$p = 0,106$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,188$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,795$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,467$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,015$	CC = 0,195
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p < 0,001$	CC = 0,245
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,001$	CC = 0,234
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,189$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,107$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,379$	
Insónia	$p = 0,239$	
Hipersónia	$p = 0,034$	CC = 0,182
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,001$	CC = 0,237
Sensibilidade mamária	$p = 0,645$	
Cefaleias	$p = 0,080$	
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,029$	CC = 0,184
Intumescimento abdominal	$p = 0,006$	CC = 0,208
Aumento de peso	$p = 0,130$	
Impacto dos sintomas		
Eficiência e produtividade	$p = 0,450$	
Relação com os colegas	$p = 0,030$	CC = 0,184
Relação com a família	$p = 0,570$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,002$	CC = 0,226
Responsabilidades em casa	$p = 0,420$	

Tabela 50: Resumo das tabulações cruzadas entre as variáveis Consumo de álcool e Sintomas e Impacto dos sintomas, com os valores de p e de R . Só constam da tabela os valores de R das relações com significância estatística.

Sintomas	Consumo de álcool			
	Vinho/cerveja		Outras bebidas	
	p -value	Correlação de Pearson	p -value	Correlação de Pearson
Ira / Irritabilidade	$p = 0,133$		$p = 0,816$	
Ansiedade / Tensão	$p = 0,683$		$p = 0,523$	
Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	$p = 0,256$		$p = 0,945$	
Humor depressivo / Desesperança	$p = 0,899$		$p = 0,895$	
Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	$p = 0,172$		$p = 0,440$	
Diminuição do interesse nas actividades em casa	$p = 0,885$		$p = 0,583$	
Diminuição do interesse nas actividades sociais	$p = 0,853$		$p = 0,482$	
Dificuldade em se concentrar	$p = 0,830$		$p = 0,615$	
Fadiga / Falta de energia	$p = 0,555$		$p = 0,504$	
Comer demasiado / Desejos por comida	$p = 0,636$		$p = 0,341$	
Insónia	$p = 0,527$		$p = 0,365$	
Hipersónia	$p = 0,041$	$R = 0,008$	$p = 0,036$	$R = 0,051$
Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	$p = 0,386$		$p = 0,388$	
Sensibilidade mamária	$p = 0,207$		$p = 0,684$	
Cefaleias	$p = 0,321$		$p = 0,004$	$R = 0,025$
Dores musculares ou nas articulações	$p = 0,020$	$R = -0,061$	$p = 0,370$	
Intumescimento abdominal	$p = 0,007$	$R = 0,015$	$p = 0,281$	
Aumento de peso	$p = 0,393$		$p = 0,164$	
Impacto dos sintomas				
<i>Eficiência e produtividade</i>	$p = 0,796$		$p = 0,889$	
Relação com os colegas	$p = 0,099$		$p = 0,618$	
Relação com a família	$p = 0,544$		$p = 0,921$	
Actividades sociais e de lazer	$p = 0,299$		$p = 0,770$	
Responsabilidades em casa	$p = 0,947$		$p = 0,591$	

Atendendo à Tabela 21, a maior percentagem assinalada para a opção Comer demasiado/Desejos por comida é “não”. Note-se que, quando cruzada com a idade, a maioria enquadra-se no escalão etário dos 18 aos 23 anos. Parece, então, que quanto mais novas são as alunas, menor a tendência para o surgimento desta queixa. A força da correlação existente é pequena tendo um valor de R de Pearson de -0.112.

Relativamente ao sintoma Cefaleias, a maior percentagem encontra-se na opção “não”. Ao cruzar este dado com a idade, a maioria situa-se, de novo, no escalão etário dos 18 aos 23 anos. Aparentemente quanto mais novas são as alunas, menor a tendência para apresentar este sintoma. No entanto, a correlação existente entre estas variáveis é fraca (valor de R de Pearson de 0,120).

Tabela 21: Tabulação cruzada entre as variáveis Idade e Gravidade de Sintomas, com *p*-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Idade			Totais	<i>p</i> -value	Pearson's R	
		18-23 anos	24-29 anos	≥ 30 anos				
Gravidade dos Sintomas somáticos	Comer demasiado/ Desejos por comida	Não	29,6%	8,3%	1,8%	39,7%	0,039	-0,112
		Ligeira	21,3%	2,3%	0,3%			
		Moderada	18,0%	4,5%	0,3%			
		Severa	12,0%	1,8%	0,0%			
	Cefaleias	Não	31,6%	7,0%	0,0%	38,6%	0,001	0,120
		Ligeira	24,6%	3,5%	0,8%			
		Moderada	19,5%	4,8%	0,5%			
		Severa	5,3%	1,5%	1,0%			

Analisando a tabela 22 verifica-se que a maioria se concentra no “não” do humor deprimido e, quando efectuado cruzamento com a variável Idade da menarca, a maioria recai no escalão etário entre os 9 e os 12 anos. Parece, então, que quanto mais precoce for a idade da menarca, menor a predisposição a sofrer de humor deprimido ou desesperança. Ressalve-se, no entanto, que a força desta associação é apenas trivial (valor de R de Pearson de 0,010).

Tabela 22: Tabulação cruzada entre as variáveis Idade da menarca e Gravidade de Sintomas, com p-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Idade da menarca (em anos)				Totais	p-value	Pearson's R
		9 aos 12	13 aos 16	≥ 17				
Gravidade dos Sintomas emocionais	Humor depressivo/ Desesperança	Não	20,3%	19,3%	0,0%	39,6%	0,006	0,010
		Ligeira	21,1%	12,8%	0,3%	34,1%		
		Moderada	12,0%	10,8%	0,0%	22,8%		
		Severa	1,5%	1,8%	0,3%	3,5%		

Confrontando as percentagens das categorias <18,5 (baixo peso) e ≥30 (obesidade), verifica-se que ter baixo peso está associado a mais queixas de intumescimento abdominal. No entanto, a correlação existente entre estas variáveis é fraca (valor de R de Pearson de 0,188).

De igual modo, ao comparar as percentagens das categorias <18,5 (baixo peso) e ≥30 (obesidade), pode constatar-se que as alunas obesas apresentam maior probabilidade de relatar aumento de peso no período pré-menstrual. Contudo, a força desta correlação é pequena (valor de R de Pearson de 0,229).

Tabela 23: Tabulação cruzada entre as variáveis I.M.C. e Gravidade de Sintomas, com p-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		I.M.C. (em Kg/m ²)				Totais	p-value	Pearson's R	
		< 18,5	18,5-24,9	≥ 25	≥ 30				
Gravidade dos Sintomas somáticos	Intumescimento abdominal	Não	4,5%	23,8%	1,8%	0,0%	30,1%	0,014	0,188
		Ligeira	2,3%	23,3%	2,5%	0,0%	28,1%		
		Moderada	1,8%	25,3%	3,5%	0,8%	31,4%		
		Severa	0,0%	9,0%	1,5%	0,0%	10,5%		
	Aumento de peso	Não	7,3%	41,1%	3,3%	0,0%	51,7%	0,001	0,229
		Ligeira	1,0%	23,3%	3,0%	0,3%	27,6%		
		Moderada	0,3%	14,0%	2,3%	0,5%	17,1%		
		Severa	0,0%	3,0%	0,8%	0,0%	3,8%		

No cruzamento de dados entre as variáveis Exercício físico e Gravidade das dores músculo-articulares evidencia-se uma aparente associação entre não praticar exercício físico e não experienciar dores músculo-articulares, podendo-se deduzir que as alunas que não praticam exercício físico apresentam uma menor predisposição para sofrer de dores nos músculos ou articulações. Deve-se salvaguardar, no entanto, que a força desta correlação é apenas trivial, com valor de R de Pearson de -0,008.

Tabela 24: Tabulação cruzada entre as variáveis Exercício Físico e Gravidade de Sintomas, com *p*-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Gravidade dos Sintomas somáticos				Totais	<i>p</i> -value	Pearson's R
		Dores músculo-articulares						
		Nenhuma	Ligeira	Moderada	Severa			
Exercício físico	Não	28,6%	17,5%	8,0%	3,0%	57,1%	0,005	-0,008
	Diariamente	2,0%	1,3%	0,0%	1,3%	4,6%		
	1 vez por semana	5,5%	2,5%	1,8%	0,3%	10,1%		
	2 vezes por semana	12,3%	5,0%	3,0%	0,3%	20,6%		
	3 vezes por semana	3,3%	2,0%	1,5%	1,0%	7,8%		
	Totais	51,7%	28,3%	14,3%	5,9%			

A Diminuição no interesse nas actividades sociais e de lazer mostra uma maior percentagem na opção “não”. Ao efectuar o cruzamento deste dado com a variável Tabagismo, verifica-se que a maioria recai sobre a opção “não”. Provavelmente, as alunas que não consomem tabaco relatam menos vezes diminuição no interesse nas actividades sociais e de lazer. De modo semelhante ao resultado do cruzamento de dados entre as variáveis Exercício físico e Gravidade das dores músculo-articulares, a força da correlação é apenas trivial (valor de R de Pearson de -0,031).

Quanto ao sintoma Cefaleias quando cruzado com o Tabagismo, verifica-se que a maioria se concentra na opção “não” em ambas as variáveis. Seguindo a mesma dedução anterior, as alunas que não consomem tabaco mostram uma menor tendência a queixar-se de cefaleias. Esta associação tem, contudo uma correlação fraca (valor de R de Pearson de 0,108).

Tabela 25: Tabulação cruzada entre as variáveis Tabagismo e Gravidade de Sintomas, com *p*-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

			Tabagismo			Totais	<i>p</i> -value	Pearson's R
			Não	< 10 cigarros/dia	10-20 cigarros/dia			
Gravidade dos Sintomas comportamentais	Diminuição do interesse nas actividades sociais e de lazer	Não	45,6%	5,3%	4,8%	55,7%	0,025	-0,031
		Ligeira	29,1%	2,3%	0,0%	31,4%		
		Moderada	7,8%	1,5%	1,0%	10,3%		
		Severa	2,3%	0,3%	0,3%	2,9%		
Gravidade dos Sintomas somáticos	Cefaleias	Não	33,3%	3,0%	2,3%	38,6%	0,033	0,108
		Ligeira	25,6%	2,5%	0,8%	28,9%		
		Moderada	20,3%	3,0%	1,5%	24,8%		
		Severa	5,5%	0,8%	1,5%	7,8%		

As tabelas 26.1 a 26.4 exibem os resultados estatisticamente significativos das tabulações cruzadas entre as variáveis Alimentação e Gravidade dos sintomas e Impacto dos sintomas sobre a vida funcional das alunas.

A relação entre Alimentação e Gravidade dos Sintomas emocionais só se revelou estatisticamente significativa para Ansiedade/Tensão. 8,5% das alunas declararam sentir ansiedade/tensão de um modo ligeiro com uma alimentação rica em sal, indicando que as alunas que consomem mais sal revelam maior tendência a serem ansiosas. De notar que a força desta correlação é pequena (valor de Coeficiente de Contingência de 0,146).

Tabela 26.1: Tabulação cruzada entre as variáveis Alimentação e Gravidade dos Sintomas emocionais com *p*-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam da tabela as relações estatisticamente significativas.

		Alimentação					<i>p</i> -value					Coeficiente de Contingência					
		Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	
Gravidade dos Sintomas emocionais	Ansiedade/Tensão	Não		3,5%													
		Ligeira		8,5%				0,034					0,146				
		Moderada		6,5%													
		Severa		1,8%													

As alunas que consomem mais que dois cafés por dia mostram uma maior propensão a terem queixas de choro fácil e maior sensibilidade à rejeição ou insucesso (4,3%). Esta associação tem uma fraca correlação (Coeficiente de Contingência de 0,141).

Ao cruzar as variáveis Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais com Alimentação rica em sal (9,8%) e Consumo de mais de dois cafés por dia (5,5%), obtém-se uma relação que aparenta indicar que as alunas que consomem mais sal na sua dieta e mais que dois cafés ao dia têm menor probabilidade de relatar o sintoma em questão. Esta associação tem também uma fraca correlação (Coeficiente de Contingência de 0,108).

O consumo de mais de dois cafés por dia está associado a uma ligeira Diminuição do interesse nas actividades em casa (6,3%). Semelhantemente às associações descritas exactamente antes para os outros dois sintomas comportamentais, esta associação tem também uma fraca correlação (Coeficiente de Contingência de 0,153).

Tabela 26.2: Tabulação cruzada entre as variáveis Alimentação e Gravidade dos Sintomas comportamentais com p-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam da tabela as relações estatisticamente significativas.

		Alimentação					p-value					Coeficiente de Contingência				
		Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces
Gravidade dos Sintomas comportamentais	Chorosa / Maior sensibilidade à rejeição ou insucesso	Não		4,3%					0,045					0,141		
		Ligeira		3,5%												
		Moderada		3,5%												
		Severa		2,0%												
	Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	Não		9,8%	5,5%			0,015	0,004			0,160	0,108			
		Ligeira		8,8%	5,3%											
		Moderada		1,0%	1,3%											
		Severa		0,8%	1,3%											
	Diminuição do interesse nas actividades em casa	Não			5,0%			0,023			0,153					
		Ligeira			6,3%											
		Moderada			1,3%											
		Severa			0,8%											

Como se pode verificar na tabela 25.3, a Fadiga ligeira parece estar associada a uma alimentação com excesso de sal (10,3%). Esta associação indicia que as alunas com uma alimentação rica em sal têm maior tendência a relatar fadiga. A intensidade desta correlação é pequena, com um Coeficiente de Contingência de 0,147.

A maior percentagem assinalada para a opção Comer demasiado/Desejos por comida é “gravidade ligeira” quando efectuado o cruzamento deste sintoma com Alimentação equilibrada (3,5%). Pode deduzir-se que as alunas com uma alimentação equilibrada possuem maior propensão para comer demais e sentir desejos por comida. Tal como para o sintoma anterior, a correlação entre Comer demasiado/Desejos por comida é Alimentação equilibrada é fraca (Coeficiente de Contingência de 0,151).

O excesso de sal na dieta parece estar relacionado com relatos de gravidade nula (“não”) no respeitante à Insónia. Aparentemente, quem consome mais sal tem menos queixas de insónia. Contudo, a força desta correlação é pequena.

O sintoma Hipersónia foi relacionado estatisticamente com as variáveis Alimentação equilibrada e Alimentação rica em farináceos, doces e chocolates. Conforme se observa na tabela abaixo apresentada, parece que tanto as alunas com uma alimentação equilibrada como aquelas que referem um maior consumo de produtos farináceos, doces e chocolates têm menor probabilidade de se apresentar com hipersónia. No entanto, e tal como descrito anteriormente para os outros três sintomas somáticos, a correlação é fraca (Coeficiente de Contingência de 0,146 e de 0,172, respectivamente).

Tabela 26.3: Tabulação cruzada entre as variáveis Alimentação e Gravidade dos Sintomas somáticos com *p*-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam da tabela as relações estatisticamente significativas.

		Alimentação					<i>p</i> -value					Coeficiente de Contingência				
		Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces
Gravidade dos Sintomas somáticos	Fadiga / Falta de energia	Não		4,5%			0,031					0,147				
		Ligeira		10,3%												
		Moderada		4,5%												
		Severa		1,0%												
	Comer demasiado / Desejos por comida	Não	2,5%				0,026					0,151				
		Ligeira	3,0%													
		Moderada	3,5%													
		Severa	2,8%													
	Insónia	Não		15,8%			0,001					0,193				
		Ligeira		2,0%												
		Moderada		1,8%												
		Severa		0,8%												
	Hipersónia	Não	6,8%			50,4%	0,034				0,007	0,146				0,172
		Ligeira	2,3%			15,8%										
		Moderada	1,5%			7,5%										
		Severa	1,3%			1,5%										

O impacto dos sintomas sobre a eficiência e produtividade está relacionado com a preferência por carne “vermelha”, parecendo que quem come mais carne de vaca ou porco tem maior tendência a que os seus sintomas pré-menstruais interfiram com a sua eficiência e produtividade. O Coeficiente de Contingência é de 0,167 revelando uma fraca correlação entre estas duas variáveis.

A relação com os colegas sofre influências dos sintomas experienciados estando aparentemente relacionada com uma alimentação equilibrada e com o consumo de café. Parece que as alunas que se alimentam equilibradamente e as que consomem mais de dois cafés por dia relatam uma menor interferência dos sintomas na sua relação com os colegas. Note-se, uma vez mais, uma fraca correlação entre estas variáveis (Coeficiente de Contingência de 0,154 e 0,191, respectivamente).

No que respeita à interferência dos sintomas na relação com a família, parece que as alunas que consomem mais de dois cafés por dia e muitos produtos farináceos, doces e chocolates referem uma menor interferência dos sintomas na sua relação com os familiares. Estas correlações têm uma força pequena (Coeficiente de Contingência de 0,158 e 0,141, respectivamente).

Tal como na descrição anterior para a relação com a família, podem fazer-se as mesmas deduções para o impacto da sintomatologia sobre as actividades sociais e de lazer. As alunas que consomem mais de dois cafés por dia e muitos produtos farináceos, doces e chocolates parecem alegar uma menor interferência dos sintomas nas actividades sociais e de lazer. Como se pode observar pela tabela abaixo, estas associações têm uma correlação fraca (Coeficiente de Contingência de 0,158 e 0,141, respectivamente).

Tabela 26.4: Tabulação cruzada entre as variáveis Alimentação e Impacto dos Sintomas sobre a vida funcional das alunas com p-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam da tabela as relações estatisticamente significativas.

		Alimentação					p-value					Coeficiente de Contingência				
		Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces	Equilibrada	Com muito sal	>2 cafés/dia	Prefere carne vermelha	Rica em farináceos e doces
Impacto dos sintomas sobre	Eficiência e produtividade	Não			12,5%											
		Ligeira			14,8%				0,009						0,167	
		Moderada			7,0%											
		Severa			0,8%											
	Relação com colegas	Não	5,3%		6,8%											
		Ligeira	3,5%		3,8%		0,021		0,002			0,154		0,191		
		Moderada	3,0%		2,0%											
		Severa	0,0%		0,8%											
	Relação com família	Não			6,3%	34,3%										
		Ligeira			4,0%	29,6%										
		Moderada			2,0%	10,5%			0,017		0,044			0,158		0,141
		Severa			1,0%	0,8%										
	Actividades sociais e de lazer	Não			5,5%	34,1%										
		Ligeira			4,5%	32,3%										
		Moderada			2,3%	7,8%			0,028		0,001			0,149		0,195
		Severa			1,0%	1,0%										

As tabelas 27.1 e 27.2 revelam os resultados estatisticamente significativos das tabulações cruzadas entre as variáveis Horas de sono e Gravidade dos sintomas e Impacto dos sintomas sobre a vida funcional das alunas.

A maior percentagem assinalada para a opção Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais está mais vincada na categoria “não”. Note-se que, quando cruzada com a variável Horas de sono, a maioria refere dormir menos de sete horas por noite. Parece, então, que quanto menos horas as alunas dormem menor a tendência para o surgimento desta queixa. O valor do Coeficiente de Contingência de 0,195, mostrando uma correlação fraca entre as variáveis.

As ilações retiradas do cruzamento anterior podem também ser aplicadas às variáveis Diminuição do interesse nas actividades em casa, Diminuição do interesse nas actividades sociais e Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo. “Não” é a opção que reúne a maioria nestes três sintomas comportamentais e quando cruzadas com a variável Horas de sono, a maioria refere dormir menos de sete horas por noite. Aparentemente quanto menos horas as alunas dormem por noite, menor a tendência para o surgimento deste tipo de sintomatologia. De igual modo, o Coeficiente de Contingência de 0,245; 0,234 e 0,237 implica uma correlação fraca entre as variáveis.

Tabela 27.1: Tabulação cruzada entre as variáveis Horas de sono e Gravidade de Sintomas comportamentais, com *p*-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Horas de sono			Totais	<i>p</i> -value	Coeficiente de Contingência		
		< 7 horas	7 a 10 horas	> 10 horas					
Gravidade dos Sintomas comportamentais	Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais	Não	41,1%	0,0%	16,8%	57,9%	0,015	0,195	
		Ligeira	19,8%	0,5%	9,3%				29,6%
		Moderada	6,8%	0,0%	2,8%				9,6%
		Severa	1,3%	0,3%	1,5%				3,1%
	Diminuição do interesse nas actividades em casa	Não	38,8%	0,0%	16,0%	54,8%	< 0,001	0,245	
		Ligeira	23,8%	0,5%	7,8%				32,1%
		Moderada	5,0%	0,0%	5,3%				10,3%
		Severa	1,3%	0,3%	1,3%				2,9%
	Diminuição do interesse nas actividades sociais	Não	40,9%	0,3%	14,5%	55,7%	0,001	0,234	
		Ligeira	21,8%	0,3%	9,3%				31,4%
		Moderada	5,3%	0,0%	5,0%				10,3%
		Severa	1,0%	0,3%	1,5%				2,8%
	Sentimento de opressão ou de estar fora de controlo	Não	49,9%	0,3%	21,1%	71,3%	0,001	0,237	
		Ligeira	14,5%	0,3%	5,5%				20,3%
		Moderada	3,0%	0,0%	3,5%				6,5%
		Severa	1,5%	0,3%	30,0%				31,8%

Relativamente aos sintomas Hipersónia e Dores músculo-articulares, o cruzamento dessas variáveis com Horas de sono segue a mesma linha de raciocínio. Ao analisar a tabela 27.2 verifica-se que mais uma vez, a maior percentagem se situa na opção “não” com a maioria das alunas a fazer referência a um sono de duração inferior a sete horas por noite. Pode-se, portanto, inferir que quanto menos horas as alunas dormem por noite, menor a tendência para a emergência de sintomas de hipersónia e dores músculo-articulares. As correlações existentes entre estas variáveis são pequenas, tal como mostra o valor do Coeficiente de Contingência (0,182 e 0,184, respectivamente).

A maioria percentual relativa ao sintoma Intumescimento abdominal encontra-se na opção “gravidade moderada”. Quando se cruza este dado com as Horas de sono, obtém-se uma maioria no sono com duração inferior a sete horas. Contrariamente ao sucedido

anteriormente, a ilação a ser retirada deste cruzamento é de que quanto menos horas as alunas dormem por noite, maior a predisposição para esta queixa mas a força desta correlação mantém-se fraca (a par das correlações anteriores), com valor do Coeficiente de Contingência de 0,208.

No que toca à interferência da sintomatologia sobre a relação com os colegas e sobre as actividades sociais e de lazer, a associação encontrada consiste em que uma menor quantidade de horas de sono (menos de sete) apresenta uma menor propensão para as queixas de interferências de sintomas sobre a vida funcional das alunas. O valor do Coeficiente de Contingência de 0,184 e 0,226, respectivamente mostra que a força de correlação entre as variáveis é pequena.

Tabela 27.2: Tabulação cruzada entre as variáveis Horas de sono e Gravidade de Sintomas somáticos e Impacto dos sintomas sobre a vida funcional das alunas, com *p*-value e Coeficiente de Contingência. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Horas de sono			Totais	<i>p</i> -value	Coeficiente de Contingência		
		< 7 horas	7 a 10 horas	> 10 horas					
Gravidade dos Sintomas somáticos	Hipersónia	Não	43,4%	0,0%	20,1%	63,5%	0,034	0,182	
		Ligeira	16,5%	0,3%	6,0%				22,8%
		Moderada	7,3%	0,3%	2,8%				10,4%
		Severa	1,8%	0,3%	1,5%				3,6%
	Dores musculares ou nas articulações	Não	35,8%	0,3%	15,5%	51,6%	0,029	0,184	
		Ligeira	21,8%	0,3%	6,3%				37,6%
		Moderada	8,3%	0,0%	6,0%				14,3%
		Severa	3,0%	0,3%	2,5%				5,8%
	Intumescimento abdominal	Não	20,8%	0,3%	9,0%	30,1%	0,006	0,208	
		Ligeira	19,3%	0,0%	8,8%				10,1%
		Moderada	23,6%	0,0%	7,8%				31,4%
		Severa	5,3%	0,5%	4,8%				10,6%
Impacto dos sintomas sobre	Relação com colegas	Não	35,6%	0,3%	13,5%	49,4%	0,030	0,184	
		Ligeira	25,1%	0,0%	12,5%				37,6%
		Moderada	8,0%	0,5%	3,5%				12,0%
		Severa	0,3%	0,0%	0,8%				1,1%
	Actividades sociais e de lazer	Não	33,8%	0,0%	12,3%	46,1%	0,002	0,226	
		Ligeira	26,6%	0,3%	12,0%				38,9%
		Moderada	7,8%	0,3%	4,8%				12,9%
		Severa	0,8%	0,3%	1,3%				2,4%

As tabelas 28.1 e 28.2 mostram os resultados estatisticamente significativos das tabulações cruzadas entre as variáveis Consumo de Álcool e Gravidade dos sintomas.

Hipersónia e Dores músculo-articulares estão significativamente relacionadas com o consumo de bebidas como vinho ou cerveja. Tendo em conta que as frequências mais elevadas respeitantes a estes dois sintomas somáticos se encontram nas opções “não” e “periodicidade raramente”, parece que quanto menos regularmente se ingere álcool, neste caso vinho ou cerveja, menor será a probabilidade deste tipo de queixas. A correlação entre

estas variáveis é trivial e pequena, com valores de R de Pearson de 0,008 e -0,061, respectivamente.

O intumescimento abdominal segue no sentido contrário aos dois sintomas citados anteriormente, com a maioria percentual da frequência em “gravidade moderada” e “periodicidade raramente”. Aparentemente, a ingestão infrequente de vinho ou cerveja contribui para uma maior tendência para o surgimento de intumescimento abdominal, correlação que é trivial, com um valor de R de Pearson de 0,015.

Tabela 28.1: Tabulação cruzada entre as variáveis Consumo de álcool: vinho/cerveja e Gravidade de Sintomas somáticos, com *p*-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Com que periodicidade ingere Vinho/ Cerveja?					Totais	<i>p</i> -value	Pearson's R		
		Raramente	Ocasional-mente	Mensal-mente	Semanal-mente	Diaria-mente					
Gravidade dos sintomas somáticos	Hipersónia	Não	36,8%	18,0%	2,3%	6,0%	0,3%	63,4%	0,041	0,008	
		Ligeira	10,5%	8,0%	1,3%	3,0%	0,0%				2,28%
		Moderada	6,8%	2,8%	0,5%	0,3%	0,0%				10,4%
		Severa	1,8%	1,3%	0,0%	0,3%	0,3%				3,7%
	Dores musculares ou nas articulações	Não	28,8%	13,8%	2,8%	6,0%	0,3%	51,7%	0,020	-0,061	
		Ligeira	15,3%	10,5%	0,0%	2,5%	0,0%				28,3%
		Moderada	7,8%	4,5%	1,3%	0,8%	0,0%				14,4%
		Severa	4,0%	1,3%	0,0%	0,3%	0,3%				5,9%
	Intumescimento abdominal	Não	18,8%	6,8%	0,3%	4,0%	0,3%	30,2%	0,007	0,015	
		Ligeira	15,5%	9,0%	1,3%	2,3%	0,0%				28,1%
		Moderada	14,8%	12,0%	2,5%	2,0%	0,0%				31,3%
		Severa	6,8%	2,3%	0,0%	1,3%	0,3%				10,7%

Por fim, os sintomas somáticos Hipersónia e Cefaleias, quando cruzados com a variável Periodicidade de Ingestão de outras bebidas alcoólicas (que não vinho ou cerveja), parecem induzir à conclusão de que quanto menos regularmente se ingere álcool, menor a probabilidade de surgimento de sintomatologia de hipersónia e cefaleias. Estas correlações têm uma força pequena e trivial com valores de R de Pearson de 0,051 e de 0,025, respectivamente.

Tabela 28.1: Tabulação cruzada entre as variáveis Consumo de álcool: outras bebidas alcoólicas e Gravidade de Sintomas somáticos, com *p*-value e Pearson's R. Nota: Só constam na tabela as relações estatisticamente significativas.

		Com que periodicidade ingere outras bebidas alcoólicas?					Totais	<i>p</i> -value	Pearson's R	
		Raramente	Ocasional-mente	Mensal-mente	Semanal-mente	Diaria-mente				
Gravidade dos sintomas somáticos	Hipersónia	Não	35,6%	22,3%	3,8%	1,5%	0,3%	63,5%	0,036	0,051
		Ligeira	10,5%	8,5%	2,0%	1,8%	0,0%	22,8%		
		Moderada	6,3%	3,0%	0,5%	0,5%	0,0%	10,3%		
		Severa	2,0%	1,0%	0,3%	0,0%	0,3%	3,6%		
	Cefaleias	Não	21,3%	13,0%	3,0%	1,3%	0,0%	38,6%	0,004	0,025
		Ligeira	14,8%	11,0%	2,0%	1,0%	0,0%	28,8%		
		Moderada	13,3%	9,3%	1,3%	1,0%	0,0%	24,9%		
		Severa	5,0%	1,5%	0,3%	0,5%	0,5%	7,8%		

Discussão

Descrita desde a época de Hipócrates, a S.P.M., apesar de muito estudada, é pouco compreendida. Este estudo foi realizado com o intuito de tentar entender melhor a fenomenologia desta síndrome estimando a sua prevalência, sintomatologia e o seu impacto na vida funcional, assim como identificar factores de risco numa amostra de alunas da Universidade da Beira Interior, Portugal, recorrendo a um questionário.

A amostra estudada tem, em média, cerca de 22 anos de idade. Este é um factor que parece estar relacionado, apesar de o ser fracamente, com a probabilidade de sofrer de S.P.M.. Os resultados revelaram que quanto mais novas são as alunas maior a probabilidade de desenvolver a síndrome, o que está de acordo com os de diversos autores ^(8, 19, 20) mas que contrariam os de *Eke et al.* ⁽³⁾ e de *Balaha et al.* ⁽¹²⁾. *Pinar et al.* ⁽²²⁾ menciona a inexistência de relação estatisticamente significativa entre S.P.M. e idade. No entanto, contrariando a ilação retirada anteriormente, quando efectuado o cruzamento de dados entre a idade e os sintomas em particular, os resultados revelam que quanto mais novas são as alunas, menor a tendência para o surgimento de sintomatologia do tipo desejos por comida e cefaleias. Ressalve-se, contudo, que a força das associações referidas é pequena.

Relativamente à etnia, a quase totalidade das inquiridas é caucasiana, o que por si pode constituir um factor predisponente para S.P.M. pois segundo estudos como o de *Silva et al.* ⁽⁸⁾ a SPM está associada à pele clara. A maioria das alunas refere viver com colegas. Está descrito na literatura que viver sozinho apresenta maior probabilidade de sintomas pré-menstruais. Neste caso, a maioria não vive sozinha o que permite deduzir uma menor propensão ao surgimento deste tipo de sintomatologia, contudo, vários autores ^(22, 24) não encontraram uma relação estatisticamente significativa entre viver sozinho e S.P.M.. Aproximadamente 50% das estudantes que responderam ao questionário frequentam o curso de Medicina, o que pode ser explicado pelo acesso mais frequente ao *e-mail* da F.C.S. pelas alunas do referido curso comparativamente às estudantes de outros cursos que não acedem com tanta frequência ao *e-mail* da UBI (meios de divulgação do inquérito on-line). Existe, também, uma distribuição quase equitativa no ano de frequência do curso (maioritariamente entre o primeiro e terceiro anos).

A menarca ocorre, em média, aos 12 anos de idade e as alunas referem um fluxo menstrual com duração média de cinco dias. A idade da menarca não aparenta estar estatisticamente relacionada com a emergência de sintomatologia pré-menstrual, tal como *Pinar et al.* ⁽²²⁾ concluiu, no entanto tem significância estatística no que toca à queixa particular de humor

deprimido. Parece, então, que quanto mais precoce for a idade da menarca, menor a predisposição a sofrer de humor deprimido ou desesperança, apesar de estas associações serem de pequena intensidade. Em oposição, *Eke et al.* ⁽³⁾ e *Balaha et al.* ⁽¹²⁾ concluíram que a idade precoce da menarca está relacionada com o desenvolvimento de sintomatologia pré-menstrual.

No que concerne à vida sexual e à contraceção, 396 alunas referiram já serem sexualmente activas e 311 (69,4% do total) relataram a utilização de contraceptivo oral combinado como principal método de contraceção, sendo as pílulas mais utilizadas a *Minigeste*[®] e a *Yasmin*[®]. Vários estudos, incluindo o de *Silva et al.* ⁽⁸⁾, apontam para a utilização de anticoncepção hormonal como factor de protecção em relação ao surgimento dos sintomas. De notar que 43 das 110 alunas que seleccionaram o preservativo com principal método anticonceptivo referem a utilização concomitante de pílula oral combinada. Ainda relativamente aos métodos anticoncepcionais, 36,2% admitiram uma antecedente alteração de pílula oral. Destas, a maioria mencionou a utilização anterior de *Diane35*[®] e *Yasmin*[®].

Tendo em conta o possível efeito de enviesamento de resultados, foram criados critérios de exclusão para o restante questionário em que os dados fornecidos foram empregues unicamente na caracterização da amostra. 13 alunas referiram ter como principal método anticoncepcional a pílula de progestagénios (*Cerazette*[®]), o implante hormonal contraceptivo (*Implanon*[®]) e a injeção trimestral (*DepoProvera*[®]) e outras 12 estudantes mencionaram a utilização frequente de medicamentos como ansiolíticos, antidepressivos, diuréticos ou estabilizadores do humor (como o lítio), perfazendo um total de 49 inquiridas excluídas. O uso regular de medicamentos, especificamente de ansiolíticos, antidepressivos, diuréticos ou estabilizadores do humor (como o lítio) foi descrito por 10,9% das estudantes inquiridas, e obrigou à sua exclusão da análise.

Analisando os graus de gravidade na Tabela 6 (secção Resultados), pode constatar-se que os sintomas mais relatados são sensibilidade mamária (72,1%), ira/irritabilidade (67,4%), intumescimento abdominal (62,3%) e ansiedade/tensão (60,7%), sendo os menos relatados a insónia (17,1%) e a diminuição do interesse nas actividades em casa (11,7%). Estes dados estão de acordo com os achados de vários autores ^(8, 11, 12, 19) mas contradizem os de outros ^(13, 21, 22, 24). De igual modo, quando se observa a intensidade do impacto da sintomatologia pré-menstrual sobre os diversos aspectos da vida funcional, constata-se que 52% das estudantes referem interferência dos sintomas com a sua eficiência e produtividade, 45,1% e 47,7% relatam impacto negativo dos sintomas sobre a sua relação com os colegas e com a família, respectivamente, e 48% descrevem que as actividades sociais e de lazer são influenciadas por queixas pré-menstruais. Ainda também, 33,5% referem uma diminuição do interesse em executar as tarefas de casa o que mantém uma certa harmonia com as conclusões de *Balaha et al.* ⁽¹²⁾ que aludem à limitação das tarefas domésticas diárias em 41,6% devido à S.P.M. .

Utilizando os critérios diagnósticos de S.P.M. da DSM-IV foram diagnosticados 258 casos ou seja, uma prevalência de 57,6%, quantitativo que diverge de vários estudos ^(8, 12, 23, 24) que indicam uma prevalência mais baixa ou o de *Antai et al.* ⁽¹⁹⁾ e o de *Silva et al.* ⁽⁸⁾ que relatam prevalência mais elevada, de 86% e 95,4%, respectivamente. A prevalência estimada neste tipo de estudo pode ser subestimada devido à possibilidade de as inquiridas estarem a ser submetidas a alguma forma de tratamento que não relataram ⁽⁸⁾. De notar que os resultados da prevalência são influenciados pelas diferenças nos critérios diagnósticos, metodologia do estudo, técnica de amostragem e tipo de população em estudo e, ainda, por factores culturais, étnicos, etários e geográficos ^(3, 11, 12, 19, 20, 23, 24).

Quando questionadas acerca de patologias pré-existentes do aparelho reprodutor, apenas 23 alunas (5,1%) responderam afirmativamente, sendo que nenhuma referiu ter D.I.P. e a S.O.P. abrange 19 das alunas (4,2%). Estes valores parecem indicar que não existe uma relação, pelo menos evidente, entre S.P.M. e doenças orgânicas do aparelho reprodutor.

A dor relacionada com o período menstrual obriga, muitas vezes, ao recurso a medicamentos analgésicos. 76,8% das estudantes admitem a utilização de fármacos, principalmente Ben-U-Ron[®], Brufen[®] e Trifene 200[®], enquanto no estudo de *Pinar et al.* ⁽²²⁾ somente 45,6% utilizam analgésicos. Saliente-se, ainda, que 10 alunas mencionaram a necessidade de fazer associação de diferentes analgésicos para conseguir controlar as dores relacionadas com a menstruação. Como se pode reconhecer por estes resultados, a dor relacionada com o período menstrual parece ter uma intensidade moderada que induz a necessidade de analgesia, extremando nas associações de analgésicos para o controlo de dor intensa.

Pretendeu-se avaliar a importância e o impacto que a sintomatologia pré-menstrual exibem sobre os diferentes aspectos da vida das estudantes ao colocar a questão acerca de uma anterior discussão sobre os sintomas com um médico. Somente 33,3% das alunas admitiram terem discutido os sintomas experienciados com um especialista, compactuando com os resultados de *Pinar et al.* ⁽²²⁾ que refere apenas 25,5%. No entanto, ressalve-se que este tipo de informação pode sofrer influências devidas à idade ou à cultura impossibilitando uma comparação generalizada a outros estudos.

Balaha et al. ⁽¹²⁾ e *Antai et al.* ⁽¹⁹⁾ o I.M.C. elevado (≥ 30) está relacionado com S.P.M. e *Eke et al.* ⁽³⁾ afirma o exacto oposto. Nesta amostra, o peso médio era de 58 Kg e altura média de 1,64 m. Partindo dos valores fornecidos de peso e altura foi calculado o índice de massa corporal cujo valor médio é de 21,64 Kg/m². Neste estudo, o cruzamento de dados entre S.P.M. e I.M.C. não revelou uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, tal como inferido por *Pinar et al.* ⁽²²⁾. Todavia, ao confrontar as percentagens das categorias <18,5 (baixo peso) e ≥ 30 (obesidade), verifica-se que ter baixo peso está associado a mais queixas de intumescimento abdominal e que as alunas obesas apresentam maior

probabilidade de relatar aumento de peso no período pré-menstrual, realçando-se que intensidade de associação entre estas variáveis é fraca.

A existência de sintomatologia semelhante na família é um achado comum neste trabalho tendo em vista que 55,4% das alunas admitiram terem familiares com queixas similares. Esta elevada percentagem pode demonstrar um carácter hereditário da síndrome, o que está de acordo com os autores ^(3, 12) que defendem a existência de uma associação entre S.P.M. e história familiar e diverge dos que a negam ⁽²²⁾.

O tabagismo parece ser um factor predisponente para o surgimento de sintomas pré-menstruais, como concluiu *Pinar et al.* ⁽²²⁾. Entretanto, o estudo de *Silva et al.* ⁽⁸⁾ não encontrou uma relação estatisticamente significativa entre S.P.M. e o consumo de tabaco. Neste estudo a amostra era constituída por 13,7% de fumadoras das quais 8,3% fumam menos que 10 cigarros ao dia, 5,4% fumam entre meio e um maço por dia e nenhuma fuma mais que 20 cigarros por dia. Ao cruzar os dados, verificou-se que existe uma correlação inversa entre consumo de tabaco e S.P.M., podendo-se deduzir que fumar pode ser um potencial factor protector contra a emergência de sintomatologia pré-menstrual (com uma força grande de correlação). Porém, quando se confronta a carga tabágica com os sintomas em particular pode constatar-se que fumar está associado a uma diminuição do interesse nas actividades sociais e de lazer e a uma maior tendência a sofrer de cefaleias (com intensidade fraca de associação).

A depressão sem causa aparente não associada ao ciclo menstrual foi relatada por 89 alunas (19,9%) e é um outro factor a ter em consideração como possível condição de enviesamento uma vez que a depressão pode incitar a uma exacerbação dos sintomas, principalmente num questionário deste tipo.

As tentativas de emagrecimento também já foram associadas a S.P.M.. Nesta amostra, 28,8% das inquiridas admitiram tentativas anteriores de perda de peso e em que 20,8% já efectuaram três ou mais tentativas. Este facto pode mostrar um descontentamento com a imagem corporal e uma depressão subjacente que pode, por sua vez, indicar que a depressão esteja associada a uma maior probabilidade de sofrer de S.P.M..

Segundo *Pinar et al.* ⁽²²⁾, a prática regular de exercício físico pode actuar contra o aparecimento de sintomatologia pré-menstrual ao fornecer um meio de escape ao stress diário. Todavia, nem este autor nem *Silva et al.* ⁽⁸⁾ encontraram uma relação estatisticamente significativa entre S.P.M. e a prática de exercício. Das 399 alunas que responderam às questões relativas à prática de exercício físico, aproximadamente metade (49,1%) referiu praticar exercício regularmente, tendo a periodicidade de 2 vezes por semana reunido a maior percentagem (18,3%). Os resultados obtidos neste estudo também indicam uma relação entre S.P.M. e Exercício Físico (com valores de p -value < 0,001 e R de Pearson de -0,439). Ou seja, não praticar exercício parece implicar maior probabilidade de sofrer de S.P.M., porém

determinou-se, através dos testes estatísticos, que as alunas que não praticam exercício físico apresentam uma menor predisposição para sofrer de dores nos músculos ou articulações (deve-se salvaguardar que a força desta correlação é apenas trivial).

As horas de sono por noite não parecem afectar a sintomatologia da S.P.M., não tendo sido obtida uma relação estatisticamente significativa. Alguns autores descrevem uma relação entre dormir menos horas por noite e maior gravidade da sintomatologia ⁽²⁰⁾, contudo, os resultados do actual estudo indicam que dormir menos horas está associado a uma menor diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais, nas actividades em casa e nas actividades sociais, menos queixas de sentimento de opressão ou de estar fora de controlo, hipersónia e dores músculo-articulares e menor impacto negativo sobre a relação das doentes com os seus colegas e actividades sociais e de lazer, apesar de maior probabilidade de Intumescimento abdominal.

O tipo de alimentação é, sem dúvida, um factor preponderante na apresentação de sintomatologia de S.P.M.. Ao cruzar os dados entre as variáveis Alimentação e S.P.M. foram obtidas relações estatisticamente significativas e todas com intensidade de correlação elevada, em oposição a *Pinar et al.* ⁽²²⁾ que não encontrou associação estatística entre S.P.M. e adição excessiva de sal à dieta. Uma alimentação não equilibrada, pobre em sal, a preferência por carne “branca” e peixe e alimentação rica em farináceos, doces e chocolates ⁽³⁾ parece predispor ao surgimento de S.P.M., enquanto o consumo de mais de dois cafés por dia aparenta ser um factor protector (tal como referido acima para o consumo de tabaco), impugnando a informação descrita na literatura ⁽²²⁾. Quando a análise é realizada aos sintomas individualmente, a alimentação equilibrada vaticina uma maior tendência para comer demais e sentir desejos por comida mas menor propensão para hipersónia e interferência dos sintomas na relação com os colegas. Um consumo excessivo de sal prediz maior propensão para a ansiedade e fadiga, mas menor tendência para Diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais e insónia. O consumo de mais de dois cafés por dia prognostica maior predisposição para queixas de choro fácil e maior sensibilidade à rejeição ou insucesso e ligeira diminuição do interesse nas actividades em casa, resultados que refutam os achados de *Thu et al.* ⁽²⁰⁾ que refere que o consumo de cafeína está associado a sensibilidade mamária. No entanto, pelo contrário, este consumo aumentado de cafeína está associado a menor diminuição do interesse nas actividades escolares/laborais e menor interferência dos sintomas na relação com os colegas e com a família e nas actividades sociais e de lazer. Concluiu-se, também, que quem come mais carne de vaca ou porco tem maior tendência a que os seus sintomas pré-menstruais interfiram com a sua eficiência e produtividade. Por fim, a alimentação rica em farináceos, doces e chocolates está relacionada com menor tendência para sofrer de hipersónia e menor interferência dos sintomas na relação com os familiares e nas actividades sociais e de lazer.

O consumo de álcool não está estatisticamente relacionado à S.P.M. neste estudo contrariamente ao realizado por *Pinar et al.* ⁽²²⁾ que refere menor qualidade de vida devido aos sintomas de S.P.M. quando se ingere álcool. Contudo, existe evidência estatística de que quanto menos regularmente se ingere álcool menor será a probabilidade de hipersónia ou dores músculo-articulares, sendo porém, maior a de ter intumescimento abdominal quando se ingere vinho ou cerveja.

Em suma, a Síndrome Pré-Menstrual é um quadro clínico sindrómico comum na faixa etária estudada e os factores como idade, prática de exercício físico, tabagismo e tipo de alimentação, podem ser considerados como agentes prognósticos desta síndrome. No entanto, há que ter em conta que esses factores e outros em que não foi demonstrada relação estatística significativa (tal como idade da menarca, I.M.C., horas de sono por noite e ingestão de álcool) podem influenciar os diferentes sintomas de diversos modos. Portanto, os custos acarretados pela disfunção da vida social e quotidiana causada pela S.P.M. justificam um investimento no diagnóstico e tratamento desta perturbação.

Limitações e pontos fortes:

O presente estudo tem diversas limitações no que concerne à aplicabilidade em diferentes cenários. O tempo condicionou a validação do questionário e a dimensão da amostra. O método de investigação retrospectivo em que as inquiridas relatam acontecimentos anteriores à pesquisa (questionário “self-reported”) limita no sentido de poderem existir viés de memória. Por fim, não será possível generalizar os achados a toda a comunidade estudantil de Portugal devido ao desenho transversal do estudo que impediu a determinação de relações longitudinais.

Apesar das limitações, este estudo tem também pontos a seu favor. É um dos primeiros em Portugal deste género, mostra consistência de resultados com outros estudos estrangeiros sobre o mesmo tema, utiliza uma das escalas validadas para S.P.M. no inquérito que serviu de base para o estudo ⁽²⁵⁾ e pode fornecer informações importantes para criar e explorar opções de tratamento para esta síndrome.

Perspectivas futuras:

A elevada prevalência da S.P.M. e os seus efeitos prejudiciais na qualidade de vida legitimam a realização de novos estudos de modo a que se consiga ampliar o espectro de conhecimento acerca desta patologia que actualmente é escasso. Propõem-se novos estudos construídos a partir de testes de hipóteses, com amostras maiores e escalões etários mais alargados, de preferência com delineamento prospectivo, de base populacional e que incluam o estudo de outros factores como o número de dias de sintomas pré-menstruais e impacto sobre absentismo laboral ⁽²⁾.

O objectivo principal do presente trabalho é de caracterizar a prevalência da S.P.M.. Tendo este um delineamento transversal não é clinicamente seguro para um diagnóstico assertivo de S.P.M. uma vez que não é prospectivo e não inclui pelo menos 2 ciclos consecutivos como referenciado pela literatura, portanto é necessário um estudo posterior para averiguar a validade do questionário utilizado no futuro.

Referências Bibliográficas

- [1] Heinemann, L. Key findings of the IMPACT study. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 9-13.
- [2] Heinemann, L, Minh, T, Filonenko, A, Uhl-Hochgräber, K. Explorative evaluation of the impact of severe premenstrual disorders on work absenteeism and productivity. *Women's Health Issues*, volume 20, nº 1, 2010, págs. 58-65.
- [3] Eke, A, Akabuike, J, Maduekwe, K. Predictors of Premenstrual Syndrome among Nigerian university students. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, volume 112, nº 1, 2011, págs. 63-64.
- [4] Bäckström, T, Heineman, K, Nyberg, S, Hammarbäck, S. Definition and prevalence of premenstrual syndromes. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 14-17.
- [5] Ismail, K, O'Brien, P. Premenstrual Syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology*, nº 11, 2001, págs. 251-255.
- [6] Ismail, K, O'Brien, P. Premenstrual Syndrome. *Current Obstetrics & Gynaecology*, nº 15, 2005, págs. 25-30.
- [7] Salamat, S, Ismail, K, O'Brien, P. Premenstrual Syndrome. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, volume 18, nº 2, 2007, págs. 29-32.
- [8] Silva, C, Gigante, D, Carret, M, Fassa, A. Estudo populacional de Síndrome Pré-Menstrual, *Rev. Saúde Pública*, volume 40, nº 1, 2006, págs. 47-56.
- [9] Sampson, G. Premenstrual syndrome. *Baill. Clin. Obstet. Gynecol.*, volume 3, número 4, 1989, págs. 687-704.
- [10] Dell, D. Symptoms of premenstrual disorders. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 5-8.
- [11] Dueñas, J, Lete, I, Bermejo, R, Arbat, A, Pérez-Campos, E, Martínez-Salmeán, J, Serrano, I, Doval, J, Coll, C. 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*, volume 156, nº 1, 2011, págs. 72-77.

- [12] Balaha, M, Amr, M, Moghannum, M, Muhaidab, N. The phenomenology of Premenstrual Syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan African Medical Journal*, 2010.
- [13] Muramatsu, C, Vieira, O, Simões, C, Katayama, D, Nakagawa, F. Consequências da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual na vida da mulher, *Rev Esc Enferm U.S.P.*, volume 35, nº 3, 2001, págs. 205-2013.
- [14] Derman, O, Nuray, O, Tokur, T, Kutluk, T. Premenstrual Syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, nº 116, 2004, págs. 201-206.
- [15] Vichnin, M, Freeman, E, Lin, H, Hillman, J, Bui, S. Premenstrual Syndrome (PMS) in Adolescents: Severity and Impairment. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, nº 19, 2006, págs. 397-402.
- [16] Campagne, A, Campagne, G. The Premenstrual Syndrome revisited. *European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, nº 130, 2007, págs. 4-17.
- [17] Yonkers, K, O'Brien, P, Eriksson, E. Premenstrual Syndrome. *The Lancet*, volume 371, 2008, págs. 1200-1210.
- [18] Andrzej, M, Diana, J. Premenstrual Syndrome: From etiology to treatment. *Maturitas*, 2006, págs. 47-54.
- [19] Antai, A, Udezi, A, Ekanem, E, Okon, U, Umoiyoho, A. Premenstrual Syndrome: Prevalence in Students of the University of Calabar, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research*, volume 7, 2004, págs. 45-50.
- [20] Thu, M, Diaz, E, Sawhsarkapaw. Premenstrual Syndrome among female university students in Thailand. *AU J. T.*, volume 9, nº 3, 2006, págs. 158-162.
- [210] Nogueira, C, Silva, J. Prevalência dos sintomas da Síndrome Pré-Menstrual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, volume 22, nº 6, 2000, págs. 347-351.
- [22] Pinar, G, Colak, M, Oksuz, E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare*, volume 2, nº 1, 2011, págs. 21-27.
- [23] Approbato, M, Silva, C, Perini, G, Miranda, T, Fonseca, T, Freitas, V. Síndrome Pré-Menstrual e Desempenho Escolar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, volume 23, nº 7, 2001, págs. 459-462.
- [24] Bakhshani, N, Mousavi, M, Khodabandeh, G. Prevalence and severity of premenstrual symptoms among Iranian female University Students. *Journal Pakistan Medical Association*, volume 59, nº 4, 2009, págs. 205-208.

- [25] Steiner, M. Tools for diagnosing premenstrual disorders. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 17-21.
- [26] World Health Organization. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and related health problems. 2nd edition, 10th review. Geneva: WHO, 2004.
- [27] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994; 715-718.
- [28] American College of Obstetricians and Gynecologists. Premenstrual Syndrome: Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists. ACOG practice bulletin 15. Washington, DC: ACOG, 2000.
- [29] Steiner, M, MacDougall, M, Brown, E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*, volume 6, págs. 203-209.
- [30] O'Brien, P. A clinician's guide to premenstrual disorders. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 3-4.
- [31] El-Gizawy, Z, O'Brien, P. Premenstrual exacerbation of underlying medical conditions and psychiatric disorders. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 22-24.
- [32] Rapkin, A, Stein, S. Treatment approaches to premenstrual disorders: what really works?. *Gynaecology Forum*, volume 14, nº 3, 2009, págs. 5-8.

Anexos

Anexo I

Questionário utilizado para a recolha de dados.

1. Idade		(anos)
2. Etnia	<ul style="list-style-type: none">• Caucasiana• Africana• Mongolóide• Outra _____	
3. Que curso frequenta na U.B.I.?		
4. Que ano frequenta?	<ul style="list-style-type: none">• 1º• 2º• 3º• 4º• 5º• 6º	
5. Com quem vive?	<ul style="list-style-type: none">• Sozinha• Em residência universitária ou similar• Com familiares	

6. Idade da menarca (primeira menstruação)	(anos)
7. Quantos dias costuma durar o seu fluxo menstrual?	(dias)
8. Já teve relações sexuais?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
9. Utiliza contraceptivos? (se utilizar mais que um simultaneamente seleccione o principal)	<ul style="list-style-type: none"> • Pílula oral combinada (estrogéneos + progestagéneos) • Pílula de progestagéneos (Cerazette®) • Implante hormonal contraceptivo (Implanon®) • Anel vaginal (NuvaRing®) • Emplastro (Evra®) • Injecção trimestral (DepoProvera®) • DIU hormonal (Mirena®) • DIU com cobre • Preservativo
9.1 Qual a pílula que utiliza?	<ul style="list-style-type: none"> • Minigeste® • Hormonet® • Mercilon® • Marvelon® • Minulet® • Yasmin® • Belara® • Yasminelle® • Miranova® • Gínera® • Valette® • Yaz® • Gracial® • Tri-Minulet® • Tri-Gynera® • Diane35® • Outra _____
9.2 Já mudou de pílula?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
9.2.1 Qual tomava antes?	
10. Toma algum destes medicamentos?	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepressivos (como por ex.: Valdoxan®, Amytril®, Ciprallex®, Zyban®, Cymbalta®, Prozac®, Tofranil®, Zoloft®) • Ansiolíticos (como por ex.: Valium®, Xanax®, Buprex®, Librium®, Mandrax®, Rohipnol®, Serenal®) • Antipsicóticos (como por ex.: Risperdal®, Leponex®, Haldol®, Seroquel®, Zyprexa®) • Lítio (como por ex.: Priadel®) • Diuréticos (como por ex.: Lasix®, Fludex®, Carbinib®) • Não

11. Experiencia algum ou alguns destes sintomas na semana antes do período menstrual e que regridem após o seu término?

Nunca

Ligeira-
mente

Moderadame-
nte

Severa-
mente

Ira/Irritabilidade

Ansiedade/Tensão

Chorosa/Maior sensibilidade à
rejeição ou insucesso

Humor depressivo/desesperança

Diminuição do interesse nas
actividades escolares/laborais

Diminuição do interesse nas
actividades em casa

Diminuição do interesse nas
actividades sociais

Dificuldade em se concentrar

Fadiga/Falta de energia

Comer demasiado/Desejos por
comida

Insónia

Hipersónia (necessidade de dormir
mais)

Sentimento de opressão ou de estar
fora de controlo

Sensibilidade mamária

Cefaleias (dores de cabeça)

Dores musculares ou nas articulações

Inchaço

Aumento de peso

12. Os seus sintomas interferem com:

Nunca Ligeira-
mente Moderadame-
nte Severa-
mente

Sua eficiência e produtividade

Relação com os colegas

Relação com a família

Actividades sociais e de lazer

Responsabilidades em casa

13. Tem doenças do aparelho reprodutor?

- Sim
- Não

13.1 Quais?

- Síndrome do Ovário Poliquístico
- Endometriose
- Doença Inflamatória Pélvica residual
- Outra _____

14. Que medicamentos utiliza para aliviar a dor relacionada com o período?

- Trifene 200
- Ben-U-Ron
- Brufen
- Outro _____

15. Alguma vez discutiu os seus sintomas com um médico?

- Sim
- Não

16. Qual o seu peso?

(Kg)

17. Qual a sua altura?

(cm)

18. Tem alguém na sua família com sintomas semelhantes aos seus?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
19. É fumadora? É fumadora?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
19.1 Quantos cigarros fuma ao dia?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 • Entre 10 a 20 • Mais de 20
20. Independentemente do seu ciclo menstrual sente-se com frequência deprimida sem causa aparente?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
21. Já tentou emagrecer várias vezes?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
21.1 Quantas vezes?	<ul style="list-style-type: none"> • 1 vez • 2 vezes • Mais vezes
22. Faz exercício com alguma periodicidade?	<ul style="list-style-type: none"> • Sim • Não
22.1 Com que periodicidade pratica exercício?	<ul style="list-style-type: none"> • 1x/semana • 2x/semana • 3x/semana • Diariamente
23. Quantas horas dorme por noite?	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 7 horas • Entre 7 a 10 horas • Mais de 10 horas
24. A sua alimentação: (admite resposta múltipla)	<ul style="list-style-type: none"> ➢ É equilibrada ➢ Gosta da comida com bastante sal ➢ Toma mais que dois cafés por dia ➢ Prefere carne de vaca/porco a peixe ou frango/perú ➢ Come com frequência farináceos, doces e chocolates?
25. Ingestão de álcool:	
25.1 Com que periodicidade ingere vinho ou cerveja?	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente • Ocasionalmente • Mensalmente • Semanalmente • Diariamente
25.2 Com que periodicidade ingere outras bebidas alcoólicas?	<ul style="list-style-type: none"> • Raramente • Ocasionalmente • Mensalmente • Semanalmente • Diariamente