

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDAS EM ADOLESCENTES E JOVENS
COM SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DO
INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
(IMIP)**

Relatório do Projeto de pesquisa apresentado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq/IMIP) realizado no período de Agosto de 2013 à Julho de 2014.

Linha de pesquisa: Estudos epidemiológicos, clínicos e translacionais de doenças não transmissíveis no ciclo vital.

Grupo de Pesquisa: Saúde da Mulher

Autor: Leandro de Lyra Lemos

Co-autores:

Matheus Bruno Cursino Rodrigues

Renato Henrique Gomes Alves do Nascimento

Orientadora: Ariani Impieri de Souza

Co-orientadora: Tania Moisa da Silva Marinho

Recife, junho/2014

Pesquisadores:

Leandro de Lyra Lemos – Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 9962-2776, e-mail: llleemos9@gmail.com.

Matheus Bruno Cursino Rodrigues- Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 99772639, e-mail: matheusbcr@yahoo.com.br.

Renato Henrique Gomes Alves do Nascimento - Estudante de medicina do 6º período da Faculdade Pernambucana de Saúde. Telefone: (81) 9680-9054, e-mail: renato.h.nascimento@gmail.

Ariani Impieri de Souza – Médica ginecologista líder do grupo de estudos saúde da mulher do IMIP. Doutora em Nutrição – UFPE. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81) 21224779 (IMIP) e (81) 88227351. E-mail: ariani@imip.org.br.

Tania Moisa da Silva Marinho - Médica Hebiatra do ambulatório de adolescente do IMIP. Mestre em Saúde Materno Infantil – IMIP. Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS. Telefone: (81)99631332 E-mail: taniamoisa@hotmail.com

Resumo:

Objetivo: avaliar a frequência de SPM (Síndrome pré-menstrual) e SDPM (Síndrome Disfórica pré menstrual), seus sintomas mais comuns e se a SPM e SDPM afeta a qualidade de vida de adolescentes e jovens. **Método:** foi realizado um estudo de corte transversal com componente analítico, nos ambulatórios de ginecologia e hebiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de agosto de 2013 a julho de 2014. Foram entrevistadas 120 adolescentes e jovens de 15 a 24 anos e aplicado dois questionários: um para avaliar as condições socioeconômicas e o diagnóstico da SPM e outro específico (PedsQL™ v.4.0) para avaliar a qualidade de vida. Os dados foram digitados e analisados nos programas EPI INFO v.3.5.3 e Stata. **Resultados:** Dentro das características clínicas, foi observado que 55,8% das adolescentes e jovens entrevistadas eram sexualmente ativas e 20% já tinham engravidado ao menos uma vez. Além disso, 75,8% consideram ter SPM. A comparação dos escores da qualidade de vida entre as adolescentes e jovens com e sem SDPM mostraram que as adolescentes e jovens com a SDPM apresentaram escores de qualidade de vida mais baixos em todos os domínios quando comparadas àquelas sem SDPM, indicando que a SDPM afeta significativamente a qualidade de vida ($p < 0,001$ e $p = 0,005$). **Conclusão:** A frequência de SPM e SDPM é alta e afeta a qualidade de vida de adolescentes e jovens atendidos em um hospital de ensino.

Palavras- chave: Adolescente, Saúde integral do adolescente, Saúde do jovem, Síndrome pré-menstrual, Qualidade de vida.

Abstract

Objective: To assess the frequency of PMS (Pre Menstrual Syndrome) and PMDD (Pre Menstrual Dysphoric Syndrome), its most common symptoms and if PMS and PMDD affects the quality of life of adolescents and youth. **Method:** A cross-sectional study with an analytical component was conducted in outpatient of gynecology and hebiatria at the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) from August 2013 to July 2014. We interviewed 120 adolescents and youth with 15-24 years and we applied two questionnaires: one to evaluate the socioeconomic conditions and the diagnosis of PMS and other specific (PedsQL™ v .4.0) to assess quality of life. Data were entered and analyzed in Epi Info v.3.5.3 and Stata programs. **Results:** We observed that 55.8% of adolescents and youth interviewed were sexually active and 20% had been pregnant at least once. In addition, 75.8% consider they have PMS. A comparison of the scores of quality of life among adolescents and youth with and without PMDD showed that adolescents and youth with PMDD had scores of quality of life lower in all areas compared to those without PMDD, indicating that PMDD affects significantly quality of life ($p < 0.001$ and $p = 0.005$). **Conclusion:** The frequency of PMS and PMDD is high and affects the quality of life of adolescents and youth at a teaching hospital.

Keywords: Adolescent, Adolescent Health, Youth, Premenstrual syndrome, Quality of life Health.

Introdução

As discussões que se travam a respeito dos Síndrome Pré-menstruais (SPM) - Síndrome Pré Menstrual (SPM) e Síndrome Disfórica Pré Menstrual (SDPM), apesar de recentes, são acompanhadas de um grande valor histórico. Na Grécia antiga já existiam relatos e observações descritas por Hipócrates, Aristóteles e Platão, a respeito das transformações ocorridas nas mulheres, antes do período menstrual. ⁽¹⁾

A evolução do conhecimento acerca da SPM trouxe a mudança sobre algumas questões éticas. Além de já ter sido motivo de internações psiquiátricas, também serviu como atenuante de crimes e acidentes. ⁽¹⁾

Hoje, ainda existem preconceitos e juízos de valor acerca do comportamento e labilidade emocional observado nas mulheres que apresentam a síndrome. Apesar disso, sabe-se que SPM, em uma parte das mulheres, traz grande desconforto, incômodo e prejuízos sociais. É, portanto, possível descrever a SPM como um conjunto de sintomas físicos, emocionais e comportamentais que aparecem no período pré-menstrual e se resolve com o início da menstruação, havendo recorrência e com aparecimento cíclico. ^(1,2,3,4)

Clinicamente, os sintomas são de caráter leve (hoje existem mais de 150 sintomas catalogados), o que difere a SPM da SDPM, onde predominam os sintomas emocionais mais graves. ^(1,2,3,4)

Etiologicamente, o que se observa, tanto da SPM quanto na SDPM é a presença de diversos fatores que influenciam no comportamento da mulher. Dentre eles, podem ser citados, fatores endócrinos, genéticos e neurobiológicos ⁽²⁾. Uma das teorias é a de que exista uma alteração da resposta serotoninérgica aos hormônios sexuais femininos, com alterações de concentração de triptofano (substância precursora da serotonina) durante as diferentes fases do ciclo menstrual ^(1,2).

Os estudos epidemiológicos^(1,2,3,4) mostram que os sintomas da SPM são comuns e aparecem em aproximadamente 75% das mulheres ocidentais. As alterações severas que ocorrem na SDPM tem menor prevalência, com variações de 3% a 7%. Os casos aparecem do período da menarca até a chegada ao climatério e existem muitos relatos de piora dos sintomas em concordância com o passar do tempo. É importante, ainda, destacar que vários são os casos subnotificados, com alteração direta no bem estar das pacientes.

Cerca de 10% das mulheres referem que seus sintomas são perturbadores levando-as a procurar o serviço médico. Além disso, entre 2 e 8% das mulheres no menacme sofrem de sintomas graves o suficiente para desequilibrar integralmente sua vida familiar, profissional e/ou social, afetando portanto, sua qualidade de vida.⁽⁵⁾

Um estudo realizado em adolescentes no Oriente Médio⁽⁷⁾ pesquisou a qualidade de vida em uma amostra que variava dos 14 aos 19 anos e constatou uma redução significativa da qualidade de vida associada à SPM e SDPM, demonstrando a importância desse tema nos estudos da adolescência. Assim, cogitou-se a possibilidade de avaliar se a SPM e SDPM afeta a qualidade de vida de jovens atendidos em serviço de saúde no Nordeste do Brasil.

Diante desse cenário, os objetivos desta pesquisa foram conhecer a prevalência da SPM e da SDPM e seus sintomas mais frequentes, analisar a associação entre a SPM e a SDPM às características sociodemográficas e clínicas e identificar a relação entre SPM e SDPM e qualidade de vida em adolescentes e jovens de um hospital de ensino na cidade do Recife.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal com componente analítico entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos atendidas nos ambulatórios de ginecologia e hebiatria do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), que se localiza na cidade do Recife, Pernambuco no período de Setembro a Dezembro de 2013.

O IMIP é uma entidade sem fins lucrativos e de utilidade pública, que atua em assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária. Tornou-se uma das estruturas hospitalares mais importantes do país e um centro de referência em diversas especialidades médicas.

Os critérios de elegibilidade foram: mulheres com idade entre 15 e 24 anos que já tiveram menarca e que não estivessem grávidas.

As participantes da entrevista foram abordadas por três entrevistadores previamente treinados, no saguão de espera das consultas dos ambulatórios. A abordagem foi feita cinco vezes por semana no turno da manhã ou tarde. As entrevistadas, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), bem como os responsáveis legais das menores de 18 anos, responderam a um formulário composto por três partes. A primeira parte compunha-se de um questionário sociodemográfico associado às perguntas para avaliar a presença de sinais de SPM e/ou SDPM, adaptado a partir do questionário utilizado no estudo de Silva³, em que foram analisadas as seguintes variáveis: idade, procedência, estado civil, crença religiosa, se exercia atividade remunerada, se estudava atualmente, grau de escolaridade, se morava com os pais, a renda familiar, se estavam em uso de medicamentos, a atividade sexual, o uso de anticoncepcional, se houve gravidez anterior, número de filhos e se já houve aborto. A segunda parte foi composta por um questionário para diagnosticar a SPM ou SDPM com as seguintes variáveis: regularidade da menstruação, os sintomas emocionais da SPM, os sinais e sintomas físicos da SPM, a auto percepção da SPM, se já havia realizado

tratamento para SPM e o grau interferência na vida da entrevistada. Já a terceira parte foi realizada para avaliar a qualidade de vida utilizando o instrumento PedsQL™ versão 4.0, que foi autorizado para sua aplicação.

Os dados obtidos foram armazenados em um banco de dados do programa EpiInfo versão 3.5.3. A análise estatística foi realizada no programa EpiInfo versão 3.5.3 e STATA. Inicialmente foi realizada a distribuição das frequências das variáveis, em seguida foram criadas tabelas de associação entre as características sócio-demográficas e clínicas e a presença ou não da SDPM através do teste de χ^2 de Pearson ou Fischer, quando necessário. Foi realizada a comparação das médias dos escores de qualidade de vida através do teste ANOVA entre as adolescentes/jovens com e sem SDPM. Em todos os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

O estudo está de acordo com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP. Foram colhidas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido àqueles que aceitaram participar da pesquisa. Para os menores de 18 anos foi solicitada a assinatura do TCLE pelos seus respectivos responsáveis legais, bem como a assinatura de um termo de assentimento pela menor.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 120 adolescentes e jovens, sendo 90 (75,0%) entre a idade de 15 e 19 anos e 30 (25,0%) entre 20 e 24 anos. A média da idade foi 17,6 anos (DP = 2,47), variando de 15 a 24 anos. A moda de idade foi 15 anos e a mediana 17 anos (IIQ = 15 a 19,5).

A maior parte das adolescentes e jovens entrevistadas eram provenientes de Recife ou Região Metropolitana, solteiras, estudantes, que não exerciam atividade remunerada e que pertenciam a famílias que tinham como renda de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 1).

Dentro das características clínicas, foi observado que 55,8% das adolescentes e jovens entrevistadas eram sexualmente ativas e 20% já tinham engravidado ao menos uma vez. Os 15,8% de toda a amostragem já tiveram filhos e 6,7% passaram por um aborto. Ao serem interrogadas se achavam ter a síndrome pré-menstrual, 75,8% responderam positivamente. Apenas duas variáveis mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com e sem SDPM: achar que tem SPM ($p < 0,001$) e fazer tratamento para SPM ($p = 0,049$) (Tabela 2).

Quase metade da população estudada fazia uso de algum método anticoncepcional (45,8%) e os métodos mais utilizados foram: anticoncepcional hormonal oral (24,2%) e condom (12,5%) (Tabela 3).

Cento e dezenove mulheres referiram algum sintoma compatível com a SPM (99,1%) sendo que apenas 91 delas (75,8%) reconheceram ter o problema. Em relação à SDPM, 57 adolescentes e jovens (47,5%) preencheram os critérios, porém quatro (7,0%) não se consideraram com a síndrome.

Os sintomas físicos mais referidos pelas entrevistadas foram: cólica menstrual ($n=98$), Mastalgia ($n=68$) e cefaleia ($n=59$). Enquanto os sintomas emocionais mais frequentes foram: irritação (85%), nervosismo (77,5%), raiva (74,2%), cansaço (61,7%), tristeza (56,7%), vontade de isolar-se (49,2%) e confusão mental (40%) (Figura 1).

Na figura 2, pode-se notar que dentre as adolescentes e jovens diagnosticadas com a SDPM, 93% referiram ansiedade. Mais de 80,0% tiveram alteração de apetite, sentiram-se com raiva ou tiveram a impressão de aumento dos problemas. Além disso, 73,7% sentiam-se instáveis emocionalmente, 70,2% sentiram descontrole emocional e tiveram dificuldade de concentração e 66,7% alteração de sono. Ainda foram citados outros sinais e sintomas, tais como: enxaqueca, dores em todo o corpo, diarreia, acne e aumento de peso temporário.

A comparação dos escores da qualidade de vida entre as adolescentes e jovens com e sem SDPM estão apresentadas na Tabela 4. As adolescentes e jovens com a SDPM apresentaram escores de qualidade de vida mais baixos em todos os domínios quando comparadas às outras sem SDPM, indicando que a SDPM afeta significativamente a qualidade de vida ($p < 0,001$ e $p = 0,005$). A diferença das médias dos escores totais entre os dois grupos foi 13,5 (IC 95% 8,1 – 18,9).

DISCUSSÃO:

A população estudada foi predominantemente de adolescentes com média em torno de 17 anos, provenientes de Recife ou Região Metropolitana, solteiras, estudantes, que não exerciam atividade remunerada e que pertenciam a famílias de baixa renda.

Outros dois estudos^{4,7} encontrados na literatura científica, também buscaram associar a SPM/SDPM com a qualidade de vida de jovens e/ou adolescentes, valendo salientar que ambos foram aplicados no Oriente Médio – Iran e Teerã. No estudo de Delara et. al⁷, a população foi composta por 618 adolescentes entre 14 e 19 anos, sendo a maioria solteira. A população do segundo estudo, foi composta por 360 adolescentes entre 15 e 18 anos, de classe média.

Mais da metade já eram sexualmente ativas, sendo 1/5 com historia de gravidez anterior. Muitos estudos apontam para o início da atividade sexual logo na adolescência^{8,9,10}, Malta et. al¹⁰ em 2011 estudou o comportamento sexual de adolescentes entre 13 e 15 anos em escolas públicas e privadas do Brasil, através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde e concluiu que na população estudada aproximadamente 1/3 dos adolescentes já haviam tido relação sexual alguma vez na vida. Bretas et. al⁸ também em 2011, objetivando identificar e comparar aspectos do comportamento sexual dos adolescentes masculinos e femininos no município de Embu-SP, encontrou que 17% das 476 meninas entrevistadas consumaram o ato sexual na idade entre 12 e 19 anos. Sabemos que a sociedade com o decorrer do tempo sofre transformações nos domínios científicos, culturais e sociais, portanto, as alterações do comportamento sexual dos adolescentes também seguem aparecendo com o tempo. A exposição precoce à estímulos audiovisuais que estabeleçam a relação sexual como uma banalidade influencia na formação do adolescente perante esse aspecto.

Metade da população estudada fazia uso de algum método anticoncepcional, sendo os métodos mais utilizados: anticoncepcional hormonal oral e condom. Estes são

os mais referidos na maioria dos estudos que pesquisam tipo de método anticoncepcional nas adolescentes nas mulheres jovens no Brasil ^{11,12,13}.

Em relação à quase totalidade da população estudada apresentar a SPM, isso poderia ser explicado devido ao fato de que para o diagnóstico da SPM, leva-se em conta a presença de apenas um sinal ou sintoma, seja ele físico ou emocional, de caráter cíclico que desapareça após o fim da menstruação. É importante discutir que não há um consenso dentro da literatura para o diagnóstico da SPM, como mostram diferentes artigos publicados na área ^{2,14,15,16}.

As próprias adolescentes e jovens reconheceram ter SPM, principalmente as que apresentaram os sintomas compatíveis com a SDPM, embora a maioria não faziam tratamento para SPM. Como medidas gerais para melhorar a síndrome pré-menstrual, é importante que a paciente seja esclarecida a respeito da própria condição, pratique exercícios físicos e tente evitar atividades estressantes. Os tratamentos farmacológicos destacados para tratar a SPM severa e SDPM encontrados na literatura baseiam-se na utilização de dois fármacos distintos: ACHO e ISRS. Dentro dos anticoncepcionais orais, foi descrito que sua efetividade se mostrou superior ao placebo, descrevendo que o EE (etinilestradiol) de 20 mcg associado a drospirenona se mostrou associado a um melhor controle do ciclo, impacto favorável no metabolismo da glicose e lipídios, boa tolerabilidade e controle da doença. O ISRS se mostrou também bastante eficaz no tratamento e não foi encontrada nenhuma hegemonia de um grupo de medicamento perante outro. Foi aprovado o seu uso tanto contínuo como intermitente, embora a utilização contínua se mostre mais eficaz ². Fica aqui o questionamento a respeito da falta de tratamento em adolescentes e jovens com a síndrome. Acreditamos que a desvalorização das queixas pré-menstruais acontece em duas vias: a do médico que seguem achando que são sinais ou sintomas sem muita necessidade de atenção e da própria paciente, carentes de informação, que se mostram conformadas com os problemas causados pela SPM ou SDPM.

A prevalência da SDPM é ainda muito controversa, variando de 4% a 47% ^{1,16,17}. Na nossa pesquisa foi evidenciada uma prevalência de 47,5%. Destacamos que essa diferença se dá por uma visão pouco sistemática da síndrome disfórica: quando se deixa de levar em consideração o bem estar do paciente e se consideram para o diagnóstico apenas sinais e sintomas é arriscado que seja ignorado a arte da prática médica e seja exercido uma medicina sem profundidade. Além disso, percebemos que existe uma confusão dos profissionais perante o período pré-menstrual, já que alguns diagnósticos da SPM foram dados baseando-se no DSM IV ou V, ou seja, sugerindo um transtorno psiquiátrico ^{3,6}.

Os sintomas físicos foram menos referidos do que os sintomas emocionais e entre estes, a ansiedade foi o mais referido. A comparação com outros estudos fica limitada já que o instrumento que mede a qualidade de vida utilizado no nosso estudo ainda não foi utilizado em adolescentes e jovens com o mesmo propósito utilizado por nós. O instrumento de medição da qualidade de vida que mais se evidencia na literatura é o SF-36®, com a limitação, entretanto de ser menor específico para adolescentes e jovens. Dentro das publicações encontradas, entretanto, observa-se que houve equivalência dentro dos sintomas físicos e emocionais ^{4,7}.

Fazendo uma comparação entre as adolescentes e jovens com SPM e SDPM, que responderam ao questionário, observa-se uma diminuição da qualidade de vida entre aquelas com a SDPM. É importante destacar que a síndrome vem sendo subdiagnosticada e conseqüentemente muitas adolescentes e jovens permanecem sem tratamento, causando sofrimento e perda da qualidade de vida. Analisamos que isso acontece devido ao pequeno valor dado pelos médicos e até mesmo das pacientes diante de sintomas pré-menstruais. Outros estudos também chegaram a essa conclusão ^{4,7} embora se utilizassem de outro instrumento.

O PedQL™ é um instrumento que mede a qualidade de vida e se baseia em um questionário que se divide em quatro grupos: físico, emocional, social e estudos. No entanto, não existe ponto de corte para avaliar qual escore seria a de uma qualidade de vida regular ou satisfatória e foi impossível fazer essa comparação com um grupo controle, já que quase a totalidade da amostra pesquisada tinha ao menos um sintoma pré menstrual. É necessário que se aguardem novos trabalhos na área para realizar uma comparação satisfatória entre diferentes grupos.

Apesar de ser uma síndrome altamente prevalente entre mulheres, sabe-se que existem poucos estudos que analisam com afinco as reais consequências da SPM e/ou SDPM.

CONCLUSÃO:

O estudo mostrou alta prevalência de SPM e SDPM e que há uma diminuição na qualidade de vida das adolescentes e jovens com SDPM, contudo ainda carecem de outros estudos para confirmar a força dessa associação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Valadares GC, Ferreira LV, Correa-Filho H, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. Rev. psiquiatr. clín.2006; 33(3): 117-123.

2- Brilhante VMB, Andreisa PMB, Carvalho CB, Karbage SAL, Pequeno Filho EL, Rocha ES. Síndrome pré-menstrual e síndrome disfórica. FEMINA 2010 38(7): 373-378.

3 - Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, FassaACGastal. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. Rev. SaúdePública 2006 Feb; 40(1): 47-56.

- 4 –Taghizadeh Z, Schirmohammadi M, Arbabi M, Mehran A. The Effect of Premenstrual Syndrome on Quality of life in Adolescent Girls. *Iranian J Psychiatry*: 3(3) 105-109.
- 5 – Carvalho VCP, Cantilino A, Gonçalves CRK, Mouda RT, Sougey EB. Prevalência da Síndrome de Tensão Pré-menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-menstrual entre estudantes universitárias. *Neurobiologia* 2010, 73(1) jan./mar.
- 6 –Rodrigues IC, Oliveira E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-Menstrual. *ArqCiêncSaúdejul-set*; 13(3). 61-67
- 7- Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Tavafian SS, Kazemnejad A, Montazeri A. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:1
- 8- Bretas J, Ohara C, Jardim D, Junior W, Oliveira J. Aspectos da sexualidade na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, 16(7):3221-3228
- 9- Castro M, Abramovay M, Silva L. Juventudes e sexualidade. UNESCO Brasil 2004.
- 10- Malta D, Silva M, Mello F, Monteiro R, Porto D, Sardinha L, Freitas P. Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Ver. Bras. Epidemiol* 2011, 14(1).
- 11- Alves A, Lopes M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2008, 61(2):170-7
- 12- Mendonça M, Araújo T. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da universidade federal do Piauí. 2009, *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (4): 863-71
- 13- Guimarães A, Vieria M, Palmeira J. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. 2003, *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(3):293-8

14- Câmara D. Síndrome Pré-Menstrual Estudo de prevalência em alunas da Universidade da Beira interior.

15- Paiva S, Paula L, Nascimento L. Tensão Pré-Menstrual (TPM): uma revisão baseada em evidências científicas. 2010,FEMINA, 38(6): 311-15.

16-Rascovski A, Síndrome pré-menstrual x Disforia pré-menstrual. 2002, Pediatria moderna, 38(9):441-46.

17- Jadresic E, Palacios E, Palacios F, Pooley F, Preisler J, Ordoñez M, Ovalle P. Síndrome pré-menstrual (SPM) y transtorno disfórico pré-menstrual (TDP): Estudio retrospectivo de prevalência y factores asociados em 305 estudantes universitárias. 2003.

Tabela - 1. Caracterização Sociodemográfica das adolescentes e Jovens atendidas no IMIP entre agosto de 2013 à Abril de 2014. Recife-PE, 2014

Variáveis	Com SDPM N=57		Sem SDPM N=63		Total N=120	
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)
IDADE						
15-19	44	77,2	46	73,0	90	75,0
20-24	13	22,8	17	27,0	30	25,0
PROCEDÊNCIA						
Recife e RMR	35	61,4	44	69,8	79	65,8
Interior e outros estados	22	38,6	19	30,2	41	34,2
ESTADO CIVIL						
Solteiras	48	84,2	55	87,3	103	85,8
Casadas	8	14,0	7	11,1	15	12,5
Não Informado	1	1,8	1	1,6	2	1,7
RELIGIÃO						
Católica	25	43,9	34	57,0	59	49,2
Evangélica	17	29,8	25	39,7	42	35,0
Outras	9	15,8	4	6,3	11	9,2
Não informado	6	10,5	-	-	8	6,7
ATIVIDADE REMUNERADA						
Sim	10	17,5	11	17,5	21	17,5
Não	46	80,7	52	82,5	98	81,7
Não Informado	1	1,8	-	-	1	0,8
ESTUDA*						
Sim	44	77,2	44	69,8	88	73,3
Não	13	22,8	19	30,2	32	26,6
ESCOLARIDADE*						
Ensino Fundamental	4	13,8	13	33,4	17	25,0
Ensino Médio	20	69,0	19	48,7	39	57,4
Ensino Superior	5	17,2	7	17,9	12	17,6
MORAM COM OS PAIS						
Sim	46	80,7	50	79,4	96	80,0
Não	10	17,5	12	19,0	22	18,3
Não Informado	1	1,8	1	1,6	2	1,7
RENDA FAMILIAR						
< 1 Salário mínimo	19	33,3	10	15,9	29	24,2
1-3 Salários mínimos	29	50,9	37	58,7	66	55,0
> 3 Salários mínimos	2	3,5	2	3,2	4	3,4
Não sabe	7	12,3	12	19,0	19	15,8
Não Informado	-	-	2	3,2	2	1,7

Não houve diferença estatística entre os grupos ($p>0,05$)

Tabela 2: Distribuição de frequência das adolescentes e jovens atendidas nos ambulatórios Hebiatria e Ginecologia do IMIP segundo variáveis das características clínicas. Recife-PE, agosto de 2013 a abril de 2014.

Variáveis	Com SDPM N=57		Sem SDPM N=63		Total N=120		p
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequên cia (n)	Percentual (%)	Frequênci a (n)	Percent ual (%)	
EM USO DE MEDICAMENTO							
Sim	16	28,1	11	17,5	27	22,5	
Não	41	71,9	52	82,5	93	77,5	
SEXUALMENTE ATIVA							
Sim	34	59,6	33	52,4	67	55,8	
Não	22	38,6	30	47,6	52	43,3	
Não informado	1	1,8	-	-	1	0,8	
JÁ ENGRAVIDOU							
Sim	11	19,3	13	20,6	24	20,0	
Não	46	80,7	50	79,4	96	80,0	
JÁ TEVE FILHOS							
Sim	9	15,8	10	15,9	19	15,8	
Não	48	84,2	53	84,1	101	84,2	
JÁ ABORTOU							
Sim	4	7,0	4	6,3	8	6,7	
Não	53	93,0	59	93,7	112	93,3	
ACHAM QUE TEM SPM							
Sim	53	93,0	38	60,3	91	75,8	<0.001
Não	4	7,0	25	39,7	29	24,2	
FIZERAM/FAZEM TRATAMENTO PARA SPM							
Sim	4	7,0	-	-	4	3,3	0,049
Não	53	93,0	62	98,4	115	95,8	
Não Informado	-	-	1	1,6	1	0,8	

Tabela 3: Distribuição de frequência das adolescentes e jovens atendidas nos ambulatórios Hebiatria e Ginecologia do IMIP segundo ao uso de método anticoncepcional (MAC). Recife-PE, agosto de 2013 a abril de 2014.

Variáveis	Total		Com SDPM		Sem SDPM		p
	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)	Frequência (n)	Percentual (%)	
USA MAC							
Sim	55	45,8	31	54,4	24	38,1	0,086
Não	64	53,3	26	45,6	38	60,3	
Não informado	1	0,8	-	-	1	1,6	
QUAL MAC*							
ACHO	29	24,2	18	31,6	11	17,5	0,071
Condom	15	12,5	6	10,5	9	14,3	
ACI	7	5,8	4	7,0	3	4,8	
DIU	4	3,3	3	5,3	1	1,6	
'	65	54,2	26	45,6	39	61,8	

ACHO: Anticoncepcional Hormonal Oral; ACI: Anticoncepcional Injetável; DIU: Dispositivo Intrauterino

Tabela 4: Escores de qualidade de vida em adolescentes e jovens com e sem SDPM atendidas nos ambulatórios de Hebiatria e Ginecologia do IMIP. Recife-PE. Agosto de 2013 a Abril de 2014.

Dimensões	Com SDPM (n=57)	Sem SDPM (n=63)	p
	Média (DP)	Média (DP)	
Domínios físicos	65,4 (21,9)	78,9 (16,6)	<0,001
Domínio psicossocial	62,0 (17,8)	75,5 (14,7)	<0,001
Domínios emocionais	51,6 (24,3)	66,9 (19,1)	<0,001
Domínios sociais	76,9 (23,4)	87,0 (14,8)	0,005
Domínios ocupacionais	57,5 (20,5)	72,5 (20,4)	<0,001
Total	63,2 (17,2)	76,7(12,5)	<0,001

Figura 1 - Distribuição de frequência das adolescentes e jovens atendidas nos ambulatórios Hebiatria e Ginecologia do IMIP segundo o número de sintomas referidos à SPM. Recife-PE, agosto de 2013 a abril de 2014.

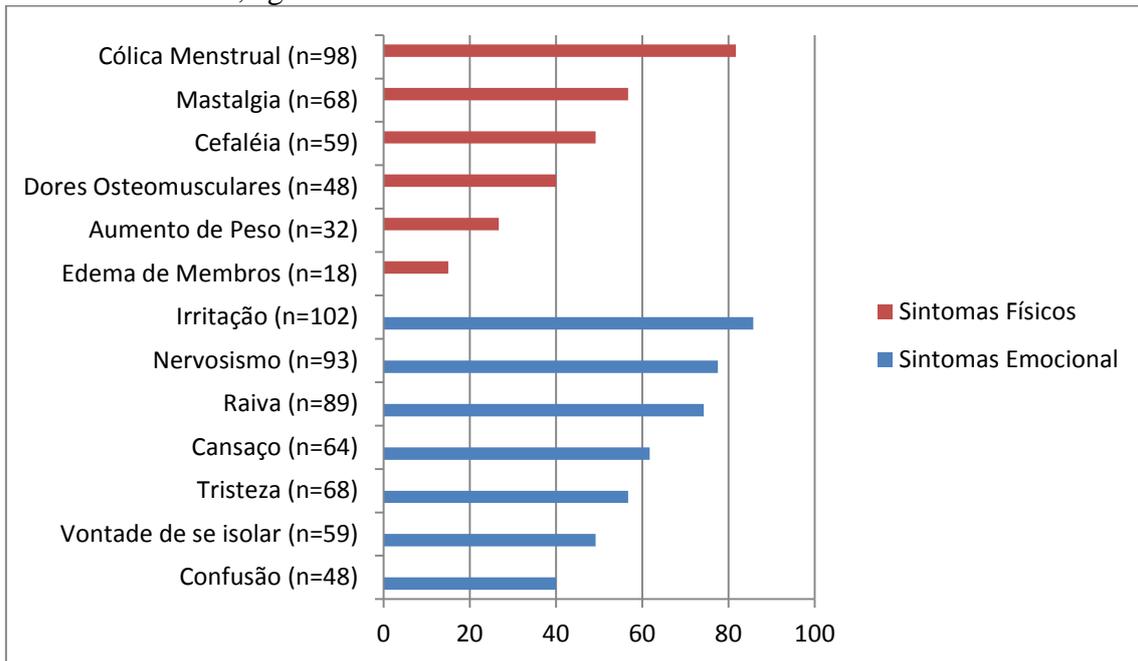


Figura 2 - Distribuição de frequência das adolescentes e jovens atendidas nos ambulatórios Hebiatria e Ginecologia do IMIP segundo o número de sintomas referidos à SDPM. Recife-PE, agosto de 2013 a abril de 2014.

