

FACULDADE EVANGÉLICA MACKENZIE DO PARANÁ  
CURSO DE MEDICINA

GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA  
JOÃO FELIPE LEMOS DE LIMA

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE  
MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS:  
ESTUDO COMPARATIVO**

Curitiba  
2020

GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA  
JOÃO FELIPE LEMOS DE LIMA

**PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE  
MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS:  
ESTUDO COMPARATIVO**

Trabalho Científico de Curso apresentado ao Curso de  
Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do  
Paraná como requisito parcial ao título de médico

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana de Biagi

Curitiba

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Biblioteca da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná)

P324 Paula, Giovanna Pizzichini de.

Prevalência da síndrome pré-menstrual em acadêmicas de medicina que fazem ou não uso de contraceptivos hormonais : estudo comparativo / Giovanna Pizzichini de Paula, João Felipe Lemos de Lima. — Curitiba, 2020.

Orientadora : Profa. Dra. Juliana de Biaggi.

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Presbiteriano Mackenzie, Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curso de Medicina, 2020.

1. Síndrome pré-menstrual. 2. Ciclo menstrual. 3. Contraceptivos hormonais. 4. I. Lima, João Felipe Lemos de. II. Título.

CDD 618.172

## TERMO DE APROVAÇÃO

GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA  
JOÃO FELIPE LEMOS DE LIMA

### PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ESTUDO COMPARATIVO

Trabalho Científico de Curso apresentado ao Curso de  
Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do  
Paraná como requisito parcial ao título de médico

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dra. Juliana de Biagi

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. ....  
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

---

Prof. Dr. ....  
Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná

Dedicamos este trabalho às nossas famílias e a todos aqueles que nos ajudaram ao longo desta importante etapa de nossas vidas acadêmicas.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos aos nossos pais Marisa Pizzichini, Sérgio Luiz De Paula, Neusa de Almeida Lemos de Lima e Adelcio Ferreira de Lima por permitirem que chegássemos aqui e que não hesitam em nos apoiar em cada desafio de nossas vidas acadêmicas.

Somos extremamente gratos à Dra. Juliana de Biagi por ter aceitado ser nossa orientadora e assim ter se mostrado disponível para nos ajudar.

Agradecemos imensamente ao nosso professor Dr. Fernando Issamu Tabushi por ter aceitado nos acompanhar neste projeto. O seu empenho foi essencial para a nossa motivação à medida que as dificuldades iam surgindo ao longo do percurso. Obrigado por nos auxiliar na complexidade desse trabalho.

Somos gratos ao Dr. Marcelo Luis Abramides Torres pelo auxílio e conselhos que nos deu no decorrer desta produção.

Somos gratos pela amizade e pela ajuda que recebemos de Beatriz Bonatto Pereira na revisão ortográfica e de normas técnicas da redação deste trabalho.

Agradecemos também a todos os amigos e familiares que permaneceram ao nosso lado nos momentos bons e nos momentos difíceis de nossas vidas e que nos motivam a cada nova etapa da construção da nossa formação médica.

*“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas.”*

(Claude Lévi-Strauss)

## RESUMO

**Introdução:** A Síndrome Pré-Menstrual (SPM) se caracteriza pelo conjunto de sinais e sintomas que ocorrem na fase lútea tardia do ciclo menstrual, cessando necessariamente no primeiro dia do ciclo, em que ocorre o fluxo menstrual. **Objetivo:** Entender quais os sintomas e sinais dos quais as acadêmicas mais se queixam durante o período lúteo de seu ciclo menstrual, viabilizando determinar a presença ou não da Síndrome Pré-Menstrual naquelas que apresentaram ao menos um sintoma somático e um sintoma psíquico. **Material e métodos:** O presente estudo teve caráter descritivo, tendo sido feita uma análise de prevalência com uma amostra de 143 mulheres entre 18 e 40 anos matriculadas na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR), na cidade de Curitiba, Paraná, durante o primeiro semestre letivo do ano de 2020. O instrumento de coleta de dado foi o questionário disponibilizado pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e respondido de maneira anônima e consensual pelas participantes. Também foi aplicado um questionário com perguntas elaboradas pelos próprios autores deste estudo para melhor identificar seus perfis, como idade, período atual da faculdade, paridade (histórico de gestações), presença de comorbidades e uso de método contraceptivo (especificando qual). Para a análise dos resultados, as participantes foram divididas em um grupo das que fazem uso de ao menos algum método contraceptivo hormonal e um outro grupo em que não fazem uso de qualquer método hormonal (podendo, nesse caso, fazer uso de um método não-hormonal ou ainda de nenhum). **Resultados:** Observou-se que o sintoma somático mais presentes na amostra geral foi de cefaleia, com prevalência de 60,1%, e os sintomas psíquicos mais comuns foram irritabilidade e depressão, igualmente com 78,3% cada. Houve um sintoma que se mostrou com diferença significativa (com nível de significância  $p < 0,05$ ) entre os dois grupos analisados: mastalgia. Essa queixa esteve mais presente no grupo em que elas não eram usuárias de métodos hormonais (com prevalência de 57,1% delas, contrastando com 37,2% daquelas que utilizam ao menos algum método hormonal). Por fim, constatou-se que, no grupo de mulheres isentas do uso de métodos hormonais - que corresponderam a 49 das 143 participantes (34,26%) - 39 delas, ou seja, 79,59% desse grupo, foram diagnosticadas com SPM de acordo com os critérios do ACOG. **Conclusão:** A SPM, além ser uma queixa comum na população feminina em idade reprodutiva, é de importante avaliação multidisciplinar para que se diferenciem os sintomas dessa da exacerbação de quadros psiquiátricos primários. O uso de métodos contraceptivos hormonais pode ser vantajoso na queixa de mastalgia durante o período lúteo.

**Palavras-chave:** Síndrome pré-menstrual; período menstrual; tensão pré-menstrual; acadêmicas de Medicina; ciclo menstrual; sintomas menstruais.

## ABSTRACT

**Introduction:** Premenstrual syndrome (PMS) is known as the group of signs and symptoms that happen in the luteal phase of the menstrual cycle, ending necessarily on the first day of the cycle, when the menses occur. **Objective:** The objective of this study was to better understand the symptoms and signs that the medical students most complained about during the luteal period of their menstrual cycle, making it possible to determine the presence or absence of Premenstrual Syndrome in those who presented at least one somatic symptom and one psychic one. **Material and methods:** The present study is a descriptive one, with an analysis of the prevalence with a sample of 143 women between 18 and 40 years old attending Mackenzie Evangelical College of Parana, a Medical school situated in the city of Curitiba, state of Parana, in Brazil, during the first semester of 2020. The data was collected using the questionnaire provided by the American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and answered anonymously and consensually by the participants. Besides this questionnaire, additional questions created by the authors of this study were made to better identify their profiles, such as age, current period of college, parity (history of pregnancies), presence of comorbidities and contraceptive method in use (specifying which one). **Results:** For the analysis of the results, the participants were divided into a group of those who use at least one hormonal contraceptive method and another group in which they do not use any hormonal method (with the possibility, in this case, to use a non-hormonal method or even none). It was observed that the most prevalent somatic symptom in the general sample was headache, with a prevalence of 60.1%, and the two most common psychological symptoms were irritability and depression, equally tied at 78.3% each. There was a symptom that showed a significant difference (with a significance level  $p < 0.05$ ) between the two groups analyzed: mastalgia. This complaint was more present in the group in which they were not users of hormonal methods (with a prevalence of 57.1% of them, in contrast to 37.2% of those who use at least one hormonal method). Finally, it was found that, in the group of women exempt from using hormonal methods - corresponding to 49 out of 143 participants (34.26%) - 39 of them, that is, 79.59% of this group, were diagnosed with PMS according to the ACOG criteria. **Conclusion:** PMS, besides being a common complaint in the female population during the menacme, has to be evaluated multidisciplinary in order to distinguish this syndrome from the exacerbation of a primary psychiatric disorder. The use of hormonal contraceptive methods can be advantageous in case of mastalgia during the luteal phase.

**Key Words:** Premenstrual syndrome; menstrual period; premenstrual tension; medical students; menstrual cycle; menstrual symptoms.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Métodos Contraceptivos.....	14
Tabela 2	Comorbidades.....	15
Tabela 3	Sintomas Físicos.....	16
Tabela 4	Sintomas Afetivos.....	17

## LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACHO	Anticoncepcional hormonal oral
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
DIU	Dispositivo intrauterino
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (4ª edição)
FEMPAR	Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná
GABA	Ácido Gama-aminobutílico
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SPM	Síndrome Pré-Menstrual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TPM	Tensão Pré-Menstrual

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>12</b>
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	12
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	13
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	13
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Até poucas décadas atrás, no Brasil, a saúde da mulher não recebia a devida atenção por parte das políticas públicas. De maneira mais evidente até o século passado, a escolha de ter ou não filhos não estava 100% na mão das mulheres; atualmente, isso depende, dentre outros fatores, da utilização do que hoje são denominados métodos contraceptivos (CORREA; PETCHESKY, 1994).

Com o advento dos movimentos feministas no século XX, a mulher foi se inserindo no mercado de trabalho e assim o padrão da família foi se modificando. Sua visão como indivíduo passou a ser feita de forma integrativa: deixou-se de lado o enfoque da mulher apenas como corpo físico e se passou a vê-la mais como um indivíduo provido de direitos e papéis sociais importantes. Nesse mesmo contexto, foram sendo questionadas as políticas de saúde voltadas para o indivíduo feminino e então cobradas delas novas abordagens (LABRA, 1989).

No ano de 1984 ocorreu o 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, e nele foi feita a chamada Carta de Itapeverica. Nela, se destacou que, à época, a sociedade impunha um papel sexual e reprodutivo à mulher que a excluía de tomar decisões sobre seu próprio corpo. Desse modo, muitos problemas de saúde específicos da mulher eram ignorados (LABRA, 1989).

Ainda nos anos 1980, encorajado por esses mesmos movimentos feministas, o Ministério da Saúde lançou o chamado Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que até hoje é referência e serve de base para políticas públicas voltadas para a saúde do indivíduo do sexo feminino. A elaboração desse projeto contou com a presença de pesquisadores, sanitaristas e representantes de grupos feministas (D'OLIVEIRA, 1999).

Segundo o próprio documento,

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada,

abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL. Ministério da Saúde, 1984, p.5).

O PAISM passou, então, a ser considerado o modelo de assistência para atendimento global da mulher. Inclui assistência pré-natal, parto e puerpério, detecção precoce de neoplasias, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, medidas de contracepção e prevenção da gravidez indesejada, entre outras abordagens específicas para o indivíduo feminino. O documento enfatizou também que esse atendimento deve ser realizado em todos os ciclos biológicos da vida da mulher: da adolescência, incluindo a menarca, passando por toda a menacme, até a saúde da mulher idosa (D'OLIVEIRA, 1999) (LABRA, 1989).

No contexto de negligência às queixas femininas, lembram-se muito daquelas que ocorrem no período pré-menstrual. A Síndrome pré-menstrual (SPM), popularmente conhecida como tensão pré-menstrual (TPM), caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem na fase lútea tardia do ciclo menstrual (VERRI; COLS, 1997 apud MONTES; VAZ, 2013).

Sabe-se que desde a antiguidade a sociedade reconhece que a mulher passa por um período de sintomas e sinais diferenciados durante alguns dias no mês, e que isso reflete num comportamento próprio desse período. No entanto, não existia uma denominação para isso. Pelo fato de que, até poucas décadas atrás, as mulheres muitas vezes tinham filhos pouco tempo após sua menarca (e sucessivas gestações após a primeira), elas quase não passavam pela experiência de ter vários ciclos menstruais durante a vida. Eram prolongados períodos de gestação, de puerpério e de amamentação por conta da precocidade e da frequência com que tinham filhos, e conseqüentemente poucos períodos com ciclos menstruais ovulatórios sem resultar em concepções, para que então pudessem ter períodos pré-menstruais efetivamente (NOGUEIRA, 1998).

Hoje, por outro lado, os indivíduos têm se casado com mais idade do que antigamente. Por conta disso, a maioria das mulheres passou a fazer uso prolongado de métodos contraceptivos, e conseqüente a isso a menstruação começou a fazer mais

parte de seu cotidiano e passa cada dia mais a ser vista como algo natural e com menos tabus do que no passado (MURAMTSU, 2001).

Até a década de 1950 o termo “tensão pré-menstrual” era o mais utilizado. No entanto, Dalton e Green (1953) consideraram o termo insuficiente e propuseram a substituição dessa denominação por “Síndrome pré-menstrual”. Os autores verificaram que o termo “tensão” expressava mal o quadro uma vez que esse é composto por uma variedade de sintomas que vão muito além de apenas tensão. Eles relacionaram a SPM, principalmente, à diminuição de progesterona no último quarto do ciclo menstrual (MONTES; VAZ, 2003).

Hoje ainda se questiona se tal síndrome não seria apenas resultante do acúmulo de estresse da vida moderna. No entanto, Semonides em 2600 a.C. em seu *Essay on Women* e Hipócrates em 600 a.C. no tratado “A doença das virgens” já descreveram alterações comportamentais, alucinações e pensamentos delirantes, relacionando-os com uma retenção do fluxo menstrual. Outros autores e filósofos da antiguidade também fizeram correlações parecidas em suas obras, como Platão, Aristóteles, Plínio, Ebers e Kahun (MATO, 2002 apud VALADARES et al., 2006).

Ocorre ainda uma confusão para distinguir sintomas exclusivos da fase pré-menstrual daqueles que persistem o mês inteiro, mas é de suma importância que essa distinção seja feita - deve-se questionar até que ponto o fenômeno resulta de oscilações hormonais da mulher em idade reprodutiva e até que ponto ele é consequente de fatores ambientais, sociais e domésticos (VALADARES et al., 2006).

Já se tem definido que o ciclo menstrual tem duração média de 28 dias e é dividido em três fases: a fase folicular, a ovulação e a fase lútea. O primeiro dia de menstruação é considerado o primeiro dia do ciclo e também o início da fase folicular, que pode durar de 8 a 23 dias; a fase lútea se estende do final do período de ovulação até o início do fluxo menstrual (primeiro dia de menstruação, em que o ciclo volta à fase folicular) (SILVEIRA et al., 2014).

Para Dutra (2015), o período pré-menstrual é considerado um momento de vulnerabilidade, em que podem estar presentes sintomas tanto físicos quanto psíquicos próximos à semana que antecede a menstruação, mas que devem cessar com o início de um novo ciclo, com a ocorrência do fluxo menstrual propriamente dito. (SILVEIRA et

al., 2014) (DUTRA, 2015).

Alguns autores, como é o caso de Cheniaux Jr (2001), pleiteiam a ideia de que a SPM faça parte do grupo de transtornos de humor com sintomatologia do tipo depressiva leve ou atípica. Contudo, o conceito de SPM se instaurou levando em conta muito mais a periodicidade com que ocorre - por ser restrito à fase lútea do ciclo menstrual - do que seu quadro clínico de fato (VALADARES et al., 2006) (CHENIAUX JR, 2001).

Não obstante, observou-se que esse período do ciclo da mulher a leva a ter mais propensão de agravar seus distúrbios psiquiátricos pré-existent: crises de pânico, ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo, impulsos cleptomaníacos, bulimia e surtos psicóticos. Existem registros na bibliografia que mostram que há uma elevação das taxas de admissão hospitalar em setores de emergência por tentativas e até consumação de suicídio, de crimes violentos, de acidentes, de abuso ou intoxicação por medicamentos antidepressivos, drogas lícitas e ilícitas (MIRANDA et al., 2007) (VALLONE et al., 2002).

## **2 OBJETIVO**

Este projeto de pesquisa tem como objetivo primário analisar a prevalência dos diferentes sintomas somáticos e psíquicos da Síndrome pré-menstrual (SPM) em acadêmicas de Medicina matriculadas na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, dividindo esses indivíduos em aquelas que fazem uso de métodos contraceptivos não-hormonais (métodos de barreira, DIU de cobre/cobre com prata, método da “tabelinha” ou ainda uso de nenhum) daquelas que fazem uso de ao menos algum método hormonal (anticoncepcional hormonal oral, DIU hormonal, anel vaginal, anticoncepcionais injetáveis, adesivo hormonal ou implante hormonal subcutâneo), comparando a sintomatologia dos dois grupos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Mais de cem sinais e sintomas fazem parte do quadro da SPM, com graus variáveis, tornando a caracterização dessa síndrome não tão simples. Ela acomete mulheres do mundo todo, independentemente de sua etnia. Estima-se que de 75% a 95% das mulheres em idade reprodutiva e com ciclo menstrual regular apresentem algum sintoma em intensidade leve (MAIA et al., 2014) (DINIZ et al., 2013) (BEREK, 2012).

Dentre os sinais e sintomas que podem estar presentes na síndrome, destacam-se: labilidade afetiva; irritabilidade e/ou aumento de conflitos interpessoais; humor deprimido; ansiedade e tensão; diminuição do interesse; dificuldade de concentração; letargia; fadiga ou baixa disposição; mudanças no apetite; insônia ou disposição melhorada para o sono; outros sintomas físicos como dores e mastalgia (dor em região mamária) (MENDES; SOUZA, 2017).

As alterações emocionais, incluindo a irritabilidade, foram relacionadas a uma menor resposta cerebral ao ácido gama-aminobutírico (GABA), neurotransmissor cerebral inibitório. Já o humor deprimido mostrou ser consequente à diminuição dos níveis de serotonina nesse período (DINIZ et al., 2013) (MARZOUK; EL-NEMER; BARAKA, 2013).

Existe, também, uma comorbidade denominada Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), que se define como uma forma mais grave de SPM e que é hoje enquadrada no DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição). Estima-se que essa disforia esteja presente em uma prevalência bem mais baixa se comparada à SPM: em torno de 3% a 11% das mulheres em idade reprodutiva. Esses sintomas devem ser intensos o suficiente a ponto de desequilibrar sua vida nos âmbitos social, profissional e familiar por cerca de uma a duas semanas por mês. O TDPM é considerado um problema de saúde pública maior e se aconselha que seja tratado com auxílio de um médico psiquiatra. A serotonina é o maior foco de estudo no que tange a fisiopatologia do TDPM, levando esse quadro a se assemelhar muito ao quadro psiquiátrico de depressão. Porém, muitos estudos já mostraram que a etiologia do TDPM tende a ser multifatorial (VALADARES et al., 2006).

O TDPM deve ser diferenciado da SPM: a mais nítida diferença entre esses dois quadros é a intensidade dos sintomas, além de que o primeiro costuma se confundir mais facilmente com outros transtornos psiquiátricos. Normalmente, quem realiza o diagnóstico do transtorno disfórico é o médico psiquiatra, enquanto o da SPM é o médico ginecologista (VALADARES et al., 2006).

Por conta disso, é fundamental, embora nem sempre fácil, diferenciar o TDPM da amplificação de sintomas de certas doenças psiquiátricas que podem mimetizar esse transtorno (MIRANDA et al., 2007).

É relevante enfatizar que o diagnóstico diferencial da SPM também inclui transtornos psiquiátricos que cursem com depressão, irritabilidade, transtornos alimentares e outros sintomas afetivos relatados na SPM, tornando seu diagnóstico ainda mais complexo. Uma diferença chave e importante de se notar é que em transtornos psiquiátricos os sintomas não se restringem à fase lútea do ciclo menstrual, podendo portanto ocorrer em qualquer fase dele. Em ambos os casos, todavia, existem fatores tanto genéticos quanto ambientais envolvidos (COHEN et al., 2004) (PLOUFFE JUNIOR et al., 1993).

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) propõe elementos-chave para o diagnóstico da SPM. São eles:

- a) sintomas consistentes com a SPM;
- b) restrição desses sintomas à fase lútea do ciclo menstrual;
- c) comprometimento de uma faceta da vida da mulher;
- d) exclusão de outros diagnósticos que poderiam explicar melhor os sintomas relatados.

Esses sintomas devem estar baseados em um diário prospectivo, porque ao menos metade das mulheres relatando um padrão dos sintomas para a fase lútea descobrirão que o padrão não é exclusivo desta fase. Recomenda-se fazer de dois a três meses de anotações sobre os sintomas, pois a cada ciclo essa clínica pode se apresentar de maneira diferente em uma mesma mulher (HART; COLEMAN; RUSSEL, 1987).

Segundo o ACOG, então, os critérios definidos para diagnóstico da SPM são: sintomas pré-menstruais que podem ser diagnosticados se a paciente relatar ao menos

um dos seguintes sintomas afetivos (psíquicos) e somáticos (físicos) durante cinco dias antes da menstruação em cada um dos três ciclos observados, devendo ser aliviados dentro de quatro dias do início da menstruação, sem recidiva deles até ao menos o dia 13 do ciclo. Devem estar presentes na ausência de qualquer terapia farmacológica, hormonal ou de uso de drogas ou álcool (ACOG, 2001). São eles:

- a) Afetivos: depressão, crises de raiva, irritabilidade, ansiedade, confusão e isolamento social.
- b) Somáticos: sensibilidade em mamas, sensação de inchaço abdominal, cefaleia e edema de extremidades.

Em estudo semelhante ao presente, realizado por Rodrigues e Oliveira (2006), com amostra de 101 mulheres entre 15 e 40 anos, estudantes ou funcionárias da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, foi encontrada uma prevalência de 99% de mulheres que tiveram alguma queixa relacionada à SPM, sendo que 81,2% relatou ter tido problemas no cotidiano por conta dela. O sintoma mais comum relatado nesta pesquisa foi o de ansiedade, contando com 72,4% de prevalência, seguido de facilidade de choro com 61,4% e então irritabilidade com 54,5% (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2006).

No Líbano, realizou-se estudo com proposta parecida deste também, entre os anos de 2011 e 2012, por Attieh et al. (2012), em uma faculdade de Medicina e que incluía médicas residentes do hospital universitário correspondente, na cidade de Beirute. Neste caso foram distribuídos 428 questionário que também utilizaram os critérios do ACOG aqui citados para diagnóstico de SPM. Como resultados chegou-se ao número de 23 indivíduos (7,1%) diagnosticados com SPM pelos critérios determinados contra 300 sem o diagnóstico. 314 participantes (97,2%) relataram ao menos um sintoma, 253 (78,3%) queixaram-se de ao menos um sintoma somático e 275 (85,1%) ao menos um afetivo. Além disso, concluiu-se que o sintoma somático mais comum era sensibilidade em mamas (n=210, 65%), seguido de sensação de inchaço abdominal (n=143, 44,3%) e em terceiro lugar cefaleia (n=72, 22,3%). Com relação aos sintomas afetivos, irritabilidade foi o mais relatado (n=232, 71,8%), seguida de crises de raiva (n=189, 58,5%) e então depressão (n=181, 56%).

Nesse estudo também se verificou que 40 indivíduos (12,4%) relataram passar

por episódios de insônia durante o período pré-menstrual, o que se pôde relacionar com um comprometimento da saúde mental como um todo e com diminuição da performance no trabalho. No entanto, é possível também relacionar a insônia à elevada carga horária a que acadêmicos de Medicina normalmente estão submetidos, o que não deixa de comprometer suas horas de sono. De maneira geral o que esse estudo sugeriu é que sintomas pré-menstruais e a própria SPM são comuns em acadêmicas de Medicina no Líbano e que essas alterações afetam sua performance nos estudos e no dia-a-dia (ATTIEH et al., 2012).

Em um artigo realizado com acadêmicas de uma faculdade de Medicina no norte da Índia, foi encontrada uma prevalência de 65% da Síndrome Pré-Menstrual segundo o método por eles utilizado - o disponibilizado pelo ACOG, o mesmo usado no estudo aqui vigente. O sintoma somático mais frequente foi dor no corpo (mialgia), com 52% de prevalência, e dentre os afetivos foi irritabilidade, com 50%. Com relação aos outros sintomas, obtiveram-se os seguintes resultados: fadiga (42%), mastalgia (21%), inchaço abdominal (20%), cefaleia (28%), edema de extremidades (31%), crises de raiva (32%), depressão (12%), ansiedade (32%), confusão (9%) e isolamento social (31%) (JIWANE et al., 2018).

## 4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente estudo foi feito com acadêmicas matriculadas na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR), situada na cidade de Curitiba, no estado do Paraná, no ano de 2020. A metodologia para obtenção de dados desta pesquisa se baseia na utilização de um formulário validado que será melhor apresentado a seguir, porém com adaptações feitas pelos autores deste estudo. Os indivíduos participantes deveriam preencher os critérios de inclusão exigidos para dar seguimento à pesquisa.

Foi apresentado, junto ao formulário a ser respondido, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) com informações sobre a pesquisa realizada e seus objetivos, contendo nome e contato dos responsáveis por essa caso houvesse dúvidas por parte das participantes

O questionário foi aplicado via Google Formulários, uma plataforma online de obtenção de respostas, nos seguintes moldes (os campos indicados com asterisco (\*) eram de preenchimento obrigatório para concluir a pesquisa):

Em uma primeira etapa (Parte I), deveriam ser respondidas perguntas de cunho epidemiológico, elaboradas pela orientadora e orientandos do trabalho: idade atual, período atual da faculdade (no primeiro semestre de 2020), gestações prévias, comorbidades e uso ou não de método contraceptivo (se em uso, relatar qual) (APÊNDICE 1 A).

Já na segunda etapa (Parte II), foi aplicado o formulário, de maneira adaptada, desenvolvido pelo ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*), pelo *Committee on Practice Bulletins* (ANEXO 1 A).

O formulário foi respondido de forma anônima, não tendo necessidade de a participante se identificar. Caso houvesse interesse próprio em acompanhar os resultados do estudo posteriormente, havia a opção de a participante fornecer seu endereço de e-mail no momento do preenchimento do formulário para que esses resultados lhe fossem enviados. Esse formulário foi distribuído às participantes via redes sociais (pelos meios *WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*).

### 4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para participar eram: indivíduos do sexo feminino, em idade reprodutiva, estar matriculada e cursando Medicina na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná no primeiro semestre de 2020 e apresentar interesse próprio e voluntário para responder ao formulário aplicado.

#### 4.2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram: indivíduos do sexo masculino, indivíduos do sexo feminino fora de idade reprodutiva, gestantes, puérperas ou formulários incompletos.

#### 4.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado com uma amostra simples com um “n” (número de indivíduos da amostra) de 143. Foi feita uma análise retrospectiva da prevalência referente ao momento da coleta dos dados.

Os dados foram digitados em planilhas no programa *Excel for Windows 10*. A análise descritiva foi realizada utilizando a mediana e intervalo interquartil (primeiro quartil; terceiro quartil) para variáveis quantitativas, e as frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas.

As participantes da pesquisa foram divididas em dois grupos de acordo com o uso de métodos anticoncepcionais hormonais e de métodos não-hormonais (ou ainda pelo uso de nenhum método, incluídas nesse segundo grupo), e esses dois grupos foram comparados quanto às suas características. Para comparação de variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de MannWhitney, e para comparação de variáveis qualitativas, foi utilizado o teste exato de Fisher, considerando sempre o nível de 5% de significância.

## 5 RESULTADOS

O presente estudo totalizou 146 questionários individuais, porém, pelo método de correção utilizado, foram considerados apenas 143 questionários respondidos, uma vez que 3 questionários tiveram que ser excluídos por estarem preenchidos de forma incompleta ou incorreta.

Quanto à comparação entre grupos: foi significativa a diferença de proporções de participantes com sensibilidade nas mamas entre os dois grupos, sendo que esse sintoma foi mais comum entre as participantes que não usam qualquer método hormonal. As demais comparações não foram significativas.

No que tange a idade das participantes, obtiveram-se resultados de acadêmicas de 18 a 40 anos, sendo a mediana entre essas idade de 22 anos, com intervalos interquartis de 21 no primeiro quartil e 24 no terceiro quartil. No grupo que faz uso de pelo menos algum método anticoncepcional hormonal, essa mediana de idade também foi de 22 anos, com intervalos de 21 no primeiro quartil e 24 no terceiro. Já naquelas que faziam uso apenas de métodos não-hormonais, ou ainda de nenhum, a mediana de idade foi de 23 anos, com intervalos interquartis de 21 no primeiro e 25 no segundo.

Analisando o período da faculdade das participantes (semestre letivo), contou-se com a participação de acadêmicas de todos os períodos do curso em questão - do primeiro ao décimo segundo períodos. A mediana dos períodos das faculdades foi de 7, com intervalos interquartis de 4 no primeiro quartil e 9 no terceiro.

No que diz respeito às respostas das participantes sobre o método anticoncepcional de que faziam uso no momento da coleta, obtiveram-se os seguintes dados: 49 indivíduos, correspondendo a 34,26% do total (da amostra de 143), fazem uso de métodos anticoncepcionais não-hormonais ou ainda de nenhum. O restante, correspondendo a 65,73% (94 em números absolutos), são as que utilizam ao menos um método anticoncepcional hormonal.

As 94 mulheres que fazem parte do grupo “uso de ao menos um método hormonal” dividiram-se da seguinte forma: 39 (27,27%) utilizam apenas anticoncepcional hormonal oral (ACHO), 4 (2,79%) utilizam apenas anel vaginal, 17 (11,88%) utilizam apenas DIU hormonal, 4 (2,79%) utilizam apenas implante hormonal

subcutâneo, 2 (1,39%) somente anticoncepcional injetável e por fim 1 (0,69%) utiliza apenas o adesivo anticoncepcional. Ainda dentro deste grupo, algumas fazem uso combinado de mais de um método anticoncepcional, mas ao menos algum deles é hormonal: 20 (13,98%) utilizam a combinação de ACHO com um método de barreira; 3 (2,09%) utilizam ACHO com um método de barreira e mais o método “tabelinha” (nome popular dado ao método em que se faz o controle do período fértil para se evitar relações sexuais durante esses dias); 1 (0,69%) utiliza DIU hormonal com um método de barreira; 1 (0,69%) utiliza implante hormonal subcutâneo com um método de barreira; 1 (0,69%) utiliza anel vaginal com um método de barreira; e por fim 1 (0,69%) utiliza anticoncepcional injetável combinado com o método “tabelinha”.

Como citado anteriormente, 49 participantes (65,73%) fazem uso apenas de métodos não-hormonais ou ainda não fazem uso de qualquer. Dessas, 10 (6,99%) somente utilizam DIU de cobre ou cobre com prata, outras 10 (6,99%) apenas métodos de barreira (aqui incluídos o diafragma e a camisinha, seja feminina ou masculina) e 3 (2,09%) utilizam o método de “tabelinha” junto com um método de barreira. Ainda houve 26 participantes, que correspondem a 18,18% do total, que não fazem uso de qualquer método anticoncepcional. Esses resultados estão melhor expostos na Tabela 1.

<b>Métodos Contraceptivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ACHO apenas	39	27,27%
Não fazem uso de qualquer método	26	18,18%
ACHO + método de barreira	20	13,98%
DIU hormonal apenas	17	11,88%
DIU de Cobre apenas	10	6,99%
Método de barreira apenas	10	6,99%
Anel vaginal apenas	4	2,79%
Implante hormonal subcutâneo apenas	4	2,79%
Método de barreira + “tabelinha”	3	2,09%
ACHO + método de barreira + “tabelinha”	3	2,09%
Anticoncepcional injetável	2	1,39%
Implante hormonal subcutâneo + método de barreira	1	0,69%
Anel vaginal + método de barreira	1	0,69%
Adesivo anticoncepcional apenas	1	0,69%
Anticoncepcional injetável + “tabelinha”	1	0,69%
DIU hormonal + método de barreira	1	0,69%

*Tabela 1 - Métodos contraceptivos*

No que tange o número de gestações reportadas pelas participantes, apenas duas afirmaram ter tido alguma gestação ao longo da vida, sendo aqui consideradas também gestações que resultaram em abortamento. Destas duas participantes, uma teve sua gestação via cesariana e outra teve uma gestação que resultou em abortamento.

Na etapa do questionário em que deveriam apontar suas comorbidades (TABELA 2), 107 (74,82%) participantes relataram não possuir qualquer comorbidade. O restante relatou alguma comorbidade, sendo as mais prevalentes a Síndrome dos ovários policísticos (SOP) e/ou policistose ovariana em 9 indivíduos (6,30%), 7 delas (4,9%) com hipotireoidismo e/ou tireoidite de Hashimoto; 5 (3,5%) com asma e/ou rinite, 5 (3,5%) com ansiedade e outras 5 (3,5%) com depressão. Por último o transtorno bipolar e a hipercolesterolemia, cada um presente em 2 (2,10%) das participantes.

	<b>Amostra completa</b>	<b>Método hormonal</b>	<b>Método não hormonal</b>	<b>p-valor</b>
<b>Comorbidades</b>	36 (25,2%)	25 (26,6%)	11 (22,4%)	0,69
Tireoide de Hashimoto/ Hipotireoidismo	7 (4,9%)	5 (5,3%)	2 (4,1%)	1
Asma/rinite	5 (3,5%)	3 (3,2%)	2 (4,1%)	1
Ansiedade	5 (3,5%)	4 (4,3%)	1 (2%)	0,66
SOP e/ou Policistose ovariana	9 (6,3%)	7 (7,4%)	2 (4,1%)	0,71
Depressão	5 (3,5%)	3 (3,2%)	2 (4,1%)	1
Transtorno Bipolar	3 (2,1%)	2 (2,1%)	1 (2%)	1

*Tabela 2 - Comorbidades*

Na aplicação do questionário do ACOG em si, que aborda os sinais e sintomas da Síndrome Pré-Menstrual, pôde-se perceber uma grande combinação de sintomas, tanto na etapa de queixas somáticas quanto na de queixas afetivas. O indivíduo participante da pesquisa deveria selecionar todos os sintomas de que se queixou nos últimos 30 dias.

Das 143 participantes, 22 (15,4%) queixaram-se do sintoma “confusão”, sendo que dessas, 14 (14,9%) faziam parte do grupo “usuárias de métodos hormonais”, e o restante delas - 8 pessoas (16,3%) - do grupo isentas de métodos hormonais. Com relação à queixa de isolamento social, 46 delas o relataram (32,2%), sendo 35 delas do grupo hormonal e 11 do grupo não-hormonal. Para a queixa de depressão, houve uma

prevalência de 33,6% entre o total de participantes, o que corresponde a 48 delas - 34 do grupo hormonal e 14 do grupo não-hormonal. O sintoma “crises de raiva” também foi uma queixa que poderia ser selecionada dentre os sintomas afetivos, e 42 participantes (29,4%) o relataram, sendo 27 dessas (28,7%) do grupo hormonal e 15 (30,6%) do outro grupo. Com relação ao sintoma afetivo de ansiedade, 112 das 143 participantes a relataram (78,3%) - 74 delas (78,7%) usuárias de métodos hormonais e 38 delas (77,6%) isentas de interferências farmacológicas deste tipo. Por fim, a irritabilidade, para totalizar seis possíveis sintomas afetivos que fazem parte do questionário, teve prevalência de 78,3% entre o número geral de participantes (112 de 143 do total), dividida entre 72 (76,6%) do grupo hormonal e 40 (81,6%) do segundo grupo (TABELA 3).

	<b>Amostra completa</b>	<b>Método hormonal</b>	<b>Método não hormonal</b>	<b>p-valor</b>
<b>Sintomas Afetivos</b>	136 (95,1%)	91 (96,8%)	45 (91,8%)	0,23
Confusão	22 (15,4%)	14 (14,9%)	8 (16,3%)	0,81
Isolamento Social	46 (32,2%)	35 (37,2%)	11 (22,4%)	0,09
Depressão	48 (33,6%)	34 (36,2%)	14 (28,6%)	0,45
Crises de Raiva	42 (29,4%)	27 (28,7%)	15 (30,6%)	0,84
Ansiedade	112 (78,3%)	74 (78,7%)	38 (77,6%)	1
Irritabilidade	112 (78,3%)	72 (76,6%)	40 (81,6%)	0,53

*Tabela 3 - Sintomas Afetivos*

Na última etapa do questionário utilizado deveria se responder com relação às suas queixas físicas (somáticas) (TABELA 4). As opções de sintomas eram inchaço abdominal, sensibilidade de mamas, edema de extremidades e cefaleia. Cefaleia foi o sintoma físico mais presente na população geral do estudo, representando uma prevalência de 60,1%, o correspondente a 86 participantes. Destas, 60 (63,8%) fazem parte do grupo de uso de métodos hormonais e 26 (53,1%) do outro grupo. Seguido da cefaleia, veio o sintoma de inchaço abdominal, com prevalência geral de 55,9% (80 participantes), dividida em 55 (58,5%) no primeiro grupo - hormonal - e 25 (51%) no segundo. Ainda existia a opção de ser relatada a queixa de sensibilidade em mamas, que esteve presente em 44,1% das participantes (63 delas), sendo 35 (37,2%) delas do grupo hormonal e 28 (57,1%) do não-hormonal. O último sintoma físico incluído nas opções do formulário era a queixa de edema de extremidades, tendo mostrado uma

prevalência total na população do estudo de 21,7% (31 indivíduos), sendo 20 (21,3%) indivíduos do primeiro grupo e 11 (22,4%) do segundo.

	<b>Amostra completa</b>	<b>Método hormonal</b>	<b>Método não hormonal</b>	<b>p-valor</b>
<b>Sintomas Físicos</b>	130 (90,9%)	87 (92,6%)	43 (87,8%)	0,36
Inchaço Abdominal	80 (55,9%)	55 (58,5%)	25 (51%)	0,47
Mastalgia	63 (44,1%)	35 (37,2%)	28 (57,1%)	<b>0,03</b>
Edema de extremidades	31 (21,7%)	20 (21,3%)	11 (22,4%)	1
Cefaleia	86 (60,1%)	60 (63,8%)	26 (53,1%)	0,28

*Tabela 4 - Sintomas Físicos*

Nessa fase do formulário, em que se relatam os sintomas físicos e afetivos presentes nos últimos 30 dias, poderiam ser selecionados livremente quantos sintomas fossem necessários, ou ainda nenhum. Dessa forma, houve uma combinação entre os sintomas citados anteriormente, como por exemplo um indivíduo que tenha se queixado de confusão, isolamento social e ansiedade na etapa de sintomas afetivos, e edema de extremidades e cefaleia na de sintomas físicos.

Com relação à prevalência geral da SPM na população estudada e com base nos critérios utilizados para caracterizar tal síndrome (critérios do ACOG), chegou-se ao valor de 79,59% de prevalência geral, o que corresponde a 39 das 49 participantes que faziam uso de métodos não-hormonais ou de nenhum. Aqui foram levadas em conta apenas as participantes do grupo não-hormonal para se chegar à prevalência de SPM porque o formulário frisa que é necessário estar na isenção de interferências farmacológicas hormonais (ou seja, sem fazer uso de qualquer método contraceptivo hormonal). Chegou-se a este valor ao notar que 39 das 49 mulheres desse segundo grupo tinham ao menos um sintoma físico e um psíquico presentes, como exige o formulário utilizado.

## 6 DISCUSSÃO

Indo ao encontro de estudos feitos anteriormente que abordam o mesmo tema que este, os resultados aqui obtidos não se afastaram muito do que já foi neles mostrado: entre 75% a 95% das mulheres em idade reprodutiva apresentam ao menos um sintoma de intensidade no mínimo leve, pelo que mostram Valadares e autores (2006). Foi identificado também que existe uma variação da prevalência da síndrome dependendo da região demográfica, do método avaliativo utilizado e também das questões culturais. 80% das mulheres mostraram ter sintomas físicos ou afetivos no período pré-menstrual, não se afastando muito do encontrado na pesquisa aqui vigente (prevalência de 79,59%).

Por outro lado, em estudo feito no Líbano por Attieh e autores (2012) essa prevalência foi significativamente menor do que a encontrada aqui: chegaram ao valor de 23 em 323 mulheres (7,12%) utilizando os mesmos critérios (ACOG). Porém, essa diferença pode se justificar pelo fato de que nesse estudo libanês as mulheres analisadas utilizavam ao menos algum medicamento para amenizar seus sintomas, enquanto que aqui elas estavam isentas de tratamento farmacológico (métodos contraceptivos hormonais) que fizessem esse papel. Em estudo indiano (Jiwane et. al, 2018) com amostra de 240 indivíduos a prevalência de SPM encontrada foi de 65%, número mais próximo do encontrado no presente estudo e também utilizando os mesmos critérios avaliativos, os propostos pelo ACOG.

Valadares e autores (2006) também mostraram que 3 a 11% delas têm um quadro intenso, caracterizando-se já como Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. No estudo aqui vigente, não foi possível determinar quantas participantes teriam esse quadro intenso, pois o formulário utilizado na casuística se limitava a quadros que se encontram apenas no espectro leve a moderado, sem especificar quais seriam os critérios para diagnosticar TDPM. Além do mais, muitos autores reforçam o fato de que o TDPM pode ser facilmente confundido com desordens psiquiátricas e de outras clínicas que nada têm relação com o período lúteo do ciclo menstrual - a exemplo disso, Valadares e autores (2006) citam depressão, ansiedade, síndrome da fadiga crônica e fibromialgia. Aqui se exterioriza a importância de se observar uma fase livre de

sintomas em meados da fase folicular, para então diferenciar Síndrome Pré-Menstrual de possíveis exacerbações de outras condições.

Ademais, eles colocam que existe muita divergência nos resultados das pesquisas que tratam da SPM pelo fato de ela possuir sintomas e sinais muito genéricos e heterogêneos – segundo o que postulam Mendes e Souza (2017), são mais de 100. Assim, ela pode ser facilmente confundida com outras condições, principalmente psiquiátricas, como foi apontado na ocasião anterior. Isso leva a um questionamento ponderoso, proposto por Valadares et al. (2006): em quantos desses estudos houve uma subavaliação de mulheres sintomáticas, e em quantos houve uma supervalorização dos sinais e sintomas? Essa discussão vem facilmente à tona uma vez que queixas de irritabilidade, edema, crises de raiva ou outras opções contidas no questionário aplicado não são exclusivas da fase lútea, e muito menos exclusivas de indivíduos do sexo feminino na menacme. À vista disso, é fundamental que não sejam descartadas outras hipóteses diagnósticas que expliquem as queixas referidas.

É relevante lembrar que, ainda que dada a confirmação da presença da SPM por meio do teste aqui utilizado (questionário do ACOG), nem sempre é necessária intervenção médica ou psicológica. A intervenção e o tratamento para amenizar os sintomas irão depender da vontade da paciente em fazê-los e principalmente do quão limitante essa condição é para sua saúde mental e física em seu cotidiano.

No tocante à sintomatologia observada na coleta de dados desta pesquisa, constatou-se que o item “mastalgia” (dor em mamas) foi o único que teve diferença significativa (com nível de significância  $p < 0,05$ ) na comparação dos grupos: 1- usuárias de métodos hormonais versus 2- usuárias de métodos não-hormonais ou de nenhum. As participantes do segundo grupo se queixaram mais desse sintoma do que as do primeiro (57,1% versus 37,2%). Um ponto interessante colocado no estudo de Mendes e Souza (2017), com 226 participantes, é que se averiguou que a mastalgia, além de ser um desconforto físico, pode prejudicar relações interpessoais, pois leva ao temor da presença de doenças mamárias, principalmente as de origem maligna. Com os resultados aqui expostos, pode-se inferir que o uso de métodos contraceptivos hormonais tem benefício para aliviar esse sintoma em específico.

Além da SPM, existem três principais condições patológicas na vida da mulher

que se relacionam com alguma fase biológica específica de sua vida e que são hormônio-dependentes: o TDPM - aqui já abordado -, a depressão pós-parto e a depressão climatérica (MIRANDA et al., 2007).

Sabe-se que os transtornos de ansiedade e a depressão são comorbidades muito comuns no meio médico, surgindo ainda na fase acadêmica. Neste estudo, 5 (3,5%) relataram possuir algum transtorno de ansiedade e outras 5 (3,5%) depressão, porém, apesar de estas participantes terem correlacionado os sintomas com o período pré-menstrual, não necessariamente eles devem ser atribuídos à SPM, pois como foi citado anteriormente, são patologias bastante recorrentes no meio acadêmico do curso de Medicina.

Souza em 2010 investigou a possível associação entre depressão e o decorrer do curso de Medicina e essa se mostrou estatisticamente significativa (com nível de significância  $p=0,06$ ), sendo que o terceiro ano obteve o maior escore.

Já Rajshri, Chaudhari e Inamdar, em 2017, chegaram à conclusão de que a profissão médica é estressante e que já se espera uma frequência mais elevada de SPM neste grupo.

Valadares e autores (2006) enfatizaram a importância de determinar o quanto do fenômeno é resultante de características hormonais da mulher adulta mais do que fatores ambientais, domésticos ou sociais. Obtiveram-se como um dos resultados de Mendes e Souza (2017) que nos Estados Unidos da América a prevalência de atitudes que relacionam ciclo com alterações de humor é tão alta que desvia as percepções femininas e a forma como elas relatam seus sintomas negativos, chegando-se assim à conclusão de que a SPM pode acarretar em grandes prejuízos sociais.

Chagas e autores, em 2016, concluíram que a Síndrome de Burnout estava presente em 11,4% dos estudantes de Medicina. Essa síndrome é descrita como uma desordem psicológica composta por exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e vem sendo cada vez mais diagnosticada em professores, médicos, contadores, policiais e também estudantes. Apontou-se que ela está diretamente relacionada com o desencadeamento de transtornos de ansiedade e depressão.

Pode-se assim interpretar que a presença da SPM em acadêmicas de Medicina

pode aumentar a chance de desencadear patologias como depressão e transtornos de ansiedade, uma vez que o curso por si só já é um fator desencadeante. Segundo Kim e autores (2004), acadêmicos de medicina se enquadram entre os indivíduos que apresentam altos níveis de estresse no cotidiano. Dessa forma, já se espera que doenças psiquiátricas e a SPM tenham prevalências mais altas nessa população.

Dentre as limitações do presente estudo, vale ressaltar que pode existir uma supervalorização dos sintomas relatados por parte das participantes, ou ainda uma subavaliação desses. Além disso, existe uma dificuldade por maior parte das mulheres em definir com precisão quais dias do mês estão incluídos na fase lútea de seu ciclo menstrual, principalmente por haver uma variação natural e fisiológica da duração desses dias em cada organismo. Encoraja-se, portanto, que as mulheres passem a conhecer melhor a duração e as características de seu ciclo menstrual, pois esse possui muitas particularidades que variam de organismo para organismo. Por fim, sugere-se que mais estudos sejam feitos envolvendo esse tema tamanha importância que ele tem, com destaque para que seja analisado mais de um ciclo menstrual para se precisar melhor as características do ciclo de cada mulher.

## 7 CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos encontrados e a pesquisa de campo aqui realizada, conclui-se que a Síndrome Pré-Menstrual, conjunto de sinais e sintomas que aparecem na fase lútea do ciclo menstrual, além de ser um achado comum na população geral do sexo feminino, é de importante avaliação por parte do médico generalista. Deve-se saber diferenciar os sintomas cuja etiologia está ligada a essa síndrome daqueles de etiologia psiquiátrica, e a abordagem para melhora ou até mesmo cessação dos sintomas deve ser feita de maneira interdisciplinar.

Foi possível atingir o objetivo de determinar a prevalência da SPM no grupo de indivíduos que não fazem uso de qualquer método contraceptivo hormonal, com um valor de 79,59%, o que corresponde a um número semelhante ao de outras pesquisas feitas no mundo utilizando o mesmo formulário.

No que se refere às diferenças nos sinais e sintomas referidos comparando os dois grupos analisados, constatou-se que a queixa de mastalgia foi a única que apresentou uma diferença significativa entre os dois – as pessoas que utilizam métodos hormonais de contracepção costumam se queixar menos desse sintoma (57,1% versus 37,2%), estabelecendo-se um ponto ao qual o médico ginecologista deve se atentar na hora de avaliar os sintomas da mulher na menacme que deseja ter um método contraceptivo receitado. Desta forma, para o fim de aliviar a queixa de mastalgia – caso essa seja apontada pela paciente no momento da consulta - a prescrição de um método hormonal pode ser bastante vantajosa.

Como se pretendia definir quais eram os sintomas somático (físicos) e afetivos (psíquicos) da SPM mais presentes na população estudada, pôde-se observar que irritabilidade e depressão foram os sintomas psíquicos apontados em igual proporção (78,3%) e em primeiro lugar dentre todos, e cefaleia o sintomas físico mais presente (em 60,1% do total da amostra).

## REFERÊNCIAS

- ACOG practice bulletin. Premenstrual syndrome. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 2001, v. 73, p. 183-191.
- ATTIEH, E. *et al.* Premenstrual syndrome among Lebanese medical students and residents. **Int J Gynaecol Obstet**, mai. 2013, v. 121, n. 2, p. 184-5.
- BEREK, J. *et al.* **Tratado de Ginecologia**. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- CHAGAS, M.K.S. *et al.* Ocorrência da Síndrome de Burnout em acadêmicos de medicina de instituição de ensino no interior de Minas Gerais. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 2, 2016
- CHENIAUX JUNIOR, E. **Síndrome pré-menstrual: um ponto de encontro entre a psiquiatria e a ginecologia**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.
- COHEN, L.S. *et al.* Efficacy and tolerability of premenstrual use of venlafaxine (flexible dose) in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. **J Clin Psychopharmacol**. 2004 Oct;24(5):540-3.
- CORRÊA, S., PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1-2, p. 147-177.
- DINIZ, M.S. *et al.* Prevalência da Síndrome Pré-menstrual e seus Principais Sintomas Observados em Acadêmicas do Curso de Medicina de uma Faculdade do Sul de Minas Gerais. **Revista Ciências Em Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 43-59, dez. 2013.
- D'OLIVEIRA, A. F. L. Health care and education: a discussion of power in women's health care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.4, 1999.
- DUTRA, C. **Repercussões da síndrome pré-menstrual na vida da mulher**. 2015. Monografia (Enfermagem). Porto Alegre, 2015.
- HART, W. G.; COLEMAN, G. J.; RUSSEL, J. W. Assesment of pre-menstrual symptomatology: a re-evaluation of the predictive validity of self-report. **J Psychosom Res**, 1987;31:185-190 (Level III).
- JIWANE *et al.* Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among medical students and its impact on their academic and social performance. **National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology**, v.8, issue 8, 2018.
- KIM, D.R. *et al.* Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric comorbidity. **Arch Womens Ment Health** .2004;7(1):37-47
- LABRA, E. (Org.) **Carta de Itapeirica**. In: Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 297-302.
- MAIA, M. S. *et al.* Qualidade de vida de mulheres com tensão pré-menstrual a partir da escala WHOQOL-Bref. **Ciência, Cuidado E Saúde**, 2014, v. 13, n. 2, p. 236-244.
- MARZOUK, T. M.; EL-NEMER, A. M.; BARAKA, H. N. The effect of aromatherapy abdominal massage on alleviating menstrual pain in nursing students: a prospective randomized cross-over study. **Evid Based**

**Complement Alternat Med.** 2013;2013:742421. DOI: 10.1155/2013/742421. Epub 2013 Apr

MIRANDA, G.V.; *et al.* Estudo sobre o transtorno disfórico pré-menstrual em uma população de mulheres em Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais** 2007; 17(3/4): 73-86

MENDES, N. A.; SOUZA, A. P. de. Alterações Fisiológicas Relacionadas à Síndrome da tensão Pré-Menstrual na Vida da Mulher. **Rev. Psic.** v.10, n. 33, Jan. 2017.

MONTES, R.M.; VAZ, C.E. Condições Afetivo-Emocionais em Mulheres com Síndrome Pré-Menstrual Através do Z-Teste e do IDATE. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, set-dez. 2003, v. 19 n. 3, pp. 261-267.

MURAMATSU, C.H. **Convivendo com a síndrome da tensão pré-menstrual: um enfoque da fenomenologia existencial.** [tese] São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem; 2001

NOGUEIRA, C.W.N. **Determinantes da síndrome pré-menstrual: Análise de aspectos clínicos e epidemiológicos** [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 1998

PLOUFFE JUNIOR, L. *et al.* Diagnostic and treatment results from a southeastern academic center-based pré-menstrual syndrome clinic: the first year. **Am J Obstet Gynecol**, 1993; 169:295-303; p. 303-307 (Level III).

RAJSHRI; CHAUDHARI, S.B.; INAMDAR, S. A Study of Co-morbid Depression and Anxiety in Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) And ts Effect On Quality Of Life (QOL) Among Undergraduate Medical Students : A Descriptive Study. **Indian Journal of Psychiatry**, v. 59, n. 6, 2, p. S192, 2017.

RODRIGUES, I.C.; DE OLIVEIRA, E. Prevalência e convivência de mulheres com síndrome pré-menstrual. **Arq Ciênc Saúde**, v.13, n.3, jul-set. 2006.

SILVEIRA, A. *et al.* Síndrome da tensão pré-menstrual observada em usuárias do ambulatório municipal de saúde da mulher. **Enfermeria Global**, 2014, v. 35, p. 74-84.

SOUZA, L. **Prevalência de sintomas depressivos, ansiosas e estresse em acadêmicos de Medicina 2011.** Tese [Doutorado em Cardiologia] – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. DOI: 10.11606/T.5.2011.tde-01022011-181552

VALADARES, G.C. *et al.* Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, 2006, v. 33, n. 3, p. 117-123.

VALLONE, D.P. *et al.* Activity, non-selective attention and emotionality in dopamine D2/D3 receptor knock-out mice. **Behav Brain Res** 2002 Mar. 10; 130(1-2): 141-8.

**APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO APLICADO: PESQUISA “PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ESTUDO COMPARATIVO”.**

Os campos indicados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório para concluir a pesquisa):

PARTE I

1. Qual sua idade?\* \_\_\_\_\_

2. Qual período da faculdade cursou no 1º semestre de 2020?\* \_\_\_\_\_

3. Já teve gestações prévias?\*

( ) NÃO

( ) SIM

3.1 Se sim, quantas foram via:

Parto(s) normal(is): \_\_\_\_\_

Cesárea(s): \_\_\_\_\_

Abortamento(s): \_\_\_\_\_

4. Possui alguma comorbidade?\*

( ) NÃO

( ) SIM – Qual(is)? \_\_\_\_\_

5. Faz uso de algum método contraceptivo (hormonal ou não), seja para qual fim for?\*

( ) NÃO

( ) SIM

5.1 Se sim, qual(is)?

( ) Método de barreira (camisinha feminina ou masculina ou diafragma)

( ) Anel vaginal

- Anticoncepcional hormonal injetável
- Anticoncepcional hormonal oral (pílula)
- DIU de cobre ou cobre com prata
- DIU hormonal
- Adesivo hormonal
- Implante hormonal subcutâneo
- Método “tabelinha”
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## PARTE II

1. No último mês, sentiu algum(uns) dos seguintes sintomas afetivos? (É possível selecionar mais de um)

- Depressão
- Crises de raiva
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Confusão
- Isolamento social

2. No último mês, sentiu algum(uns) dos seguintes sinais e sintomas físicos? (É possível selecionar mais de um)

- Sensibilidade em mamas
- Sensação de inchaço abdominal
- Cefaleia (dor de cabeça)
- Edema (inchaço) de extremidades

## **ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidada a contribuir com a pesquisa “PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ESTUDO COMPARATIVO”, Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR), que tem como objetivo fazer um estudo descritivo para análise da prevalência da síndrome pré-menstrual (SPM) (popularmente conhecida como “TPM”, tensão pré-menstrual) na população estudada – acadêmicas de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná - e como objetivo secundário analisar os sintomas mais prevalentes obtidos a partir da coleta de dados por meio deste. Dada a alta prevalência mundial de mulheres em idade reprodutiva com esse quadro, considera-se importante analisar os dados em uma comunidade específica e observar se esses são parecidos com as prevalências de outras regiões mundiais mostradas em estudos prévios. Trata-se de um questionário sobre os sinais e sintomas que acometem as participantes no período pré-menstrual.

Podem-se esperar benefícios desta pesquisa, como desenvolver autoconhecimento sobre os sintomas que acerbam a participante neste período do ciclo menstrual.

Existem riscos neste estudo, mesmo que desprezíveis, que incluem a perda do sigilo das informações aqui coletadas. Não existem riscos quanto sua integridade física, pois este se trata de um questionário online e autoaplicável. Sua privacidade será respeitada e apenas os pesquisadores terão acesso aos dados respondidos neste formulário, sem sua identificação nominal. Caso se sinta desconfortável ou constrangida no decorrer da pesquisa, é possível interrompê-la a qualquer momento, sem precisar justificar tal ato. Nesse caso os dados obtidos serão imediatamente descartados.

Como participante, esteja ciente de que não receberá qualquer retorno financeiro para fazer parte desta pesquisa. Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Conta-se com sua voluntariedade para respondê-la.

Em caso de dúvidas sobre o tema, é assegurado seu direito de entrar em contato

com os pesquisadores responsáveis pelos números de celular fornecidos adiante. Caso seja seu desejo, também é possível fornecer seu endereço de e-mail para que a posterior conclusão da pesquisa seja enviada (não sendo esse fornecimento do e-mail obrigatório para sua participação da pesquisa). Será disponibilizada uma vida deste TCLE caso seu desejo seja imprimi-lo e mantê-lo consigo.

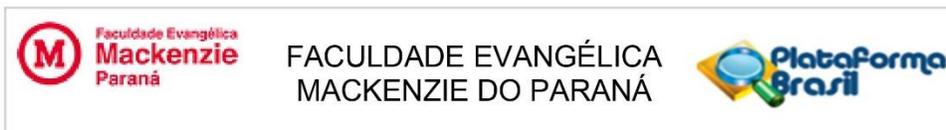
Os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa são: Prof<sup>a</sup> Dra. Juliana de Biagi e orientandos Giovanna Pizzichini De Paula e João Felipe Lemos de Lima, docente e discentes, respectivamente, da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná. Com eles, é possível entrar em contato através dos números de telefone, caso haja dúvidas antes, durante ou depois da realização deste questionário: (41) 98853-4054 (Dra. Juliana) ou (41) 99602-7828 (orientanda Giovanna).

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

CEP/FEMPAR – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná Rua Padre Anchieta, no 2770 – 3º andar Bairro: Bigorrilho Curitiba/PR – cep: 80.730-000 Fone: (41) 3240-5570 e-mail: [comite.etica@fepar.edu.br](mailto:comite.etica@fepar.edu.br) Horário de atendimento: segunda à sexta, das 07:30 às 12:00 e das 13:00 às 17:00.

Fui informada dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa **“PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA QUE FAZEM USO OU NÃO DE CONTRACEPTIVOS HORMONAIS: ESTUDO COMPARATIVO”**, de maneira clara e detalhada. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desta pesquisa e que os pesquisadores me deram a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

## ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM ACADÊMICAS DE MEDICINA

**Pesquisador:** JULIANA DE BIAGI

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26120319.0.0000.0103

**Instituição Proponente:** INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.778.713

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo será feito com acadêmicas matriculadas na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná (FEMPAR), situada na cidade de Curitiba, Paraná, no ano de 2020. A metodologia para obtenção de dados desta pesquisa se baseia na utilização de um formulário validado melhor apresentado a seguir. Será apresentado, junto ao formulário a ser respondido, um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que terá informações sobre a pesquisa realizada, seus objetivos e contendo nome e contato dos responsáveis por essa em caso de dúvidas por parte dos participantes.

Em uma primeira etapa (Parte I), deverão ser respondidas as seguintes perguntas (também com relação ao próprio indivíduo participante), elaboradas pela orientadora e orientanda do trabalho: idade atual; período da faculdade; gestações prévias; comorbidades; uso de método contraceptivo (se sim, relatar qual).

O questionário será aplicado via Google Formulários no seguinte molde (os campos indicados com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório para concluir a pesquisa):

#### PARTE I

1. Qual sua idade?\* \_\_\_\_\_
2. Qual período da faculdade concluiu no 2º semestre de 2019?\* \_\_\_\_\_
3. Já teve gestações prévias?\*  
( ) NÃO

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorrrilho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA  
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.778.713

SIM

3.1 Se sim, quantas foram via:

Parto(s) normal(is): \_\_\_\_\_

Cesárea(s): \_\_\_\_\_

Abortamento(s): \_\_\_\_\_

4. Possui alguma comorbidade?\*

NÃO

SIM – Qual(is)? \_\_\_\_\_

5. Faz uso de algum método contraceptivo (hormonal ou não), seja para qual fim for?\*

NÃO

SIM

5.1 Se sim, qual(is)?

Método de barreira (camisinha feminina ou masculina ou diafragma)

Anel vaginal

Anticoncepcional hormonal injetável

Anticoncepcional hormonal oral (pílula)

DIU de cobre ou cobre com prata

DIU hormonal

Adesivo hormonal

Implante hormonal

Tabela

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Já na segunda etapa (Parte II), será aplicado o formulário validado desenvolvido pelo ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Committee on Practice Bulletins e utilizado para diagnosticar SPM e descrever os sintomas presentes. Segundo o ACOG, os critérios definidos para diagnóstico da SPM são: sintomas pré-menstruais que podem ser diagnosticados se a paciente relatar ao menos um dos seguintes sintomas afetivos e somáticos durante cinco dias antes da menstruação em cada um dos três ciclos observados, e devem ser aliviados dentro de quatro dias do início da menstruação sem recidiva deles até ao menos o dia 13 do ciclo. Devem estar presentes na ausência de qualquer terapia farmacológica, hormonal ou de uso de drogas ou álcool. São eles:

a) afetivos: depressão, crises de raiva, irritabilidade, ansiedade, confusão e isolamento social.

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770

**Bairro:** Bigorrrilho

**CEP:** 80.730-000

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3240-5570

**Fax:** (41)3240-5584

**E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA  
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.778.713

b) somáticos: sensibilidade em mamas, sensação de inchaço abdominal, cefaleia e edema de extremidades. O questionário descrito foi traduzido livremente da Língua Inglesa para a Língua Portuguesa e está disponível no ACOG practice bulletin, número 15, publicado em abril de 2000: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists e foi desenvolvido pelo Committee on Practice Bulletins –Gynecology.

## PARTE II

1. No último mês, sentiu algum(uns) dos seguintes sintomas afetivos? (É possível selecionar mais de um)

- Depressão
- Crises de raiva
- Irritabilidade
- Ansiedade
- Confusão
- Isolamento social

2. No último mês, sentiu algum(uns) dos seguintes sinais e sintomas físicos? (É possível selecionar mais de um)

- Sensibilidade em mamas
- Sensação de inchaço abdominal
- Cefaleia (dor de cabeça)
- Edema (inchaço) de extremidades

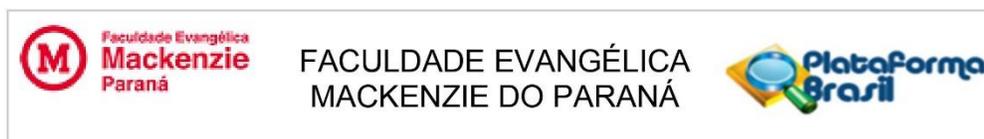
O formulário será respondido de forma anônima, não tendo necessidade de a participante se identificar. Caso seu desejo seja acompanhar os resultados do estudo posteriormente, haverá a opção de a participante fornecer seu endereço de email no momento do preenchimento do formulário para que esses resultados a sejam enviado.

### Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão para participar são: indivíduos do sexo feminino, em idade reprodutiva, estar matriculada e cursando Medicina na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, nuligestas ou multigestas e apresentarem voluntariedade para responder o formulário aplicado.

### Critério de Exclusão:

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorriho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



Continuação do Parecer: 3.778.713

Os critérios de exclusão são: indivíduos do sexo masculino, indivíduos do sexo feminino fora de idade reprodutiva, gestantes ou puérperas e indivíduos que apresentarem recusa em responder a pesquisa ou que a resposta de forma incompleta.

**Hipótese:**

A hipótese formulada é de que a prevalência da Síndrome Pré-Menstrual em acadêmicas matriculadas no curso de Medicina da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná é maior do que as prevalências em outros estudos nacionais e internacionais que avaliam o esse quadro.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e descritivo com variáveis qualitativas nominais, realizado com uma amostra casual simples, em que se espera um "n" (número de indivíduos da amostra) de 100. Será feita uma análise da prevalência no ponto, ou seja, apenas em um ponto ao decorrer do tempo. Os dados serão digitados em planilhas no programa Excel for Windows 10 e posteriormente analisados a partir do programa BioEstat 5.3 ou versões mais recentes, com nível de significância alfa igual a 5% ( $p=0,05$ ). Pretende-se usar o teste qui quadrado (2) para análise das variáveis qualitativas nominais.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Este projeto de pesquisa tem como objetivo primário analisar a prevalência da Síndrome pré-menstrual (SPM) em acadêmicas de Medicina matriculadas na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná.

**Objetivo Secundário:**

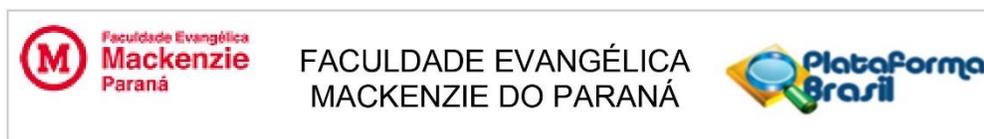
Secundariamente serão analisados os sinais e sintomas mais prevalentes relatados pelos indivíduos participantes da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O projeto de pesquisa em questão conta com alguns riscos. Aqui, não se incluem riscos à integridade física das participantes por se tratar de um questionário online e autoaplicável, em que todos os dados são coletados em sigilo e sem identificação nominal da participante. No entanto, existe o risco de perda de sigilo dos formulários preenchidos via Google Formulário, uma plataforma digital e online de formulário. Existe também a possibilidade de a participante se constringer ao responder o formulário; para evitar isso, deixa-

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorrrilho **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br



Continuação do Parecer: 3.778.713

se claro no TCLE que ela pode desistir de responder à pesquisa a qualquer momento, sem dever justificar tal ato, e seus dados serão descartados imediatamente.

**Benefícios:**

Esse trabalho traz benefício às participantes ao permiti-las conhecer melhor os sintomas menstruais que afligem seu período pré-menstrual.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O pesquisador atendeu as pendências elencadas no parecer nº3.757.992 emitido em 10 de dezembro de 2019 de forma satisfatória.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

A partir da presente data o pesquisador deve obrigatoriamente apresentar a este CEP os relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa e o relatório final com os resultados e a conclusão do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram encontrados óbices éticos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, manifesto pela aprovação do projeto de pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná – CEP/FEMPAR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

<b>Endereço:</b> Rua Padre Anchieta, 2770	
<b>Bairro:</b> Bigorrião	<b>CEP:</b> 80.730-000
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3240-5570	<b>Fax:</b> (41)3240-5584
	<b>E-mail:</b> comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA  
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 3.778.713

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1414123.pdf	13/12/2019 22:58:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projPDF.pdf	13/12/2019 22:53:01	GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projDOC.docx	13/12/2019 22:52:47	GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledoc.docx	13/12/2019 22:43:58	GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcledoc.pdf	13/12/2019 22:43:19	GIOVANNA PIZZICHINI DE PAULA	Aceito
Outros	Art3.pdf	26/11/2019 10:06:58	Nilva Lemes da Silva	Aceito
Outros	Art2.pdf	26/11/2019 10:06:15	Nilva Lemes da Silva	Aceito
Outros	Art1.pdf	26/11/2019 10:06:02	Nilva Lemes da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autocord_spm.pdf	26/11/2019 03:02:24	JULIANA DE BIAGI	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_spm.pdf	26/11/2019 02:45:56	JULIANA DE BIAGI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 17 de Dezembro de 2019

Assinado por:  
**ANA CRISTINA LIRA SOBRAL**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Padre Anchieta, 2770  
**Bairro:** Bigorrião **CEP:** 80.730-000  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br