



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Longo da Silva, Celene Maria; Petrucci Gigante, Denise; Vidal Carret, Maria Laura; Gastal Fassa, Anaclaudia

Estudo populacional de síndrome pré-menstrual

Revista de Saúde Pública, vol. 40, núm. 1, enero-febrero, 2006, pp. 47-56

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240151009>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estudo populacional de síndrome pré-menstrual

Population study of premenstrual syndrome

Celene Maria Longo da Silva*, Denise Petrucci Gigante, Maria Laura Vidal Carret e Anaclaudia Gastal Fassa

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Síndrome pré-menstrual, diagnóstico. Síndrome pré-menstrual, epidemiologia. Sintomas, classificação. Estudos transversais. Levantamentos epidemiológicos.

Resumo

Objetivo

Estudar a prevalência e fatores associados à síndrome pré-menstrual, comparando a frequência encontrada com a auto-referida.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, com 1.395 mulheres de 15 a 49 anos no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, em 2003. Foram aplicados questionários para medir a prevalência da síndrome pré-menstrual por meio de um escore, construído a partir de cinco sintomas pré-menstruais que interferiam na vida familiar ou levavam à falta ao trabalho ou à escola. Foram investigadas associações entre alguns fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais. A síndrome auto-referida foi investigada quanto à sua sensibilidade e especificidade, considerando o escore como padrão-ouro. As análises estatísticas utilizadas foram χ^2 de Pearson, Mantel Haenszel e regressão de Poisson, além do coeficiente de Kappa para verificar concordância de respostas.

Resultados

A prevalência encontrada foi de 25,2% (IC 95%: 22,5-27,9) e auto-referida 60,3% (IC 95%: 57,4-63,3). Os principais sintomas pré-menstruais foram: irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos acima de 50% de prevalência. Mulheres de melhor nível econômico, maior escolaridade, menores de 30 anos e com pele branca apresentaram risco mais elevado. As usuárias de psicofármacos e as que não usavam anticoncepção hormonal apresentaram maior prevalência. A sensibilidade do teste foi de 94%, a especificidade 51% e a acurácia 62%.

Conclusões

Foi alta a prevalência da síndrome pré-menstrual encontrada. Embora a percepção das mulheres seja maior do que aquela medida com o escore, ainda assim, um quarto das mulheres apresentou esse problema de saúde.

Keywords

Premenstrual syndrome, diagnosis. Premenstrual syndrome, epidemiology. Symptoms, classification. Cross-sectional studies. Health surveys.

Abstract

Objective

To study the prevalence of premenstrual syndrome and the factors associated with this, by comparing the obtained frequency with the self-reported frequency.

Methods

This was a cross-sectional population-based study, involving 1,395 women aged 15

Correspondência/ Correspondence:

Celene Maria Longo da Silva
Av. Duque de Caxias, 250 3º piso
96030-020 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: celene.longo@terra.com.br

*Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Baseado na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina da UFPel, em 2004.

Recebido em 13/12/2004. Reapresentado em 10/6/2005. Aprovado em 18/7/2005.

to 49 years old in a medium-sized municipality in Southern Brazil, carried out in 2003. Questionnaires were applied to measure the prevalence of premenstrual syndrome by means of a score based on five premenstrual symptoms that interfered with family life or led to absence from work or school. Associations with socioeconomic, demographic and behavioral variables were investigated. Self-reported syndrome was investigated with regard to its sensitivity and specificity, taking the score as the gold standard. The statistical analyses performed were Pearson χ^2 , Mantel-Haenszel and Poisson regression, with Kappa coefficients to verify the concordance of the responses.

Results

The obtained prevalence was 25.2% (95% CI: 22.5-27.9) and the self-reported prevalence was 60.3% (95% CI: 57.4-63.3). The principal premenstrual symptoms found were: irritability, abdominal discomfort, nervousness, headache, fatigue and breast pain; all of these showed prevalence of over 50%. Higher risk was presented by women of higher socioeconomic level, better schooling level, aged under 30 years and with white skin color. Psychotropic drug users and women who were not using any hormonal contraceptive presented higher prevalence of the syndrome. The sensitivity of the test was 94%, specificity 51% and accuracy 62%.

Conclusions

A high prevalence of premenstrual syndrome was found. Even though the women's perception of the syndrome was higher than the result measured by the symptom score, one quarter of the women presented this health problem.

INTRODUÇÃO

A síndrome pré-menstrual (SPM) é um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, que iniciam na semana anterior à menstruação e aliviam com o início do fluxo menstrual.¹³ Os sintomas apresentam caráter cíclico e recorrente, podendo ser variáveis na quantidade e na intensidade. Sintomas leves no período pré-menstrual, apresentados pela maioria das mulheres, e que não interferem na rotina diária, não são considerados para o diagnóstico da SPM. Para ser considerada síndrome, há a necessidade de relato de algum prejuízo nas atividades rotineiras, no trabalho, na escola ou no convívio social.¹²

Uma das teorias para explicar o mecanismo fisiopatológico da síndrome pré-menstrual é a que o sistema endócrino, reprodutor e serotoninérgico convergem para efetuar a regulação do comportamento. A oscilação nos níveis dos estrógenos e da progesterona, no ciclo menstrual, atua sobre a função serotoninérgica e, em mulheres mais sensíveis, ocorre as manifestações da SPM.¹⁰

A grande maioria dos estudos publicados foi realizada em ambulatórios de referências (ginecologia e/ou psiquiatria), sendo escassos os estudos de base populacional.^{5,22} Diversos instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar SPM, que incluem número variável de sintomas e de intensidade.¹⁹ Como não

havia um quadro clínico característico, os primeiros questionários eram longos e direcionados para aplicação em serviços.^{1,15}

Estudos populacionais têm mostrado diferentes prevalências da SPM, que variam entre 5 e 35%, conforme os critérios utilizados e o local onde se realizam.^{5,14,22} Prevalências mais altas são observadas quando os critérios diagnósticos são menos rígidos, incluindo mulheres que relatam quatro ou mais sintomas.²² Em um dos estudos⁵ de base populacional, realizado na Virgínia (EUA), a SPM foi observada em 8,3% das mulheres entrevistadas por telefone. No entanto, há concordância a respeito do fato de que aproximadamente 5% das mulheres apresentam sintomas intensos,⁷ sendo conhecidos como transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM).⁴

No Brasil, estudos em serviços mostram a prevalência da SPM entre 8% e 86% dependendo da intensidade dos sintomas.^{7,*} Em estudo* realizado em ambulatório de ginecologia, os sintomas pré-menstruais relatados entre as mulheres com a forma grave (43,3%), foram: irritabilidade (86%), cansaço (71%), depressão e cefaléia (62%, cada), sendo que 95% apresentavam mais de um sintoma e 76%, associação de sintomas físicos e psíquicos.

A revisão de literatura^{11,21} mostra que o assunto está longe de um consenso, com controvérsias sobre

*Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

fatores de risco e de proteção, bem como sobre o nível de limitação que a SPM traz para a vida das mulheres. Assim, o presente estudo teve por objetivo identificar os sintomas com repercussão no dia-a-dia das mulheres em idade fértil, descrevendo a prevalência da SPM e investigando sua associação com alguns fatores socioeconômicos, demográficos e comportamentais. Além disso, comparar a prevalência da SPM auto-referida.

MÉTODOS

No ano de 2003, realizou-se um inquérito de saúde com delineamento transversal, de base populacional, com mulheres de 15 a 49 anos residentes na zona urbana de Pelotas. Excluíram-se as mulheres que não apresentavam ciclos regulares, devido à anovulação, e as que usavam medicação hormonal para tratamento da menopausa.

O município de Pelotas localiza-se no sul do Brasil e possui aproximadamente 320 mil habitantes, sendo que as mulheres representam 53% do total da população, 53% delas estão em idade fértil.

Para o cálculo do tamanho da amostra, levou-se em conta a população de mulheres em idade fértil (cerca de 90 mil) e a prevalência da SPM em 50%.^{22,*} Para um intervalo de confiança de 95%, com um erro aceitável de 3,0 pontos percentuais, seria necessário estudar 1.054 mulheres. Acrescentando 10% para perdas e recusas, considerando que o efeito de delineamento amostral estaria próximo a um e dentro de uma média de 0,8 mulher de 15 a 49 anos por domicílio, foi necessário visitar aproximadamente 1.440 domicílios.

O processo de amostragem incluiu a seleção de 144 setores censitários, dos 404 existentes na zona urbana de Pelotas, ordenados de forma crescente, por renda média do chefe do domicílio. A escolha dos setores foi sistemática e proporcional ao número de domicílios no setor. De acordo com esse número, definiu-se o intervalo entre os domicílios dentro de cada setor e sorteou-se o domicílio inicial. Após o reconhecimento dos setores sorteados, constatou-se flutuação demográfica em comparação ao censo de 2000. Mantendo o intervalo inicial no setor, o número médio de domicílios por setor foi 10, oscilando entre nove e 27, acompanhando a modificação demográfica no período.

O desfecho SPM foi caracterizado por diversos sintomas que deveriam estar presentes nos três últimos

ciclos, na semana antecedente à menstruação, e com alívio na semana pós-menstrual. Os sintomas emocionais perguntados foram: tristeza, raiva, irritabilidade, nervosismo, confusão, isolamento social e cansaço; e os sintomas físicos foram: mastalgia, distensão abdominal, cefaléia, inchaço em mãos e pernas, aumento de peso e dores articulares ou musculares. Realizando uma adaptação dos critérios propostos no DSM-IV⁸ considerou-se como SPM a presença de cinco dos sintomas acima, sendo que entre esses, pelo menos um deles deveria ser tristeza, raiva, nervosismo ou irritabilidade, acompanhado de dificuldades no relacionamento em casa, falta ao trabalho ou à escola. Além disso, SPM auto-referida também foi avaliada como desfecho. A percepção das entrevistadas foi levada em conta para definir SPM auto-referida, que foi considerada presente quando as mulheres respondiam afirmativamente à pergunta “a senhora acha que tem tensão pré-menstrual (TPM) ou Síndrome Pré-menstrual?”.

As variáveis estudadas foram categorizadas ou dicotomizadas conforme suas especificidades. A renda familiar foi categorizada em quartis, de forma crescente. A amplitude de renda alcançou de zero a 15 mil Reais. O nível econômico está apresentado de duas formas, ou seja, dividido nos níveis A, B, C, D e E, conforme o “Critério de Classificação Econômica Brasil”^{**} e por quartis. A escolaridade foi considerada com base em anos completos de estudo. A cor da pele foi agrupada em branca e não branca. A situação conjugal atual foi dicotomizada em ter ou não companheiro no momento da entrevista. Foi considerada paridade o número de filhos vivos referidos pela mulher. Trabalhar fora de casa foi considerado sim ou não. A variável atividade física no lazer foi construída por um escore de atividades realizadas na última semana e dicotomizada, com informações coletadas apenas para mulheres com 20 anos ou mais. A percepção de saúde foi considerada pela auto-avaliação da entrevistada como excelente, muito boa, boa, regular e ruim, e, na análise reagrupada em três categorias. A prática de religião foi dividida em praticante e não praticante. O hábito de fumar foi classificado em: nunca fumou, fumante atual e já fumou, mas parou há mais de um mês. Na coleta de informações sobre psicofármacos, foi perguntado se a entrevistada usava, nos últimos 15 dias, medicamentos que só são vendidos com receita médica, os nomes comerciais e ou genéricos foram anotados e posteriormente categorizados de acordo com os grandes grupos farmacológicos. Além dos antidepressivos e ansiolíticos, houve relato de anfetaminas, hipnóticos e antipsicóticos.

*Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

**Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf [2 nov 2005]

cos, mas qualquer um deles com menos de 1% de usuárias, foram transformados em *missing* e excluídos da análise. O uso de anticoncepção hormonal foi assim chamado com respeito a quem utiliza anticoncepcionais orais, injetáveis ou outros métodos hormonais (anéis vaginais, implantes e adesivos anticoncepcionais).

Foi considerada menstruação regular a concernede que menstruou de forma cíclica, variando de a cada 21 dias até a cada 35 dias, nos últimos três meses, usando ou não anticoncepção hormonal, conforme critério descrito por Halbe.¹⁰

Foram consideradas perdas quando, após três tentativas de encontrar a entrevistada no domicílio, ela estava sempre viajando, ou mudou de endereço, ou não foi encontrada em casa. Os principais motivos de recusa foram não ter tempo ou não ter interesse em participar do estudo, mesmo quando a entrevistadora tentou em dias e horários diferentes. Após duas recusas, um dos supervisores foi ao domicílio para explicar com mais detalhes a importância do estudo.

Foram encontradas 1.431 mulheres elegíveis para participar do estudo. Houve sete perdas por mudança, viagem ou nunca encontradas no domicílio e 29 não aceitaram ser entrevistadas, após, pelo menos, três tentativas de entrevista (2,6%), totalizando 1.395 mulheres entrevistadas.

As 32 entrevistadoras treinadas e selecionadas eram do sexo feminino, com o ensino médio de escolaridade e realizaram o trabalho de campo nos meses de outubro a dezembro de 2003.

Os supervisores do trabalho de campo foram responsáveis pelo controle de qualidade, revisando o preenchimento dos questionários, a codificação das variáveis e avaliando o desempenho das entrevistadoras. Eles também repetiram em 10% das entrevistas um questionário reduzido, que incluía perguntas-chave, para avaliar a repetibilidade pelo índice de Kappa.

Sensibilidade, especificidade, acurácia e concordância (esta última medida pelo índice de Kappa), foram calculadas para comparar os resultados obtidos da SPM auto-referida com o *escore* (padrão-ouro).

As análises foram realizadas no programa Stata for Windows 8.2, com descrição das variáveis por tabulações simples e sumarização dos dados. A análise bruta foi realizada usando o teste χ^2 de Pearson, para avaliar proporções, e a regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência, por ser este o teste mais adequado quando a prevalência esperada é alta.² Nas

variáveis categóricas ordinais e nominais, a significância foi avaliada com os testes de tendência linear e de Wald, respectivamente.

Foram consideradas respostas ignoradas aquelas que as entrevistadas não souberam se posicionar em uma das categorias propostas, sendo desprezada na análise, transformada em *missing*. Mas a proporção dessas res-

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e de comportamento das mulheres de 15 a 49 anos. Pelotas, RS, 2003.

Variáveis	N	%
Renda familiar em quartis (R\$)		
1 (0-426)	350	25,2
2 (427-838)	347	25,0
3 (839-1.519)	347	25,0
4 (1.520-15.000)	347	25,0
Nível socioeconômico familiar		
E	84	6,0
D	492	35,4
C	466	33,5
B	277	19,9
A	71	5,1
Escolaridade (anos)**		
0-4	175	12,5
5-8	473	33,9
9-11	495	35,5
12 ou mais	222	15,9
Idade (anos)		
15-19	235	16,9
20-29	417	29,9
30-39	366	26,2
40-49	377	27,0
Cor da Pele		
Não branco	293	21,0
Branco	1.102	79,0
Situação conjugal		
Sem companheiro	643	46,1
Com companheiro	752	53,9
Paridade		
Nenhum	551	39,5
1 a 2	593	42,5
3 ou mais	251	18,0
Trabalha fora		
Não	792	56,8
Sim	603	43,2
Atividade física no lazer na última semana***		
Não	900	77,7
Sim	258	22,3
Percepção de saúde**		
Excelente - muito boa	425	30,6
Boa	688	49,6
Regular - ruim	275	19,8
Prática religião		
Não	615	44,1
Sim	780	55,9
Fumantes		
Não	817	58,6
Sim	343	24,6
Ex-fumante	235	16,9
Psicofármacos**		
Não usa	1.009	93,3
Benzodiazepínicos	39	3,6
Antidepressivos	34	3,1
Anticoncepção hormonal		
Não	787	57,9
Sim	572	42,1
Menstruações regulares		
Não	299	21,4
Sim	1.096	78,6
Total	1.395	100,0

N: Número de observações em cada categoria

*Informação para mulheres de 20 anos ou mais

**Variáveis que apresentaram até 2,3% de respostas ignoradas.

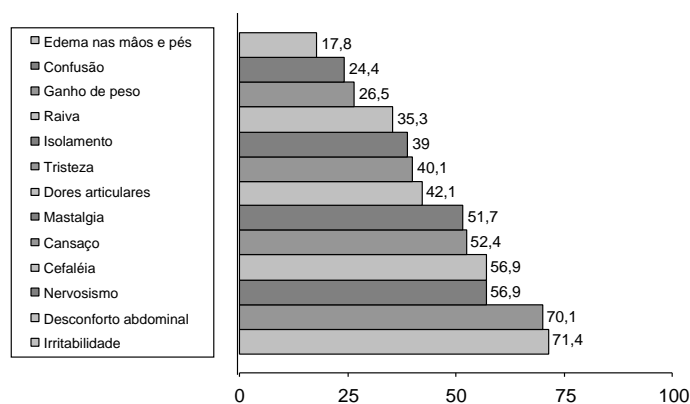


Figura 1 - Prevalência e distribuição dos sintomas pré-menstruais (N=1.096). Pelotas, RS, 2003.

postas não foi superior a 3% em qualquer das variáveis. Testes de associação e análise estratificada por Mantel Haenszel foram realizadas entre as variáveis estudadas para verificar possíveis interações. Variáveis possivelmente associadas com os desfechos foram levadas para a análise com qualquer valor p, e aquelas que se mostraram associadas, com valor $p < 0,05$ em pelo menos um desfecho foram mantidas no modelo para manter a comparabilidade entre os dois desfechos.

A análise ajustada foi realizada usando regressão de Poisson e levando em conta o processo amostral por conglomerados. Esse ajuste, com o objetivo de controlar possível fator de confusão, foi feito de acordo com o seguinte modelo de análise: no primeiro nível estava escolaridade, idade, cor da pele e paridade, no segundo percepção de saúde, fumo atual e uso de psicofármacos e no terceiro anticoncepção hormonal, formulado *a priori*.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento verbal informado foi solicitado a todas as entrevistadas.

RESULTADOS

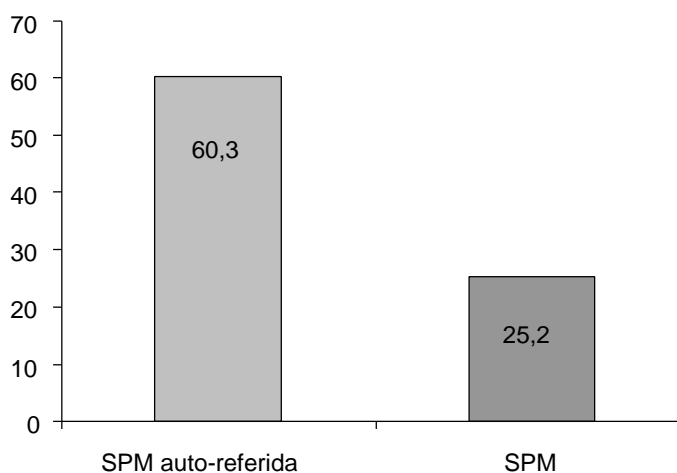
O efeito do delineamento do estudo na prevalência da SPM foi 1,06 e da correlação intraclasse foi 0,005. A comparação da questão sobre a regularidade menstrual, nos últimos três ciclos, resultou em Kappa de 0,75.

A renda familiar da população em estudo apresentou mediana de R\$839 e média de R\$1.332 (DP=1.564). A Tabela 1 mostra que 41,4% das mulheres estavam nos níveis eco-

nômicos D e E, metade delas tinha até oito anos de estudo e quase a metade tinha até 30 anos de idade. As de cor de pele branca representavam 79% da amostra, mais da metade referiram viver com companheiro, 60,5% delas tinham um ou mais filhos e quase a metade referiram trabalhar fora de casa. Aproximadamente um quinto das mulheres com 20 anos ou mais praticava atividades físicas no lazer e 19,8% consideravam sua saúde regular ou ruim. Mais da metade referia praticar alguma religião e um quarto delas eram fumantes no momento da entrevista. Os principais psicofármacos utilizados foram: benzodiazepínicos (3,6%) e antidepressivos (3,1%). Para prevenir gravidez, 42% usavam métodos anticoncepcionais hormonais. Entre as entrevistadas, 299 (21,4%) não menstruaram regularmente e foram excluídas pela impossibilidade de responderem sobre os três últimos ciclos, ficando na amostra, portanto, 1.096 questionários com respostas sobre os sintomas de interesse e para os quais foram realizadas as análises (Tabela 1).

A Figura 1 mostra a prevalência de cada sintoma pré-menstrual. Os mais prevalentes foram: irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos com mais de 50% de frequência. A prevalência da SPM quando usado o critério DSM-IV modificado foi de 25,2% (IC 95%: 22,5-27,9) e a auto-referida foi 60,3% (IC 95%: 57,4-63,3) (Figura 2).

Ao ser realizado o teste para a validação da SPM auto-referida, considerando a atual caracterização da SPM como padrão-ouro, foram encontradas: sensibilidade de 94%, especificidade de 51%, valor prediti-



SPM: Síndrome pré-menstrual

Figura 2 - Prevalência dos sintomas pré-menstruais (N=1.096). Pelotas, RS, 2003.

vo positivo 39%, valor preditivo negativo 96% e acurácia de 62%.

Entre aquelas que auto-relataram SPM, 4,4% estavam usando algum tratamento e 3,2% já tinham usado tratamento para controle dos sintomas.

A Tabela 2 mostra as prevalências da SPM (pelo escore e auto-referida), de acordo com as variáveis estudadas, em que se observa que a SPM é mais prevalente em mulheres de melhor nível econômico (30 e 69,6%), com maior renda familiar (30,3 e 71,6%), com maior escolaridade (33,5 e 70,9%) e nas faixas

etárias mais jovens (28,8 e 65,2%). Ocorre também naquelas de pele branca (27,6 e 62,9%) e nas que usavam psicofármacos, em especial antidepressivos (38,7 e 87,9%). Situação conjugal, paridade, trabalhar fora, atividades físicas no lazer, percepção de saúde, prática de religião e tabagismo atual não se mostraram associadas com os desfechos.

Na Tabela 3, após análise ajustada, mantiveram-se associadas com a SPM: escolaridade mais alta, faixas etárias mais jovens, cor de pele branca e paridade de três ou mais filhos. O risco da SPM foi 53% maior entre as mulheres que percebiam sua saúde como re-

Tabela 2 - Prevalências de Síndrome pré-menstrual encontrada e auto-referida por variáveis socioeconômicas, demográficas e de comportamento para mulheres em idade fértil (N=1.096). Pelotas, RS, 2003.

Variáveis	Prevalência SPM	Valor p	Prevalência SPM Auto-referida	Valor p
Renda em quartis (R\$)		0,004*		<0,001*
1 (0-426)	20,2		54,7	
2 (427-838)	22,1		55,5	
3 (839-1.519)	27,9		58,8	
4 (1.520-15.000)	30,3		71,6	
Nível socioeconômico (quartis)		0,037*		<0,001*
1	22,8		54,7	
2	22,2		52,8	
3	26,8		65,6	
4	30,0		69,6	
Escolaridade (anos)		<0,001*		<0,001*
0 a 4	14,9		48,5	
5 a 8	24,6		52,5	
9 a 11	25,8		66,4	
12 ou mais	33,5		70,9	
Cor da pele		0,003**		0,001**
Não branco	15,9		50,5	
Branco	27,6		62,9	
Idade		0,10*		0,010*
15-19	28,8		65,2	
20-29	26,1		62,5	
30-39	24,5		61,0	
40-49	21,8		52,5	
Situação conjugal		0,86**		0,12**
Sem companheiro	25,4		58,0	
Com companheiro	25,0		62,5	
Paridade		0,78*		0,29*
Nenhum	24,8		62,3	
1 a 2	25,4		59,0	
3 ou mais	25,8		58,2	
Trabalha fora		0,80**		0,86**
Não	24,9		60,1	
Sim	25,6		60,6	
Atividade física		0,36**		0,6**
Não	25,1		59,7	
Sim	22,0		57,8	
Prática religião		0,36**		0,29**
Não	23,8		58,6	
Sim	26,4		61,7	
Percepção de saúde		0,84*		0,33*
Excelente - muito boa	26,2		62,1	
Boa	23,9		60,5	
Regular - ruim	28,1		58,0	
Fumantes		0,33***		0,066***
Não	24,5		58,9	
Sim	24,2		58,9	
Já fumou	29,1		67,7	
Psicofármacos		0,034***		<0,001***
Não usa	24,1		59,2	
Benzodiazepínicos	31,4		55,6	
Antidepressivos	38,7		87,9	
Anticoncepção hormonal		0,12**		0,040**
Não	27,2		63,5	
Sim	22,9		56,6	

*Teste do qui-quadrado para tendência linear

**Teste do qui-quadrado

***Teste de Wald

Tabela 3 - Razões de prevalências brutas e ajustadas para síndrome pré-menstrual encontrada e auto-referida, de acordo com variáveis socioeconômicas demográficas e de comportamento (N=1.096). Pelotas, RS, 2003.

Nível	Variável*****	SPM Bruta RP (IC 95%)*	Ajustada RP (IC 95%)**	Auto-referida bruta RP (IC 95%)*	Ajustada RP (IC 95%)**
1	Escolaridade (anos)	<0,001****	<0,001****	<0,001****	<0,001****
	0-4	1,00	1,00	1,00	1,00
	5-8	1,62 (1,05-2,52)	1,65 (1,03-2,63)	1,06 (0,89-1,27)	1,08 (0,90-1,30)
	9-11	1,69 (1,06-2,68)	1,79 (1,08-2,97)	1,16 (1,06-1,27)	1,37 (1,13-1,67)
	12 ou >	2,18 (1,39-3,42)	2,65 (1,63-4,31)	1,13 (1,06-1,20)	1,56 (1,28-1,91)
	Idade (anos)	0,10****	0,001****	0,010****	<0,001****
	15-19	1,36 (0,97-1,90)	2,18 (1,46-3,28)	1,07 (1,02-1,13)	1,48 (1,20-1,81)
	20-29	1,22 (0,87-1,70)	1,47 (1,04-2,08)	1,09 (1,02-1,17)	1,25 (1,07-1,46)
	30-39	1,19 (0,86-1,64)	1,29 (0,94-1,77)	1,17 (1,00-1,36)	1,20 (1,04-1,39)
	40-49	1,00	1,00	1,00	1,00
	Cor da pele	0,003***	0,021***	0,001***	0,015***
	Não branca	1,00	1,00	1,00	1,00
	Branca	1,71 (1,18-2,48)	1,57 (1,07-2,29)	1,23 (1,09-1,40)	1,16 (1,03-1,32)
	Paridade	0,76****	<0,001****	0,29****	0,006****
	Nenhuma	1,00	1,00	1,00	1,00
2	1-2	1,05 (0,83-1,32)	1,45 (1,09-1,92)	0,96 (0,86-1,07)	1,15 (1,00-1,32)
	3 ou mais	1,02 (0,75-1,40)	1,90 (1,35-2,67)	0,93 (0,80-1,10)	1,28 (1,06-1,55)
	Percepção de saúde	0,84****	0,036****	0,32****	0,043****
	Excelente - muito boa	1,00	1,00	1,00	1,00
	Boa	0,85 (0,63-1,14)	1,06 (0,83-1,36)	1,03 (0,89-1,19)	1,07 (0,98-1,19)
	Regular - ruim	0,93 (0,67-1,28)	1,53 (1,11-2,12)	1,07 (0,93-1,23)	1,17 (1,00-1,37)
	Fumante	0,33****	0,30****	0,066****	0,0089****
	Não fuma	1,00	1,00	1,00	1,00
	Fumante	1,02 (0,76-1,36)	1,05 (0,78-1,42)	1,01 (0,90-1,14)	1,07 (0,95-1,20)
	Ex-fumante	1,17 (0,88-1,56)	1,28 (0,94-1,74)	1,16 (1,03-1,32)	1,22 (1,07-1,38)
	Psicofármacos	0,034****	0,037****	<0,001****	<0,001****
	Não usa	1,00	1,00	1,00	1,00
	Benzodiazepínicos	1,30 (0,78-2,18)	1,66 (0,99-2,78)	0,94 (0,70-1,26)	1,08 (0,79-1,47)
	Antidepressivos	1,60 (0,99-2,60)	1,57 (0,99-2,50)	1,48 (1,29-1,70)	1,52 (1,29-1,80)
	Anticoncepção hormonal	0,12***	0,052***	0,040***	0,001***
3	Não usa	1,18 (0,95-1,47)	1,27 (1,00-1,61)	1,12 (1,01-1,25)	1,20 (1,07-1,35)
	Usa	1,00	1,00	1,00	1,00

*Razão de prevalência bruta e intervalo de confiança de 95%

**Razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança de 95%

***Teste de heterogeneidade

****Teste de tendência linear

*****Teste de Wald

*****Todas as variáveis estão controladas para as demais do mesmo nível e para as dos níveis acima

gular ou ruim, comparando com a situação de quem considerava sua saúde excelente ou muito boa. O uso de benzodiazepínicos ou de antidepressivos mostrou associação estatisticamente significativa com SPM. O uso de anticoncepção hormonal representou proteção de 17%, quando comparado com a situação daquelas que não usavam esse método.

Ao avaliar os resultados para SPM auto-referida, os riscos aparecem nas mesmas direções, embora menores para todas as características estudadas. A única exceção se encontra no hábito de fumar, que embora configure risco, o mesmo não se mostra significativo para SPM por escore entre as ex-fumantes. Entretanto, na auto-referida, o risco é significativo na análise bruta e se mantém após ajuste.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro que mostra a prevalência da SPM a partir de um estudo transversal, de base populacional. O reduzido percentual de perdas e recusas e a comparação com a distribuição etária dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística (Censo 2000) mostram que os resultados encontrados são representativos da população de mulheres com 15 a 49 anos em Pelotas.

No presente trabalho, optou-se pela utilização da definição da SPM, considerando a presença de sintomas com interferência na vida das mulheres, sendo intensos ou não. Alguns autores,* diferentemente do presente estudo, definem SPM pela presença de um único sintoma cíclico, o que implica maior sensibilidade no critério diagnóstico. Na amostra estudada, utilizando o mesmo critério, foi encontrada prevalência de 95,4%.

Como esperado, estudos^{3,7,*} realizados em serviços de ginecologia mostraram prevalências superiores às encontradas. Por outro lado, os estudos^{5,22} de base populacional mostraram prevalência menor. Porém, houve diferença entre os critérios diagnósticos desses estudos. Encontrou-se prevalência da SPM auto-referida mais elevada que outro estudo.²¹ Uma possível explicação para essa diferença é que as mulheres com poucos sintomas também referiram a presença da síndrome, mesmo aqueles sem interferência nas atividades diárias.

*Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Embora o processo de amostragem tenha sido realizado por setores censitários, os resultados obtidos por meio da análise do efeito do delineamento do estudo mostraram que não havia diferença de prevalência do desfecho entre os setores a ponto de interferir na interpretação dos resultados. No entanto, a análise de regressão de Poisson levou em conta esse processo amostral, conforme Barros & Hirataka.²

No presente estudo, as mulheres apresentaram a prevalência da SPM diagnosticada duas vezes menor que aquela auto-referida ao se usar um escore criterioso. O escore foi construído de forma a não classificar como síndrome, ou agravo à saúde, aqueles desconfortos ocasionais. Pelos testes de sensibilidade e especificidade, observa-se que quase a totalidade daquelas que apresentaram o escore positivo achava que tinha SPM, mas, entre aquelas que diziam ter SPM apenas metade preencheu os critérios do escore.

Em estudos transversais, a possibilidade de apresentar SPM e estar usando alguma forma de tratamento ou modificação da conduta poderia subestimar a prevalência encontrada. Isso porque as informações sobre a presença da SPM e sobre os fatores a ela associados são investigadas em um mesmo momento.¹⁸ Um exemplo é o crescente uso de métodos anticoncepcionais hormonais de forma contínua da parte de quem apresenta SPM, evitando a menstruação e o período pré-menstrual. Tais mulheres não menstruaram nos últimos três meses e não responderam as questões sobre os sintomas pré-menstruais, nem sobre SPM auto-referida. Com essa possibilidade, a prevalência encontrada pode ser mais baixa que a real. O intervalo para considerar um ciclo menstrual normal é controverso.¹⁰

Foi observada boa concordância com o teste Kappa na pergunta sobre regularidade menstrual e, considerando que a menstruação costuma ser um evento importante na rotina da mulher, espera-se que elas tenham lembrado com clareza desse período.

Os resultados encontrados foram que tanto SPM por escore quanto auto-referida ocorreram mais em mulheres com maior nível econômico e mais alta renda. Isso se pode dever ao fato de as mulheres mais ricas terem maior acesso ao conhecimento dos sintomas. Conhecendo os sintomas, estarão alerta para as modificações cíclicas em seu corpo. O resultado é semelhante a um estudo realizado no México.¹³ Os riscos da SPM auto-referida foram na mesma direção do escore construído, só que menores. A causa provável é o erro de classificação do desfecho.

As mulheres mais jovens referiram mais sintomas, o que foi encontrado por outros autores,^{4,9,20} embora um estudo⁷ em serviço de ginecologia tenha encontrado maior prevalência nas mulheres com mais de 30 anos. Como o presente estudo é de base populacional, é provável que embora as mulheres identifiquem os sintomas em idade jovem, só busquem ajuda especializada após alguns anos com o problema. Pode, também, estar havendo um efeito de coorte, com as mais jovens vivendo em uma época em que SPM é muito mais discutida.

A cor de pele branca apresentou maior risco de SPM, o que também foi encontrado em um ambulatório de ginecologia,* diferentemente de outro estudo⁵ de base populacional, onde a prevalência foi maior em negras, em inquérito realizado por telefone. Não se conhece uma plausibilidade biológica para quem tem cor de pele branca apresentar maior prevalência de SPM. O que pode estar confundindo a associação são os fatores socioeconômicos, pois é sabido que as mulheres brancas têm melhor nível econômico. Observou-se que os riscos permanecem significantes, após ajuste para as variáveis socioeconômicas e demográficas, mas perdem magnitude. Pode-se pensar que existam outros fatores, não estudados aqui, que estejam interferindo na associação.

Destaca-se o achado de que não há diferença na prevalência, nem no risco, entre as mulheres com e sem companheiro, semelhante a outros estudos,^{5,21} desmistificando o velho conceito de que *quando casar, sara*. Também não houve diferença entre as mulheres que trabalhavam fora de casa,⁵ embora tenha havido relato de maior risco entre as mulheres com filhos.^{11,*}

A atividade física no lazer e hábito de fumar não apresentaram associação com SPM no atual estudo, sendo que em outros, a atividade física foi risco para SPM⁵ e o hábito de fumar²² mostrou associação com o desfecho. A percepção de saúde não mostrou associação com SPM na análise bruta. Entretanto, após ajuste para escolaridade, houve relação positiva entre SPM e percepção de saúde regular/ruim. Esse efeito de confusão negativa é explicado pela escolaridade, pois a autopercepção regular/ruim de saúde se associa com escolaridade baixa, que, por sua vez, associa-se com menor risco de SPM.

O uso de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) associa-se com maior prevalência da SPM, o que pode significar que as mulheres que usam mais medicamentos são as que mais relatam os sintomas na con-

*Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

sulta médica. Assim, os medicamentos não estariam causando a síndrome, mas seu uso seria em consequência da SPM. Alguns tratamentos com bons resultados para SPM, atualmente, são: o uso de antidepressivos⁶ e, em alguns períodos sintomáticos, os ansiolíticos,¹⁰ uma vez que os sintomas da SPM são da mesma natureza dos da depressão e da ansiedade. Destaca-se o fato de que apenas 20% das mulheres com SPM, por meio do critério adaptado no presente artigo, estão fazendo tratamento. Pode-se pensar que as outras mulheres ou não têm acesso ao serviço de saúde, ou, quando lá chegam, não recebem a devida atenção.^{16,17}

O uso de anticoncepção hormonal mostrou diferença significativa apenas com a SPM auto-referida; possivelmente não havia poder para detectar essa diferença quando a SPM foi medida pelo escore. Alguns autores não encontraram diferenças,^{5,*} embora em alguns estudos o uso de medicação hormonal tenha sido critério de exclusão.^{7,11} O uso de anticoncepção hormonal tem sido prescrito como uma forma de prevenir a oscilação hormonal e o surgimento dos sintomas pré-menstruais. Os resultados encontrados apontam para uma proteção sobre o surgimento dos sintomas.

Uma limitação do estudo é o uso de informações re-

trospectivas. Há evidências de que os dados coletados prospectivamente por dois ou três ciclos mostram prevalências diferentes das obtidas retrospectivamente.¹³

Em conclusão, os sintomas foram mais prevalentes nos níveis econômicos elevados, na maior escolaridade, nas mais jovens e nas mulheres de cor branca e deve-se considerar que o diferente acesso a informações e conhecimento dos sintomas poderia estar explicando essas associações. No entanto, há necessidade de outros estudos para investigar essa questão. Recomenda-se estudar uma amostra em população jovem, com semelhante acesso à informação e, se possível, por meio de um estudo longitudinal, para avaliar o surgimento ou a persistência de sintomas mais intensos com o avanço da idade.

A utilização da SPM auto-referida pode ser considerada pelos profissionais da saúde, mas com reservas, pois o inquérito da associação dos sintomas com o período pré-menstrual e seu alívio na semana após a menstruação é fundamental para o diagnóstico da SPM. Também existe a necessidade de descartar outras doenças orgânicas e emocionais, que podem levar as mulheres a acreditarem que seu problema é SPM.

REFERÊNCIAS

1. Allen SS, McBride CM, Pirie PL. The shortened premenstrual assessment form. *J Reprod Med* 1991;36(11):769-72.
2. Barros AJ, Hirkata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3(1):21.
3. Christensen AP, Oei TP. Correlates of premenstrual dysphoria in help-seeking women. *J Affect Disord* 1995;33(1):47-55.
4. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women: the Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord* 2002;70(2):125-32.
5. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8(2):122-8.
6. Diegoli MS, da Fonseca AM, Diegoli CA, Pinotti JA. A double-blind trial of four medications to treat severe premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;62(1):63-7.
7. Diegoli MSC, Fonseca AM, Diegoli CA, Halbe HW, Bagnoli VR, Pinotti JA. Síndrome pré-menstrual: estudo da incidência e das variações sintomatológicas. *Rev Ginecol Obstet* 1994;5(4):238-242.
8. Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:25-37.
9. Freeman EW, Rickels K, Schweizer E, Ting T. Relationships between age and symptom severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms. *Psychol Med* 1995;25(2):309-15.
10. Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000.
11. Hsiao MC, Liu CY, Chen KC, Hsieh TT. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(2):150-5.
12. Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual symptoms. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30(2):367-76.

*Nogueira CWM. Determinantes da síndrome pré-menstrual: análise de aspectos clínicos e epidemiológicos [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

13. Marvan ML, Cortes-Iniestra S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* 2001;20(4):276-80.
14. Marvan ML, Diaz Eroza MC. Sintomatología premenstrual en mujeres de área rural y urbana. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 1995;41(4):316-21.
15. Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968;30(6):853-67.
16. Nicolson P. The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Soc Sci Med* 1995;41(6):779-84.
17. Reid RL. Premenstrual syndrome: a time for introspection. *Am J Obstet Gynecol* 1986;155(5):921-6.
18. Rothman KJ, Greenland S. Modern Epidemiology. 2nd ed. Philadelphia(PA): Lippincott-Ravel; 1998.
19. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Women Ment Health* 2003;6(3):203-9.
20. Sternfeld B, Swindle R, Chawla A, Long S, Kennedy S. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol* 2002;99(6):1014-24.
21. Sveindottir H, Backstrom T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicity and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(5):405-13.
22. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32.