

**Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Social  
Programa de Pós-graduação em  
Epidemiologia**



**Tese**

**Celene Maria Longo da Silva**

**Síndrome Pré-menstrual em Mulheres Jovens**

**Pelotas, 2008**

**Celene Maria Longo da Silva**

## **SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM MULHERES JOVENS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Ciências (área do conhecimento: Epidemiologia)

**Orientadora: Denise Petrucci Gigante**

**Pelotas, 2008**

**Banca examinadora**

Denise Petrucci Gigante - Departamento de Nutrição – UFPel – Presidente

Iná da Silva dos Santos – Departamento de Medicina Social - UFPel

Mariângela Freitas da Silveira – Departamento Materno Infantil - UFPel

Chei Tung Teng – Departamento de Psiquiatria - USP

Aos meus pais, João e Dirce, pelo maior legado que os pais podem fornecer aos filhos: saúde e educação;

Aos meus filhos, Igor e Gustavo, pelos sorrisos de cada dia, pela esperança de um futuro pleno de alegrias e realizações;

Ao meu marido, Enio, companheiro para as horas boas e aquelas não tão boas, sempre por perto nesses 20 e poucos anos que estamos juntos;

A vocês dedico esse título que estou prestes a alcançar, por toda ajuda e incentivo recebidos ao longo do caminho.

## Agradecimentos

São tantas as pessoas e instituições que tenho a agradecer, que vou citar apenas as características, sem os nomes, para não esquecer ninguém importante.

Em primeiro lugar à minha família, base da sustentação para toda e qualquer dificuldade e também para os momentos de alegrias, que muitas vezes se misturam. Só a maturidade mostra o real papel da família na vida de cada um de nós.

À minha orientadora, professora incansável, sempre atenta aos mínimos detalhes e ao mesmo tempo ao conjunto como um todo, que sabe ser amiga e estar presente, mesmo com as viagens a trabalho para diversas partes do mundo. Quando eu ‘crescer’, que ficar parecida contigo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da UFPel, cada um com suas particularidades, ficarão sempre presentes em meu coração. Espero merecer todo o respeito e deferência que recebo fora daqui, quando me apresento como aluna desse programa. Toda a admiração e o respeito conquistados por esse grupo de professores colocam aos egressos do curso uma enorme obrigação de manter o alto nível do trabalho.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, cada um de vocês também tem parte nessa conquista. Seja pelo ‘Bom Dia’ com um sorriso largo, pelos papéis da re-matrícula para assinar a cada dois meses, seja pelo café ou chá quentinho, pela interminável ajuda com os recursos de informática, pela acessória técnica na prestação de contas de um projeto, enfim, por todo o funcionamento desse local, uma extensão do nosso lar.

Claro que não posso esquecer-me do time de vôlei. Pela persistência minha e pelo apoio e cumplicidade de cada um de vocês hoje sou quase uma atleta de vôlei, já acerto mais saques do que erro. Assim como eu, outros colegas e funcionários foram crescendo nas habilidades do jogo. No final de cada treino, onde também meus filhos participaram algumas vezes, sempre me senti vitoriosa por participar desse grupo, independente do escore no jogo. Esse grupo foi idealizado e incentivado por alguns professores de educação física que fazem parte do programa e com certeza precisa continuar.

Aos colegas de mestrado e doutorado, e principalmente às colegas. Apesar de fazer parte do grupo das ‘velhas’, sempre me senti jovem o suficiente para estar incluída no grupo todo. Impossível agradecer a amizade, a camaradagem nos

estudos, nos momentos de festas, ao apoio que compartilhamos, enfim, temos uma longa caminhada em comum. Cada um de nós é diferente, com sua história de vida, facilidades e dificuldades, mas em alguns momentos fomos somente alunos, com características comuns e com algumas reivindicações que sempre terminavam em mais trabalho para o nosso lado. As entrevistadoras, aos bolsistas e voluntários. Cada um de vocês foi a extensão dos meus braços e pernas. Impossível fazer esse trabalho sem a ajuda de todos vocês.

Aos professores, funcionários e alunos da Ginecologia e Obstetrícia, no Departamento Materno Infantil da UFPel, onde trabalhei por quase dois anos como professora substituta. Embora consciente que professor substituto é um cargo temporário, trabalhei como se fosse permanente e sempre fui tratada com muito carinho e respeito.

Aos colegas e funcionários do consultório, que me recebem sempre com carinho, principalmente nos últimos meses em que sou quase uma visita na minha sala. É bom saber que estão sempre por perto, mesmo que não entendam o porquê de tanto tempo escrevendo ‘só três artigos’.

Aos amigos e amigas que acumulei ao longo da vida. Cada um de vocês é parte da família que escolhi, mas vocês também me escolheram.

A todas as mulheres que responderam inúmeras vezes minhas perguntas, graças a vocês esse trabalho tomou forma.

As instituições que forneceram o suporte financeiro e os materiais necessários para a execução do trabalho de campo, bem como todas as aulas de formação ao longo do curso. Acredito que eu tenha feito bom uso do investimento que fizeram em mim.

**Palavras dos meus filhos:**

***“Tem mesmo que terminar esse trabalho? Então faz!”***

**Luís Gustavo, 11 anos**

***“Não vai te deixar abater por essa dificuldade, vai? Tem que ganhar dela!”***

**Igor Roberto, 16 anos**

## Resumo da tese

O objetivo desta tese é demonstrar alguns aspectos da síndrome pré-menstrual (SPM) em mulheres jovens. Aqui estão apresentadas algumas características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e principalmente sintomas pré-menstruais apresentados por mulheres nascidas em 1982, em uma cidade de médio porte, no sul do Brasil. A investigação sobre SPM em mulheres com menarca precoce não mostrou diferença estatisticamente significativa quando comparadas com mulheres que apresentaram a menarca em idade adequada. Mesmo não encontrando diferença, o estudo descreve as características de quatro sintomas pré-menstruais conforme época da menarca e demonstra associação entre menarca precoce e sintomas de depressão e ansiedade pré-menstruais, mesmo depois de ajustados para algumas variáveis socioeconômicas e comportamentais. Revisando a literatura de forma sistemática para avaliar o uso de anticoncepcionais orais no alívio de sintomas pré-menstruais, os ensaios clínicos incluídos nessa revisão demonstraram que esse método de anticoncepção pode aliviar os sintomas estudados. Entre as limitações encontradas nos estudos revisados pode ser destacado o pequeno tamanho de amostra e baixa qualidade metodológica. Além disso, a quase totalidade dos estudos recebeu suporte financeiro de alguma indústria farmacêutica seja no fornecimento das cartelas para o ensaio clínico ou no custeio de serviço para os profissionais envolvidos no estudo. Finalmente, a tentativa de validação de um questionário retrospectivo comparado com o padrão ouro, construído pelo registro diário dos mesmos sintomas do questionário inicial, de forma prospectiva em dois ciclos menstruais, mostrou-se inadequada. Essa diferença pode ser devido aos sintomas relatados de forma retrospectiva ou prospectiva, ou pela não adequação de registro diário para estudos populacionais.

Descritores: Síndrome pré-menstrual. Ciclo menstrual. Menarca. Mulheres. Tratamentos. Contraceptivos orais. Ensaios clínicos. Sensibilidade e especificidade. Estudos epidemiológicos. Questionários.

## **Abstract**

The purpose of this thesis is to demonstrate some aspects of premenstrual syndrome (PMS) in young women. Here are some social, demographic and behavioral characteristics and, mainly premenstrual symptoms presented by women born in 1982 in a medium - sized city at south of Brazil. Research on PMS in women with early menarche did not statistically significant difference when compared with women who have menarche in appropriate age. Not finding difference, the study describes the features of four premenstrual symptoms as the time of menarche and demonstrates association between early menarche and premenstrual symptoms of depression and anxiety, even after adjusted to some variables socioeconomic and behavioral. Reviewing literature systematically to assess the oral contraceptive use in relief of premenstrual symptoms, clinical trials included in this review have shown that this method of contraception can relieve the symptoms studied. Between the limitations found in studies reviewed can be highlight the small sample size and low quality methodological. In addition, almost all the studies received financial support of some pharmaceutical industry either in the supply of contraceptives pill to the clinical trial or in the sponsor service for professionals involved in the study. Finally, the validation attempt of a retrospective questionnaire compared with the gold standard, built by record daily of the same symptoms at the questionnaire so forward-looking into two menstrual cycles, proved inadequate. This difference can be between the symptoms reported retrospectively or forward, or by not adequacy of the record daily using premenstrual symptoms for population studies.

**Keywords:** Premenstrual syndrome. Menstrual cycle. Menarche. Women. Premenstrual dysphoric disorder. Treatment. Oral Contraceptive. Clinical Trial Sensitivity and specificity. Epidemiological studies. Questionnaire..

## **Lista de Tabelas e Figuras**

FIGURA 1 MODELO CONCEITUAL DE ANÁLISE.....	12
FIGURA 2 CRONOGRAMA 1 .....	26
FIGURA 3 ORÇAMENTO .....	26
FIGURA 4 ACOMPANHAMENTOS NA COORTE DE 1982 .....	34
BOX 1. RESULTS OF COMPARATIVE STUDIES BETWEEN DIFFERENT FORMULATIONS OF PROGESTERONE IN ORAL CONTRACEPTIVES OR COMPARISON WITH PLACEBO.....	67
BOX 2. RESULTS OF SELECTED REVIEW ARTICLES.....	68
QUADRO 1 REGISTRO DIÁRIO DOS SINTOMAS: CAPA DO FORMULÁRIO QUE FICAVA NO DOMICÍLIO DAS ENTREVISTADAS .....	91
QUADRO 2 REGISTRO DIÁRIO DOS SINTOMAS: PÁGINA CENTRAL. ....	92
FIGURA 1 CURVA ROC DO DESEMPENHO DE CADA PONTUAÇÃO ALCANÇADA PELO ESCORE PRÉ-MENSTRUAL COMPARADO COM O DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL AUTO-REFERIDA. ....	93
TABELA 1 SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE E ACURÁCIA CONFORME DIFERENTES PONTOS DE CORTE NO ESCORE DE SINTOMAS PRÉ-MENSTRUAIS COMPARADOS COM DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME AUTO- REFERIDA. ....	94
TABELA 2 PONTUAÇÃO NOS ESCORES PRÉ-MENSTRUAIS E PÓS-MENSTRUAIS DOS SINTOMAS PARA AS MULHERES QUE PREENCHERAM QUATRO REGISTROS DIÁRIOS (N= 235) .....	95
TABELA 3 PREVALÊNCIAS DE SPM POR DIFERENTES CRITÉRIOS COMPARADOS COM SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, ACURÁCIA E VALORES PREDITIVOS DE ACORDO COM O PADRÃO OURO (N= 235).....	96
TABELA 4 PREVALÊNCIAS E TESTES DAS CATEGORIAS DE SPM DIAGNOSTICADAS PELO QUESTIONÁRIO QUANDO COMPARADAS COM SPM PADRÃO OURO E ESTRATIFICADA POR NÍVEIS DE ESCOLARIDADE (N=235).....	97
APÊNDICE 1 DIFERENTES FORMAS DE QUESTIONÁRIOS PARA RELATAR OS SINTOMAS DE SPM.....	101
APÊNDICE 2 DIFERENTES FORMAS DE EXECUTAR O REGISTRO DIÁRIO DOS SINTOMAS.....	106
APÊNDICE 3 VISITA 2007 PARA AS MULHERES NASCIDAS EM 1982 .....	109
APÊNDICE 4 REGISTRO DIÁRIO DE SINTOMAS .....	113
APÊNDICE 5 CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	115
APÊNDICE 6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO .....	117
APÊNDICE 7 MANUAL DO TRABALHO DE CAMPO.....	119
APÊNDICE 8 MANUAL DE PREENCHIMENTO DO REGISTRO DIÁRIO .....	139
APÊNDICE 9 GLOSSÁRIO.....	140

## **Termos, siglas e abreviaturas**

### **Principais abreviaturas de questionários e medidas em saúde:**

*BDI = Beck Depression Inventory*

*BHQ = Brief Patient Health Questionnaire*

*CES-D = Centre for Epidemiology Studies Depression Scale*

*CGI-S CGI-I = Clinical Global Impression (Severity,Improvement)*

*CIDI = Composite International Diagnostic Interview*

*COPE = Calendar of Premenstrual Experiences Scores*

*CPSS = Cohen Perceived Stress Scale*

*DASS = Depression Anxiety Stress Scale*

*DRF = Daily Rating Form*

*DRSP = Daily Rating of Severity of Problems Form*

*DSM III-R = diagnostics and statistical manual of mental disorders 3th ed - reviewed*

*DSM-IV adapt = Diagnostics and Statistical Manual of Mental disorders 4th ed*

*DSMQ = Daily Symptom and Mood Questionnaire*

*DSR = Daily Symptom Report 17-item = DSRF (form)*

*FPI = Freiburg Personality Inventory*

*HHHQ = Health Habits and History Questionnaire*

*HSRD = Hamilton Rating for Depression*

*HSRD\_21 = Hamilton Rating for Depression-21 itens*

*K6 = Kessler 6*

*Levenson LOC Sacle (interno, acaso e outras forças)*

*LLPDD = Late Luteal Phase Dysphoric Disorder (DSM III-R)*

*LMPM = Last Menstrual Period Module*

*MDQ = Menstrual Distress Questionnaire (Moos)*

*MPI = Moos Premenstrual Inventory*

*MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview*

*PAF and SPAF (shortened)= Premenstrual Assessment Form em 95, 20 e 10 itens*

*PAPS = Premenstrual Attitudes and Perceptions Scale*

*PERI-MS = Perimenstrual Symptoms / syndrome*

*PGE = Patient Global Evaluation*

*PMDD =Premenstrual Dysphoric Disorder*

*PME = Premenstrual Exacerbation*

*PMS = premenstrual syndrome*

*PMTS-O, PMTS-SR =Premenstrual Tension Syndrome (Observer, Self-rating)*

*POMS or PMS = Profile of Mood States*

*PRIME-MD = Primary Care Evaluation of Mental Disorders*

*PSST =Premenstrual Symptom Screening Tool*

*QID = Quality Improvement Depression*

*SAS = Social Adjustment Scale*

*SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R*

*SCL-90 = Symptom Checklist 90-R*

*SMI = Serious Mental Illness*

*SPM= Síndrome pré-menstrual*

*STAI = State Trait Anxiety Inventory*

*Steiner = MDQ adaptado em 35 itens*

*TDPM = Transtorno Disfórico Pré-menstrual*

*VAS = Visual Analogue Scale*

## Sumário

<b>SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL EM MULHERES JOVENS .....</b>	<b>II</b>
BANCA EXAMINADORA.....	III
AGRADECIMENTOS .....	V
RESUMO DA TESE .....	VIII
ABSTRACT .....	IX
LISTA DE TABELAS E FIGURAS .....	X
TERMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS .....	XI
SUMÁRIO .....	XIII
<b>1 INTRODUÇÃO GERAL .....</b>	<b>1</b>
<b>2 PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>2</b>
2.1 INTRODUÇÃO .....	2
2.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	4
<i>2.2.1 Metodologia da revisão.....</i>	4
2.3 JUSTIFICATIVA .....	7
<i>2.3.1 Por que estudar SPM na coorte de 1982 .....</i>	8
<i>2.3.2 Por que um estudo de validação dos sintomas pré-menstruais.....</i>	9
<i>2.3.3 Por que revisar os ensaios clínicos sobre o tratamento da SPM.....</i>	9
2.4 MARCO TEÓRICO.....	10
2.6 OBJETIVOS.....	13
<i>2.6.1 Objetivos gerais .....</i>	13
<i>2.6.2 Objetivos Específicos .....</i>	13
2.7 HIPÓTESES .....	13
2.8. METODOLOGIA .....	15
<i>2.8.1. Estudo na coorte de 1982.....</i>	15
<i>2.8.2 Estudo de validação dos sintomas pré-menstruais.....</i>	20
<i>2.8.3 Estudo de revisão sobre o tratamento da SPM.....</i>	25
2.10 DIVULGAÇÕES DOS RESULTADOS.....	26
2.11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	28
<b>3 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO .....</b>	<b>33</b>
3.1 INTRODUÇÃO .....	33
<i>3.1.1 Início do estudo na coorte de 1982 .....</i>	33
3.2 METODOLOGIA .....	34
<i>3.2.1 Estratégias de busca das participantes da coorte de 1982.....</i>	34
<i>3.2.2 Seleção da equipe de trabalho .....</i>	35
<i>3.2.3 Treinamento das entrevistadoras .....</i>	35
<i>3.2.4 Treinamento com o registro diário .....</i>	36
<i>3.2.5 Material utilizado .....</i>	37
<i>3.2.6 Espaço físico.....</i>	37
<i>3.2.7 Estrutura de cargos do estudo.....</i>	38
<i>3.2.8 Questionários e registros diários .....</i>	38
<i>3.2.9 Manual de instruções .....</i>	39
<i>3.2.10 Entrevistas .....</i>	39
<i>3.2.11 Bancos de dados .....</i>	39
<i>3.2.12 Digitação e validações .....</i>	40
<i>3.2.13 Controle de qualidade.....</i>	40
<i>3.2.14 Reuniões de trabalho.....</i>	41
<i>3.2.15 Reversão de perdas e recusas .....</i>	41
<i>3.2.16 Aspectos financeiros .....</i>	41
<i>3.2.17 Questões éticas .....</i>	42
<i>3.2.18 Percentuais de localização e acompanhamento .....</i>	42
3.3 MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL .....	42
<b>4 ARTIGO 1.....</b>	<b>44</b>

<i>PREMENSTRUAL SYMPTOMS AND SYNDROME ACCORDING TO AGE AT MENARCHE IN A 1982 BIRTH COHORT IN SOUTHERN BRAZIL.....</i>	44
<b>5 ARTIGO 2.....</b>	<b>55</b>
<i>USE OF ORAL CONTRACEPTIVES FOR TREATMENT OF PREMENSTRUAL SYMPTOMS: A SYSTEMATIC REVIEW</i> 55	
<b>6. ARTIGO 3.....</b>	<b>79</b>
<i>DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL POR REGISTRO DIÁRIO E OUTROS CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO .....</i> 79	
<b>7 APÊNDICES.....</b>	<b>100</b>
APÊNDICE 1 DIFERENTES FORMAS DE QUESTIONÁRIOS PARA RELATAR OS SINTOMAS DE SPM .....	101
APÊNDICE 2 DIFERENTES FORMAS DE EXECUTAR O REGISTRO DIÁRIO DOS SINTOMAS .....	106
.....	109
APÊNDICE 3 VISITA 2007 PARA AS MULHERES NASCIDAS EM 1982 .....	109
APÊNDICE 4 REGISTRO DIÁRIO DE SINTOMAS .....	113
APÊNDICE 5 CARTA DE APRESENTAÇÃO .....	115
APÊNDICE 6 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO.....	117
APÊNDICE 7 MANUAL DO TRABALHO DE CAMPO.....	119
APÊNDICE 8 MANUAL DE PREENCHIMENTO DO REGISTRO DIÁRIO.....	139
APÊNDICE 9 GLOSSÁRIO.....	140
<b>8 ANEXOS .....</b>	<b>143</b>
ANEXO 1 INSTRUÇÕES AOS AUTORES: CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	143
ANEXO 2 INSTRUÇÕES AOS AUTORES: OBSTETRICS GYNECOLOGY .....	148
ANEXO 3 INSTRUÇÕES AOS AUTORES: REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	155
ANEXO 4 QUESTIONÁRIO DA VISITA 2004-05 PARA A COORTE DE 1982 .....	161
ANEXO 5 COMUNICADO À IMPRENSA.....	177

## 1 Introdução Geral

A tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências (área do conhecimento: Epidemiologia), ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, no Departamento de Medicina Social, da Universidade Federal de Pelotas, está composta de quatro partes:

Parte I - Projeto de Pesquisa, intitulado “Síndrome pré-menstrual em mulheres jovens”;

Parte II - Relatório do Trabalho de Campo, que apresenta as atividades planejadas e realizadas a partir do projeto de pesquisa;

Parte III - Três artigos resultantes do tema estudado. O primeiro artigo analisa uma possível associação entre idade da menarca e síndrome pré-menstrual, em mulheres nascidas em 1982 e com as informações coletadas na visita 2004-2005. O segundo artigo descreve os resultados da revisão sistemática da literatura sobre o uso de anticoncepcionais hormonais orais no alívio dos sintomas pré-menstruais. O terceiro artigo analisa as diferentes formas de medir síndrome pré-menstrual, comparando informações coletadas com o registro diário dos sintomas e informações de um inquérito em único momento, no mesmo grupo e com questões iguais, para um quarto das mulheres da coorte de 1982, na visita de 2007;

Parte IV - Inclui nove apêndices com instrumentos confeccionados para essa tese: quadros resumindo os principais resultados sobre prevalência da SPM e instrumentos utilizados para avaliação da SPM, os questionários utilizados nas visitas 2004-2005 e 2007, o registro diário dos sintomas, a carta de apresentação do estudo e o termo de consentimento informado sobre o estudo. Inclui também cinco anexos com as normas para publicação nas revistas escolhidas, o questionário da visita 2004-2005 e o comunicado à imprensa.

## 2 Projeto de Pesquisa

### 2.1 Introdução

O período reprodutivo feminino, compreendido entre 15 e 49 anos, é caracterizado pelo sangramento periódico e por alterações físicas e emocionais cíclicas. A maioria das mulheres apresenta alguns sintomas pré-menstruais durante sua vida reprodutiva. Esses sintomas podem ser leves, sem interferência nas atividades diárias, mas também podem ser moderados ou severos, com alguma ou grande limitação<sup>1</sup>.

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por múltiplos sintomas físicos e emocionais que aparecem durante a semana anterior à menstruação e desaparecem em uma semana após o início da mesma<sup>2</sup>. Algumas mulheres, no entanto, podem experimentar sintomas intensos, que interferem em seu estilo de vida, relacionamentos e atividades ocupacionais. Essa forma é conhecida como Transtorno Disfórico Pré-menstrual (TDPM), descrito na quarta edição do DSM IV pela *American Psychiatric Association*<sup>3</sup>. Na descrição do TDPM, existe a necessidade de que sejam preenchidos os seguintes critérios diagnósticos: a) excluir a presença de outra doença com sintomas semelhantes, tal como depressão, embora ambas possam ser encontradas sobrepostas; b) demonstrar significante interferência no estilo de vida; c) demonstrar pioria pré-menstrual de cinco ou mais sintomas, os quais devem ser confirmados prospectivamente por auto-relato diário durante ao menos dois ciclos menstruais consecutivos<sup>4</sup>. Tanto para SPM como para TDPM é necessário caracterizar o padrão temporal na expressão dos sintomas<sup>5</sup>.

A prevalência da SPM apresenta ampla variação, dependendo dos critérios utilizados. Oscila entre 3 e 8% considerando a presença de sintomas intensos com repercussões importantes no dia-a-dia da mulher<sup>4</sup> até 75 e 95%, quando se considerar apenas um sintoma pré-menstrual pelo critério da OMS, na CID-10<sup>6-9</sup>. A variação na estimativa da prevalência reflete diferentes abordagens metodológicas que dificultam a uniformização dos resultados, tais como: falta de critérios operacionais definidos para categorizar SPM, diferentes características das amostras estudadas, uso de protocolos prospectivos ou retrospectivos, diferentes

instrumentos utilizados para avaliar os sintomas, diferentes formas de caracterizar a intensidade dos sintomas e conhecimento das entrevistadas sobre os objetivos do estudo<sup>7</sup>. Elevadas prevalências de SPM podem também estar sendo confundidas com depressão. Nesses casos, algumas mulheres referem exacerbação pré-menstrual de sintomas que ocorrem durante o mês inteiro. Para diferenciar esses casos é necessária a utilização de alguns instrumentos padronizados para diagnóstico de depressão<sup>9, 10</sup>.

As prevalências de SPM têm sido investigadas através de instrumentos que avaliam somente os sintomas em um único momento ou através de registro diário. O registro diário permite comparar os sintomas referidos retrospectivamente com aqueles prospectivos<sup>5, 7</sup>, mas por outro lado, a demora na coleta das informações e a taxa de abandono no registro são algumas das desvantagens da utilização desse instrumento, tanto na prática clínica como em estudos epidemiológicos. A dificuldade em manter determinado grupo motivado a preencher o registro dos sintomas até o final do período estipulado, em geral dois ciclos menstruais consecutivos, deve também ser considerada<sup>5</sup>. Para tal, a possibilidade de validar um instrumento com poucas questões marcadoras da SPM, utilizando a intensidade desses sintomas para categorizar as entrevistadas em: 1) ausência de sintomas; 2) sintomas leves; 3) SPM clinicamente significante ou 4) TDPM, em um único momento, facilitaria muito a conduta a ser tomada, considerando que a abordagem terapêutica deve ser diferente em cada uma dessas situações<sup>1</sup>.

Em 2003, um estudo transversal de base populacional com mulheres residentes na zona urbana de Pelotas concluiu que os sintomas pré-menstruais, assim como a SPM auto-referida, foram mais prevalentes nos níveis econômicos elevados, na maior escolaridade, nas mulheres mais jovens e nas de cor branca<sup>8</sup>. Os sintomas mais citados foram: irritabilidade, desconforto abdominal, nervosismo, cefaléia, cansaço e mastalgia, todos referidos por mais de 50% das entrevistadas. Deve-se considerar que nesse estudo não foi descartada a possível presença de depressão entre as mulheres que referiram os sintomas e que não se utilizou um critério mais acuraz para a definição da SPM como, por exemplo, o registro diário dos sintomas.

Em outubro de 2004 iniciou-se uma nova visita na coorte de nascimentos de 1982, que se estendeu até setembro de 2005, quando foram perguntadas características socioeconômicas, demográficas e comportamentais desse grupo de

mulheres jovens. Sintomas pré-menstruais e SPM auto-referida estavam entre as questões. Com o emparelhamento por idade e possível acesso às informações sobre SPM nessa coorte, outras questões podem aparecer, tais como condições vitais na infância e fatores socioeconômicos, demográficos ou comportamentais.

O registro diário, considerado como padrão ouro para o diagnóstico de SPM, é de execução complexa<sup>11</sup>. Dessa forma, a proposta deste estudo é validar questões diretas sobre a presença e a intensidade de alguns sintomas marcadores de SPM, avaliados em um único momento, bem como suas repercussões na vida diária. Espera-se que o instrumento proposto, se aplicado na prática clínica, possa proporcionar aos profissionais de saúde maior segurança para oferecer de imediato uma adequada abordagem terapêutica ou comportamental.

## **2.2 Revisão bibliográfica**

### **2.2.1 Metodologia da revisão**

As buscas de resumos e artigos ocorreram no Medline e Lilacs. Utilizando apenas *premenstrual syndrome*, foram localizados 1599 resumos (124 no Lilacs, 497 no Medline, 1996-2006, 934 no Medline 1966-1995). Para revisão dos questionários de SPM, utilizando os descritores *premenstrual syndrome* e *questionnaire*, foram encontrados 319 artigos no Medline, dos quais 27 foram excluídos por falta de resumo, por assunto não relacionado ao estudo ou devido ao idioma em que foram escritos. Foram requisitados 12 artigos e os demais resumos, menos interessantes para a revisão, foram arquivados para eventual consulta. Também foram revisadas todas as referências bibliográficas, em especial aquelas citadas nos artigos selecionados, e quando se mostraram relevantes, foram buscadas na íntegra.

Usando os descritores *premenstrual syndrome* e *cohort studies* foram encontrados 22 resumos, sendo solicitados dois artigos, os demais foram excluídos por apresentarem populações ou objetivos muito diferentes do planejado para este estudo.

Utilizando os descritores *premenstrual syndrome* e *treatment*, foram localizados 1643 resumos no Medline, os quais estão sendo lidos e classificados com os mesmos critérios citados acima.

### **2.2.1.1 Definição**

A revisão da literatura mostra dificuldade na definição do desfecho, uma vez que a síndrome pré-menstrual, como é atualmente conhecida, já recebeu outras denominações: tensão pré-menstrual<sup>12</sup>, síndrome da tensão pré-menstrual<sup>12</sup>, mudanças pré-menstruais nos sintomas<sup>1, 4, 7, 13-17</sup> e queixas pré-menstruais<sup>18</sup>. Diferentes formas de avaliação da SPM são mostradas no apêndice 1, e as diversas escalas de medidas da saúde no apêndice 2.

Mulheres com sintomatologia mais intensa também foram especialmente observadas por diversos autores e o que foi inicialmente chamado de transtorno disfórico da fase lútea tardia<sup>18</sup> passou a ser conhecido também como transtorno disfórico pré-menstrual(TDPM)<sup>2, 9, 10, 19-25</sup>. O TDPM é classificado como transtorno depressivo atípico, com critérios diagnósticos definidos pelo DSM IV da APA<sup>3</sup>, vêm sendo estudado principalmente na área de saúde mental e tem respondido bem ao uso de antidepressivos<sup>4, 19, 20, 24</sup>.

### **2.2.1.2 Diagnóstico diferencial**

Embora não exista um teste laboratorial para diagnóstico de SPM, esta deverá apresentar características distintas, como sintomas que aliviam ou desaparecem no período pós-menstrual e não sintomas durante o mês inteiro, tais como acontece nos casos de depressão, transtornos ansiosos, pânico, hipotireoidismo, doenças sazonais etc<sup>2, 9</sup>. No entanto, deve-se considerar a possibilidade de encontrar uma ou mais dessas patologias sobrepostas<sup>3</sup>.

### **2.2.1.3 Fatores precoces**

Pouco se sabe sobre os fatores precoces na determinação da SPM. Filhas de mães com melhor escolaridade tendem a apresentar escolaridade mais elevada e maior freqüência de SPM<sup>8, 26</sup>. As meninas com baixo peso ao nascer menstruam mais cedo e, por sua vez, ficam mais precocemente expostas à oscilação hormonal pré-menstrual<sup>27</sup>.

### **2.2.1.4 Fatores socioeconômicos e demográficos**

O melhor nível econômico, avaliado tanto pela renda familiar como pela escolaridade, têm mostrado maior prevalência de SPM em estudo brasileiro<sup>8</sup>, mas essa associação foi inversa em três estudos nos USA<sup>6, 10, 28</sup>. Essas mulheres possuem também maior acesso às consultas em serviços de saúde<sup>29</sup>. A situação conjugal apresenta resultados semelhantes entre aquelas com e sem companheiro

na literatura revisada, aparecendo tanto como fator de proteção como de risco fraco na manifestação da SPM<sup>6, 8, 10</sup>. A idade entre o final dos 20 até o final dos 30 anos está associada à maior prevalência de SPM<sup>6, 10, 20</sup>. Neste estudo não será possível avaliar a presença da SPM em diferentes idades, mas como o estudo de coorte continua, é possível que em visitas futuras os dados atuais possam ser uma fonte de comparação relevante.

#### **2.2.1.5 Fatores comportamentais**

O tabagismo atual e no passado parece estar associado com manifestação da SPM<sup>8, 10, 21</sup>, embora alguns autores tenham encontrado prevalência semelhante da SPM entre fumantes e não fumantes<sup>6, 14</sup>.

A percepção de saúde é semelhante entre os grupos com e sem SPM, mas a percepção de stress foi fortemente associada à SPM<sup>6</sup>. O uso de método anticoncepcional hormonal é referido como fator de proteção contra a manifestação de sintomas mais intensos<sup>8, 30</sup>, mas também se encontra na prática clínica mulheres com intolerância ao uso de medicações hormonais<sup>20</sup>.

#### **2.2.1.6 Morbidades**

A depressão é o principal diagnóstico diferencial a ser comparado com SPM<sup>20, 21, 25</sup>, por isso há recomendação de aplicar um questionário padronizado para diferenciar depressão de SPM.

A etiologia da SPM possivelmente seja multicausal e mais estudos sobre causalidade necessitam ser realizados para maior conhecimento sobre esse assunto.

#### **2.2.2 Instrumentos utilizados para o diagnóstico de SPM**

Os instrumentos para diagnóstico de SPM vêm apresentando modificações ao longo das últimas décadas. O primeiro relato científico ocorreu com Frank, em 1931, nomeando o então desconhecido transtorno de Tensão Pré-menstrual.

Em 1953 foi apresentado um relato dos sintomas mais freqüentes da alteração chamada SPM<sup>12</sup>. Já em 1968, Moos descreveu em seu MDQ (*Menstrual Distress Questionnaire*) 47 sintomas agrupados em oito fatores com uma escala avaliando os mesmos em seis intensidades<sup>15</sup>.

O registro diário dos sintomas foi descrito por Mortola, em 1990, com o COPE (*Calendar of Premenstrual Experiences*), que acompanhou 22 sintomas por dois ciclos menstruais consecutivos, definindo SPM como a presença de pelo menos um sintoma físico e outro emocional durante o período pré-menstrual. A validação do questionário ocorreu por teste re-teste, utilizando coeficiente de correlação para cada período dos dois ciclos menstruais<sup>17</sup>.

Em 1996, Freeman utilizou o DSR (*daily symptom report*), um instrumento com 17 sintomas, pesquisando-os em escala de cinco intensidades, em um único ciclo menstrual. A validação ocorreu utilizando o coeficiente de consistência interna de Crombach e a análise fatorial dos componentes principais<sup>31</sup>.

Em 1999, Deuster, em amostragem populacional aleatória, por telefone, utilizou um instrumento simplificado, o SPAF (*shortened premenstrual assessment form*), que avaliou a intensidade dos sintomas de forma transversal, relatando prevalências, razões de Odds e ajuste das variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais por regressão logística<sup>6</sup>.

Outro estudo populacional em Munique, avaliando os sintomas com os critérios do DSM IV em mulheres de 14 a 24 anos, acompanhadas por 48 meses, relatou a prevalência e a incidência cumulativa de TDPM, bem como sua associação com características socioeconômicas, demográficas e morbidades psiquiátricas. Não foi avaliada a intensidade, nem foi utilizado o registro diário para os sintomas, mas se utilizaram três medidas dos sintomas em intervalos regulares<sup>21</sup>.

Considerando a dificuldade de avaliar os sintomas com o registro diário, em 2003 Steiner propõe um instrumento simplificado para registro dos sintomas em um único momento, juntamente com a intensidade dos mesmos e sua repercussão na vida diária das mulheres<sup>1</sup>. O mesmo autor propõe mais tarde, em 2005, uma escala de avaliação visual com 11 sintomas em um grupo e 10 no outro grupo. Conclui que essa escala é valida, comparada com outro instrumento de avaliação clínica e de auto-relato dos sintomas, mas com possível limitação na utilização em pesquisa<sup>32</sup>.

## 2.3 Justificativa

A definição do desfecho baseada em critérios claramente definidos e replicáveis é essencial na pesquisa epidemiológica. Para a caracterização da SPM, os sintomas devem ser avaliados tanto na fase pré como pós-menstrual do ciclo. O

registro diário desses sintomas, preenchido pela própria mulher por dois ou três ciclos, tem sido considerado como requisito para confirmar o diagnóstico. Esses registros devem incluir instrumentos de medida padronizados para avaliação de depressão, ansiedade, prejuízo funcional e qualidade de vida, tornando possível a comparação de sintomas e a severidade com outros grupos estudados<sup>2</sup>. Entretanto, instrumentos simplificados com um menor de número de sintomas têm sido proposto no diagnóstico da SPM<sup>1</sup>.

Para o presente projeto de doutorado, optou-se por instrumentos que estivessem de acordo com os critérios claramente definidos pelo DSM IV. No questionário da visita da coorte de 1982, foram utilizadas quatro questões contemplando os quatro sintomas principais ali descritos (braba ou irritada, ansiosa ou tensa, choro fácil e deprimida, em quatro intensidades: nada, um pouco, mais ou menos e bastante), e quando presentes, foi perguntado se as entrevistadas percebiam repercussão deles na vida diária. No estudo de validação desses sintomas está sendo construído um instrumento adaptando-se a proposta utilizada por Steiner<sup>1</sup>, uma vez que foi encontrado um único instrumento validado para a língua portuguesa, mas planejado para utilização em estudantes universitárias<sup>25</sup> não se aplicando para pesquisa populacional.

### **2.3.1 Por que estudar SPM na coorte de 1982**

Uma proposta de instrumento simplificado foi utilizada em um estudo de base populacional em Pelotas com adultos jovens que vêm sendo acompanhados desde o seu nascimento, em 1982. Naquele ano, iniciou-se um estudo longitudinal com um inquérito de saúde perinatal incluindo todos os 6011 nascimentos ocorridos em hospitais da cidade (99,2% do total de nascimentos). Na infância, as mães de 5914 crianças nascidas vivas foram entrevistadas em relação a variáveis demográficas, socioeconômicas, ambientais, bem como cuidados infantis, utilização de serviços de saúde, morbidade e desenvolvimento infantil<sup>33</sup>. Da mesma forma, durante a adolescência, três acompanhamentos foram realizados com cerca de ¼ dos jovens pertencentes à Coorte de 1982, quando os adolescentes e suas mães responderam os questionários<sup>34</sup>. No último acompanhamento dessa Coorte, em 2004-05, os próprios componentes da coorte responderam integralmente ao questionário que incluiu, além de muitos outros assuntos relacionados às condições de vida e saúde

dessa população de adultos jovens, perguntas sobre sintomas pré-menstruais e autopercepção de SPM para todas as mulheres entrevistadas<sup>35</sup>.

O estudo da SPM em uma coorte de nascimento possibilita a avaliação de fatores precoces, na infância; ou mediadores, na adolescência, que podem estar associados com o surgimento de SPM na vida adulta. Pouco se sabe sobre essa associação, o que justifica o atual estudo. Essa avaliação também poderá ser utilizada em novos estudos, em idades futuras, da mesma coorte.

### **2.3.2 Por que um estudo de validação dos sintomas pré-menstruais**

Enquanto na literatura são encontrados muitos estudos avaliando a presença de sintomas pré-menstruais em um único momento<sup>1, 6, 9, 13, 21, 22, 25, 28, 36-38</sup>, são escassos os estudos utilizando registro diário para comprovar a oscilação dos sintomas, ao longo do ciclo menstrual em dois ciclos consecutivos<sup>(,19, 22)</sup>. Alguns trabalhos utilizam o registro diário em um único ciclo<sup>5, 7, 10, 16, 17, 20, 31</sup>, contemplando o critério parcialmente. Dessa forma, pesquisas que compararam o registro diário com métodos de *screening* simplificados podem contribuir para o diagnóstico mais imediato da SPM e assim proporcionar que adequadas orientações sejam oferecidas para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, a validade de alguns sintomas mais prevalentes e característicos, aqui chamados de marcadores da SPM, poderá ser testada no intuito de dispensar a utilização do registro diário na prática clínica ou em estudos epidemiológicos.

### **2.3.3 Por que revisar os ensaios clínicos sobre o tratamento da SPM**

A utilização de um instrumento simplificado permitindo um diagnóstico precoce poderá contribuir na escolha do tratamento. De acordo com a literatura atual o tratamento inclui que incluiu desde a utilização de antidepressivos<sup>19</sup> até mudanças de comportamento como alterações na dieta<sup>39</sup>. Os ensaios clínicos, quando corretamente realizados, fornecem as melhores evidências sobre a eficácia de cada tratamento. Dessa forma, pretende-se realizar um estudo de revisão sobre os tratamentos utilizados na SPM.

## 2.4 Marco Teórico

Em um modelo conceitual de determinação hierárquico, entende-se a existência de fatores que interferem na manifestação das doenças ou agravos de saúde. Assim, no caso da SPM, características maternas como a idade e a escolaridade da mãe, ou influências no começo da vida como o peso ao nascer e a duração da amamentação, podem fazer com que a manifestação dos sintomas pré-menstruais e o seu entendimento ocorram de forma diferente.

Os fatores socioeconômicos e demográficos determinam formas diferentes de adoecer nos distintos estratos da população. Mulheres que vivem com melhor renda familiar e com melhor nível de escolaridade vivem um contexto muito diferente de seus extremos opostos<sup>8</sup>.

Como nos melhores níveis socioeconômicos as necessidades básicas tais como alimentação ou conforto físico não fazem parte das preocupações diárias, torna-se mais fácil perceber as alterações físicas e de humor que ocorrem em seu corpo de forma cíclica a cada mês<sup>8</sup>.

As mulheres negras ou não brancas, em conjunto, estão expostas a desafios maiores no contexto sociocultural. Mesmo aquelas com melhor nível socioeconômico necessitam vencer barreiras de contexto maiores que as alterações que ocorrem em decorrência da SPM<sup>6</sup>.

A presença de companheiro morando no mesmo domicílio pode exercer diferentes influências na manifestação da SPM. Enquanto em alguns casos pode ser sinônimo de harmonia, bem estar e compartilhamento na educação e subsistência dos filhos e do próprio casal, para outras mulheres pode ser fonte de stress, discórdias e enfrentamento de uma guerra particular diária que pode levar à percepção mais intensa dos sintomas pré-menstruais. Olhando de forma populacional, o efeito de ter ou não companheiro pode ficar diluído na média<sup>6</sup>.

O trabalho remunerado é uma conquista da mulher contemporânea. Mas as tarefas e responsabilidades no lar, a educação e os cuidados com os filhos, bem como a função de base unificadora na família ainda não estão sendo compartilhada de forma balanceada pelos homens, ou seja, as mulheres ganharam tarefas e responsabilidades fora de casa, mas não aprenderam ainda a compartilhar as tarefas e as responsabilidades domésticas. Então, a manifestação da SPM em

mulheres que exercem trabalho remunerado pode apresentar fatores de risco e de proteção, e se não for analisado o grau de estresse a que a mulher trabalhadora está exposta, pode parecer que trabalhar fora de casa ou não é indiferente no resultado final<sup>6</sup>.

A atividade física no lazer é uma das recomendações terapêuticas comportamentais da SPM, mas quando exercida como forma de relaxamento. Quando considerada como mais uma da extensa lista de tarefas do dia, apresentará um efeito oposto e implicará aumento na manifestação da SPM<sup>6, 8</sup>.

O tabagismo para as mulheres já foi sinônimo de conquista de igualdade de direitos e traz em sua concepção básica o princípio do prazer e do relaxamento, mas à luz do conhecimento cada vez mais se sabe dos riscos e implicações deletérias à saúde. As mulheres que fumam podem ter maior manifestação de SPM. O efeito do tabagismo na SPM, como um fator comportamental, está determinado pelo nível socioeconômico e também por fatores precoces, como o hábito de fumar da mãe e seu nível socioeconômico<sup>6, 8, 21</sup>.

O consumo de leite vem sendo relatado como terapêutico na manifestação da SPM, ao contrário do café<sup>21</sup>. A opção por dieta mais saudável está determinada por questões socioeconômicas e culturais. Os alimentos mais saudáveis estão, na maioria das vezes, compondo um custo mais elevado na cesta básica. Mas o fato de ter condições de adquirir alimentos mais saudáveis não implicará uma melhor qualidade de ingestão alimentar<sup>39</sup>.

As morbidades como sobrepeso e obesidade podem implicar maior freqüência da SPM, pois a dificuldade em manusear com limites na alimentação pode exercer influência na SPM e, em geral, está mais associada ao comportamento ansioso<sup>6, 40</sup>.

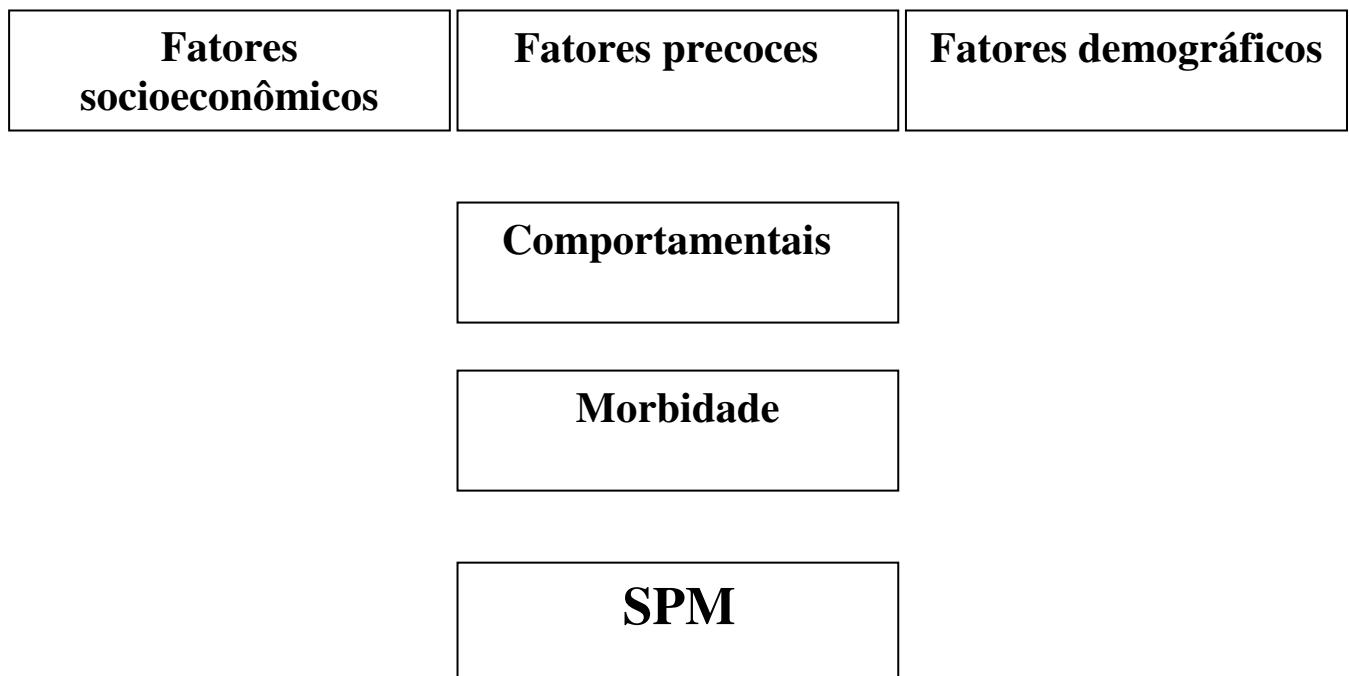
A depressão é a morbidade mais diretamente associada com SPM, pois seus sintomas se confundem. A diferença básica é que a depressão permanece em todos os dias do ciclo menstrual, enquanto a SPM tem caráter cíclico e necessita do alívio dos sintomas no período pós-menstrual para sua caracterização<sup>21</sup>.

Os métodos anticoncepcionais hormonais de baixas doses estão entre as medidas recomendadas para alívio dos sintomas pré-menstruais. Seu uso é influenciado pelo grau de conhecimento da necessidade de utilizar métodos anticoncepcionais efetivos na disciplina do uso diário, e está indicado para mulheres que não apresentam morbidades clínicas com contra-indicação ao seu uso. Mas

embora o uso de métodos contraceptivos hormonais alivie os sintomas para a maior parte das mulheres, algumas não toleram ingerir medicação hormonal, e podem mesmo piorar os sintomas. Isso parece ser explicado pela multicausalidade de determinação, pois existem fatores que estão além do conhecimento atual, além de questões culturais que atuam na manifestação da SPM<sup>7</sup>.

Pouco ainda se sabe sobre o real mecanismo de manifestação da SPM. O que precisa avançar no conhecimento é se os fatores de risco passíveis de modificação, se afastados, podem repercutir em alívio dos sintomas e melhora na qualidade de vida dessas mulheres. Outra forma de atuar no alívio dos sintomas é realizando o diagnóstico precoce e escolhendo uma conduta terapêutica adequada para cada situação específica.

**Figura 1 Modelo Conceitual de Análise**



## 2.6 Objetivos

### 2.6.1 Objetivos gerais

- 2.6.1.1 Estudar a ocorrência e possíveis determinantes de SPM em mulheres adultas jovens.
- 2.6.1.2 Analisar a validade de um instrumento curto no diagnóstico de SPM.
- 2.6.1.3 Analisar a validade da autopercepção no diagnóstico de SPM.
- 2.6.1.4 Revisar estudos de intervenção de condutas terapêuticas na SPM.

### 2.6.2 Objetivos Específicos

- 2.6.2.1 Estudar o efeito de características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de outras morbidades sobre a SPM em mulheres adultas jovens.
- 2.6.2.2 Avaliar a sensibilidade e especificidade de uma escala de sintomas marcadores de SPM, referidos retrospectivamente com o registro diário dos sintomas, tomado como padrão-ouro por dois ciclos menstruais consecutivos.
- 2.6.2.3 Avaliar a sensibilidade e a especificidade da autopercepção de SPM com o registro diário dos sintomas, tomado como padrão-ouro por dois ciclos menstruais consecutivos.
- 2.6.2.4 Revisar estudos de intervenção que utilizaram tratamentos medicamentosos e complementares na SPM.

## 2.7 Hipóteses

- 2.7.1 A prevalência de SPM será maior em filhas de mulheres com maior escolaridade e melhor nível socioeconômico<sup>9, 26</sup>.
- 2.7.2 O peso ao nascer e idade da menarca serão inversamente associados com a ocorrência de SPM em mulheres adultas jovens<sup>27</sup>.
- 2.7.3 A prevalência de SPM será maior nas mulheres jovens que executam trabalho remunerado; apresentam maior escolaridade; têm maior renda familiar e são de cor de pele branca<sup>8, 10</sup>.

2.7.4 O questionário curto apresentará sensibilidade e especificidade superiores a 80% no diagnóstico de SPM.

2.7.5 A autopercepção de SPM apresentará sensibilidade e especificidade superiores a 80% no diagnóstico de SPM.

2.7.6 No registro diário, a irritabilidade será o sintoma mais relatado no período pré-menstrual<sup>8, 14</sup>.

2.7.7 A autopercepção de estar deprimida no período pré-menstrual será mais freqüente que a doença depressão em mulheres jovens<sup>20</sup>.

2.7.8 Os medicamentos do grupo antidepressivos são os mais freqüentemente testados para tratamento de SPM<sup>4, 19, 24</sup>.

## 2.8. Metodologia

### 2.8.1. Estudo na coorte de 1982

Para o estudo do efeito de características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de outras morbidades sobre a SPM em mulheres adultas jovens (um dos objetivos deste trabalho), dados coletados em 2004-05 serão reunidos às informações obtidas anteriormente para todas as mulheres da Coorte de Nascimentos de 1982. Aspectos metodológicos deste estudo já foram apresentados em diferentes publicações<sup>34, 35</sup>. A ocorrência de SPM auto-referida e a presença de 4 sintomas marcadores de SPM foram investigadas nesse último acompanhamento da Coorte.

#### 2.8.1.1 Delineamento

Coorte de nascimentos

#### 2.8.1.2 População alvo

Mulheres nascidas no ano de 1982, cujas mães residiam na zona urbana de Pelotas na época do nascimento.

#### 2.8.1.3 Critérios de inclusão

Todas as mulheres nascidas no ano de 1982, cujas mães foram entrevistadas no hospital e acompanhadas ou não em outras visitas da coorte de 1982.

#### 2.8.1.4 Critérios de exclusão

Mulheres da coorte de 1982 que residiam fora do estado do Rio Grande do Sul, exceto na cidade de Florianópolis, onde foi enviada uma entrevistadora para coletar os dados, o sangue em papel filtro e realizar as medidas antropométricas.

#### 2.8.1.5 Cálculo do poder da amostra

- a. Prevalência nos não expostos a baixa escolaridade: 31%
- b. Razão exposto / não expostos: 3:7

- c. Expostos: 532
- d. Não expostos: 1453
- e. Risco relativo: 1,24
- f. Poder: 80%
- g. Intervalo de confiança: 95%

#### 2.8.1.6 Instrumentos

- a. Questionário aplicado por entrevistadora, face a face, na visita de 2004-05;
- b. Banco de dados do Centro de Pesquisas Epidemiológicas, com dados das visitas anteriores.

#### 2.8.1.7 Principais variáveis a serem coletadas

##### Variáveis dependentes:

Será considerado SPM a presença de pelo menos um dos sintomas abaixo, acompanhados de dificuldades na vida diária.

- a. Sintomas pré-menstruais: braba ou irritada, ansiosa ou tensa, choro fácil e deprimida, em quatro intensidades: não, um pouco, mais ou menos e bastante;
- b. Dificuldades no convívio com outras pessoas atribuídas à presença de qualquer um dos sintomas pré-menstruais, em quatro intensidades: não, um pouco, mais ou menos e bastante.

Outro desfecho a ser estudado será SPM auto-referida, conforme resposta à seguinte pergunta: “Tu achas que tens TPM?”;

##### Variáveis independentes:

As variáveis a serem estudadas no banco de dados da infância das nascidas em 1982 são:

- a. escolaridade da mãe;
- b. idade da mãe no parto;
- c. baixo peso ao nascer;
- d. duração da amamentação.

Na visita de 1997, serão utilizadas as seguintes variáveis:

- a. idade da menarca;
- b. consumo de leite e derivados nas 24 horas anteriores à entrevista.

Na visita de 2001, as variáveis serão:

- a. idade da menarca (para aquelas que ainda não tinham menstruado em 1997);
- b. consumo habitual de leite e derivados no ano anterior à entrevista.

Na visita 2004-05, as variáveis a serem estudadas são:

- a. renda familiar em reais;
- b. mudança de renda;
- c. nível econômico ABEP em cinco níveis, em ordem decrescente de A a E;
- d. cor da pele referida pela entrevistada;
- e. escolaridade em anos completos de estudo;
- f. situação conjugal, com ou sem companheiro morando no mesmo endereço;
- g. percepção de saúde em excelente, muito boa, boa, regular ou ruim;
- h. número de filhos levando em conta os filhos naturais;
- i. consulta no último ano com clínico geral, nutricionista, psicólogo, psiquiatra ou outro especialista, em sim ou não para cada um dos profissionais citados;
- j. tabagismo em fumante, não fumante e ex-fumante;
- k. eventos estressantes: problema de saúde, morte de algum parente, dificuldades financeiras, mudança de endereço, final de relacionamento amoroso, problema emocional, todos em sim ou não;
- l. idade da menarca em anos;
- m. consumo de leite em copos, sim ou não e freqüência por dia, semana, mês ou ano;
- n. consumo de café em xícaras, sim ou não e freqüência por dia, semana, mês ou ano;
- o. uso de método anticoncepcional hormonal através da listagem dos medicamentos utilizados nas duas últimas semanas;
- p. uso de psicofármacos através da listagem dos medicamentos utilizados nas duas últimas semanas;
- q. sobrepeso ou obesidade pelo cálculo do IMC, utilizando os valores de peso e altura medidos pelos entrevistadores;
- r. tratamento prévio ou atual para SPM, em sim ou não.

#### 2.8.1.8 Seleção e treinamento dos entrevistadores

Os entrevistadores selecionados foram aqueles que apresentavam os seguintes requisitos: ensino médio completo, 18 anos de idade, habilidades de relacionamento (responsabilidade, seriedade, pontualidade, facilidade de comunicação e simpatia) e disponibilidade de tempo para o trabalho (8 horas por dia). Os entrevistadores foram remunerados por entrevista realizada.

O treinamento dos entrevistadores aconteceu com a leitura do questionário e do manual de instruções, com entrevistas simuladas e medições entre os próprios candidatos. A padronização das medidas antropométricas foi realizada com usuários do ambulatório da Faculdade de Medicina e do Posto de Saúde Areal, ambos da UFPel.

#### 2.8.1.9 Logística

O trabalho de campo ocorreu no período de 25 de outubro de 2004 a 31 de agosto de 2005, com entrevistas domiciliares ou no escritório central. Informações sobre o estudo eram fornecidas às entrevistadas e foi solicitado consentimento verbal e escrito para participação no estudo. Após a confirmação dos dados de identificação eram realizadas as entrevistas e as medidas antropométricas.

O adequado preenchimento dos questionários foi corrigido pelos supervisores do trabalho de campo, o controle de qualidade foi realizado em 10% das entrevistas.

Nos últimos dois meses do trabalho de campo, para aquelas mulheres residentes em outros municípios do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, por contato telefônico foi oferecido o custeio das despesas de deslocamento até Pelotas para serem entrevistadas. Para aquelas que não dispunham de tempo, no último mês do trabalho de campo entrevistadoras foram ao encontro das entrevistadas nas cidades onde havia pelo menos cinco pessoas do estudo.

#### 2.8.1.7.10 Estudo piloto

O teste final do questionário foi realizado durante o treinamento das entrevistadoras, antes do início do trabalho de campo, e a padronização das medidas foi realizada no ambulatório da Faculdade de Medicina e no Posto de Saúde Areal, ambos da UFPel.

#### 2.8.1.7 .11 Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada com um questionário padronizado, aplicado por entrevistadores face a face. As medidas antropométricas foram realizadas pelos entrevistadores, no mesmo dia e local das entrevistas.

#### 2.8.1.7 .12 Controle de qualidade

O controle de qualidade foi realizado em aproximadamente 10% das entrevistas, em uma segunda visita que buscou o preenchimento de um questionário reduzido para testar a repetibilidade de algumas perguntas, identificação de possíveis fraudes no trabalho dos entrevistadores. Foi também avaliado o grau de satisfação das entrevistadas com o trabalho dos entrevistadores, procurando manter um vínculo amistoso para as próximas visitas de acompanhamento da coorte. Nenhuma irregularidade foi encontrada.

#### 2.8.1.7 .13 Processamento dos dados

Os dados foram digitados no banco de dados construído no Epi-info 6.0. Dois digitadores digitavam as informações de forma independente, com base no questionário original. As informações eram então checadas utilizando o programa *validate* do Epi-info 6.0 e Stata 8. Nos casos de inconsistências entre as duas digitações ou de valores extremos, voltava-se ao questionário original e, persistindo a dúvida, a mesma era repassada ao supervisor da digitação. Caso houvesse necessidade, a informação voltava para ser coletada por contato telefônico ou retorno ao domicílio.

Finalizadas a digitação e as validações, os dados foram transferidos para os pacotes estatísticos Stata 8.0 e SPSS 11, para limpeza dos dados e posterior análise.

#### 2.8.1.7.14 Análise dos dados

O plano de análise será elaborado a partir de um modelo conceitual em que as variáveis serão incluídas na análise de forma hierarquizada. A Regressão de Poisson será utilizada para investigar as associações entre os preditores e a variável dependente. Serão realizadas análises brutas e ajustadas para as variáveis do mesmo nível hierárquico e para aquelas dos níveis superiores, a fim de controlar fatores de confusão, principalmente as variáveis socioeconômicas e demográficas.

## **2.8.2 Estudo de validação dos sintomas pré-menstruais**

Para testar diferentes instrumentos e critérios diagnósticos para SPM em mulheres adultas jovens será realizado um estudo de validação, durante dois ciclos menstruais, utilizando um registro diário dos sintomas, considerado como padrão ouro para definição de SPM.

### **2.8.2.1 Delineamento**

Coorte prospectiva

### **2.8.2.2 População alvo**

Mulheres de 24 a 25 anos, residentes na zona urbana de Pelotas

### **2.8.2.3 Critérios de inclusão**

Mulheres nascidas em 1982 que foram entrevistadas na mais recente visita da coorte de 1982 e que apresentam informações tanto em 1997 quanto em 2001.

### **2.8.2.4 Critérios de exclusão**

- grávidas;
- não menstruaram regularmente nos últimos três meses;
- não alfabetizadas;
- portadoras de necessidades especiais;
- institucionalizadas.

### **2.8.2.5 Cálculo do tamanho da Amostra**

Será executado conforme recomendação de cálculo de tamanho de amostra para avaliar sensibilidade, em variável dicotômica, proposta por Hulley e cols.<sup>41</sup>.

Prevalência encontrada: 13,4%

Amplitude do intervalo de confiança:  $\pm$  4 pontos percentuais (de 9,4 a 17,4%)

Nível de confiança: 95%

Nível de significância: 5%

$$N = 4z^2 \alpha P(1-P)/W^2 = 322 \text{ mulheres}$$

Acréscimo de 15% para perdas e recusas = 49 mulheres

Total da amostra = 371 mulheres.

### 2.8.2.6 Instrumentos

O estudo de validação consiste em aplicar um questionário de *screening* em uma visita inicial, com sintomas físicos e emocionais em todas as mulheres da coorte de 1982 que foram entrevistadas em 1997, 2001 e 2004-05. Também será aplicado o questionário Beck para diagnóstico diferencial de depressão<sup>42</sup>.

No estudo de validação usando um registro diário, as mulheres da amostra responderão as mesmas perguntas que foram aplicadas na visita inicial, mas com períodos de preenchimento de sete dias anteriores e mais sete posteriores à menstruação, no qual elas preencherão diariamente todos os sintomas que foram observados ao longo do dia. Esses formulários serão preenchidos por dois ciclos menstruais consecutivos.

### 2.8.2.7 Principais variáveis a serem coletadas

#### Variáveis dependentes:

Será considerada SPM moderada a severa, no rastreamento, a presença de quatro ou mais dos sintomas abaixo, com intensidade mais ou menos e bastante, acompanhada de dificuldades na vida diária também na intensidade mais ou menos ou bastante.

braba ou irritada, ansiosa ou tensa, choro fácil, deprimida, pouco interesse no trabalho ou na escola, pouco interesse nas coisas de casa, pouca vontade de conversar com amigos/as, dificuldade de concentração, pensamentos soltos, cansada , sem energia, desejo por alguns alimentos, perda de sono, necessidade de dormir mais, sobreexposta, sem controle do que faz, sem esperança, nada tem importância, culpada, desorganizada, dificuldade para fazer as tarefas, dor nas mamas, dor de cabeça, dor nas juntas ou músculos, sensação de inchaço, ganho de peso, cólicas.

Outro desfecho a ser estudado é SPM auto-referida, conforme resposta a seguinte pergunta: “Tu achas que tens TPM?”, com opções de sim ou não.

No registro diário será construído um escore, somando a média dos sintomas nos dias 6 a 12 do ciclo (fase folicular) e nos dias -7 a -1 (fase lútea). Será considerada SPM aquelas mulheres que apresentarem aumento de pelo menos 30% nas médias dos valores da fase folicular para a fase lútea. Caso haja falta de informação para algum dia nesses períodos avaliados, se houver pelo menos quatro

registros em cada fase serão considerados os dias com informação e será feita a média simples daqueles dias (p. ex: registro de 4 dias somados e divididos por quatro). Se houver informação para três ou menos dias, a informação será considerada perdida naquele ciclo.

#### Variáveis independentes:

O questionário da entrevista inicial, além de perguntar sobre a presença de cada sintoma e suas respectivas intensidades, coletará informações sobre consultas médicas no último ano, uso de medicamentos eventuais e contínuos, estado civil, número de filhos, trabalho atual e escolaridade. A depressão será estudada utilizando o questionário Beck, que será auto-aplicado ao final da entrevista. Também será repetido o questionário SRQ 20, utilizado para screening de transtorno mental mínimo. Para o consumo de leite e derivados, serão feitas questões sobre a utilização desses alimentos nas últimas 24 horas. A data da última menstruação, a regularidade do ciclo menstrual e a data provável da próxima menstruação serão perguntadas nesse questionário inicial. Com base na data provável da próxima menstruação, serão entregues os registros diários, com a solicitação de preenchê-los na semana anterior e na posterior à menstruação. Caso o período não possa ser previsto com precisão, será solicitado que a entrevistada preencha o registro por um número maior de dias.

#### 2.8.2.8 Seleção e treinamento das entrevistadoras

Serão treinadas aproximadamente 15 entrevistadoras jovens do sexo feminino, com Ensino Médio completo e com disponibilidade para o trabalho. As entrevistadoras não serão informadas sobre o objetivo do estudo. Para o trabalho de campo serão selecionadas seis entrevistadoras, sendo que cada uma delas ficará encarregada de aproximadamente 80 entrevistas, nas quais deverá dar suporte e esclarecimentos a essas mulheres durante o preenchimento dos instrumentos nos dois ciclos menstruais consecutivos.

#### 2.8.2.9 Logística

Neste estudo serão selecionadas todas as mulheres visitadas em 1997, 2001 e 2004-05. Serão utilizados os endereços da última visita para a localização das mesmas. Para aquelas que não residem mais no domicílio serão contatados os vizinhos, em busca de informações sobre o novo endereço.

Nessa visita serão fornecidas informações sobre o estudo, incluindo o sigilo das informações e o direito de participação na pesquisa. Obtendo o consentimento verbal, a auxiliar de pesquisa entregará uma correspondência formal do estudo, disponibilizada em duas cópias, que será lida em voz alta, solicitando o consentimento por escrito que deverá ser assinado e entregue à auxiliar de pesquisa. A segunda cópia ficará à disposição da entrevistada. Caso não haja aceitação da participação, a auxiliar anotará o motivo da recusa, informando que uma outra pessoa da equipe fará um novo contato. A supervisora do trabalho de campo fará novo contato, explicando a importância do estudo e da participação de cada uma das entrevistadas e esclarecendo dúvidas sobre a pesquisa em andamento. Caso a pessoa identificada para participar do estudo não esteja em casa, a auxiliar de pesquisa deverá retornar ao domicílio, em dia e horário diferentes, para entregar a carta e obter ou não o consentimento para a participação no estudo.

Para facilitar a logística, cada entrevistadora ficará responsável por um grupo de setores próximos, recebendo os endereços e mapeando os locais onde fará as entrevistas. Após a primeira entrevista, será realizado o acompanhamento do registro diário. Para tanto, a cada sete dias a entrevistadora visitará a participante para recolher o registro preenchido e para deixar o registro da semana seguinte, informando verbalmente e por escrito nos espaços específicos para colocar a data (dia/mês e dia da semana) inicial e final a ser preenchida. Cada entrevistada receberá um cartão de identificação do estudo e referências para contato (telefone celular, e-mail e fórum no Orkut, na comunidade dos nascidos em 1982: “X-Files: Pelotas – 1982”), onde poderá obter mais informações caso venha a ter qualquer dúvida quanto ao preenchimento.

#### 2.8.2.10 Estudo piloto

No treinamento da equipe de entrevistadoras serão aplicados os instrumentos (questionários e registro diário) em um estudo piloto, no qual serão testadas todas as informações a serem coletadas, bem como a codificação das mesmas. Esses dados serão desprezados, não sendo utilizados na pesquisa propriamente dita.

#### 2.8.2.11 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelo pesquisador principal, que conferirá o adequado preenchimento dos formulários e o contato semanal com as entrevistadoras, que terão acesso diário ao esclarecimento de qualquer dúvida que surgir durante o trabalho de campo. Uma subamostra aleatória de 10% dos questionários e dos registros será repetida pelo pesquisador a fim de verificar a validade das informações obtidas pelas entrevistadoras. Para os registros diários, serão feitas perguntas sobre todos os sintomas e suas respectivas intensidades naquele único dia e anotado em registro separado juntamente com o número da etiqueta daquela entrevistada. Quando os registros chegarem será conferida a informação no registro referente ao dia do mês em que foi realizado o controle de qualidade.

#### 2.8.2.12 Processamento dos dados

Os dados serão digitados duas vezes e será realizada a checagem de inconsistências, voltando ao questionário ou contatando o domicílio para o correto preenchimento das informações.

#### 2.8.2.13 Plano de análise

No estudo de validade, será testada a sensibilidade do questionário curto e da SPM auto-referida em diagnosticar quem realmente tem a SPM, considerando o registro diário dos sintomas como padrão ouro. Será testada também a especificidade do questionário curto e da SPM auto-referida em apresentar resultado negativo em quem realmente não sofre da SPM. Os valores preditivos positivos e negativos também serão calculados. Com os resultados da sensibilidade e da especificidade, poderá ser calculada a razão de probabilidade. Para os valores do registro diário será construída uma curva ROC para a definição do ponto de corte na intensidade dos sintomas. O Kappa ponderado também será utilizado para avaliar concordância entre os diagnósticos.

#### 2.8.2.14 Aspectos éticos

Será assegurado o direito de não participação no estudo, caso seja essa a decisão da entrevistada. Será oferecida a possibilidade de agendamento de consulta

com médico (ginecologista ou psiquiatra) para aquelas pessoas que se queixarem de sintomas intensos e falta de acesso ao serviço de saúde. Essa oferta será feita somente para aquelas que manifestarem o interesse em consultar devido aos sintomas apresentados.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel.

### **2.8.3 Estudo de revisão sobre o tratamento da SPM**

As questões metodológicas para a revisão dos estudos de intervenção de condutas terapêuticas na SPM incluem a busca bibliográfica através das bases de dados Pubmed, Lilacs, Popline, Embase, Cinahl, Web of Science e Cochrane library além da inclusão de estudos delineados como ensaios clínicos, utilizando tratamento medicamentoso e ou complementar para SPM. A análise dos estudos a serem incluídos na revisão será através de critérios de qualidade previamente estabelecidos (Downs and Black e CONSORT).

As seguintes expressões serão utilizadas: *premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, premenstrual tension, PMS, PMDD, PMT, premenstrual symptoms, systematic reviews, treatment.*

**Figura 2 Cronograma 1**

Trimestre	2005				2006				2007				2008	
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	1º	
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Visita Coorte 1982 (2004 – 05)	X	X	X											
Análise dos dados existentes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Estudo piloto					X	X	X	X	X	X				
Treinamento das entrevistadoras											X			
Entrevistas e entrega do registro diário											X	X		
Digitação e limpeza dos dados											X	X		
Análise e Redação											X	X	X	X
Divulgação dos resultados													X	X

## 2.10 Divulgações dos resultados

Serão elaborados três artigos científicos, que serão enviados para publicação em revistas científicas de circulação internacional. Serão enviados resumos para congressos científicos nas áreas de Saúde Pública e Ginecologia. Por ocasião da defesa da tese, será elaborado e enviado para a imprensa local um comunicado para a divulgação do assunto na comunidade leiga.

## Figura 3 Orçamento

O estudo contará com apoio financeiro da FAPERGS, com projeto para aplicação dos questionários de registro diário, no valor de R\$ 15.000,00. Também conta com apoio financeiro da CAPES, que fornece de bolsa de estudos para a doutoranda.

<b>Despesas de custeio</b>			
<b>Item nº</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quantidade máxima prevista</b>	<b>Valor máximo previsto</b>
01	Material de expediente, impressões e papel		1.500,00
02	Vale-transporte (20 vales x 15 semanas x 10 entrevistadoras x R\$ 1,70)		5.100,00
03	Serviços – entrevistadoras (R\$ 4,00 x 462 entrevistas) + (R\$ 4,00 x 4 x 370 registros)		1.848,00 5.920,00
04	Digitadores		1.000,00
<b>Despesas de capital / investimentos</b>			
11	Livros, periódicos (acervo técnico)		1.000,00
<b>Valor total previsto: R\$ 16.368,00</b>			

## 2.11 Referências Bibliográficas

- 1 Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(3):203-9.
- 2 Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28 Suppl 3:25-37.
- 3 American Psychiatric Association. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV TR). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 4 Steiner M, Streiner DL, Steinberg S, Stewart D, Carter D, Berger C, et al. The measurement of premenstrual mood symptoms. *J Affect Disord* 1999;53(3):269-73.
- 5 Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA. Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Arch Women Ment Health* 2003;6(4):287-92.
- 6 Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8(2):122-8.
- 7 Marvan ML, Cortes-Iniesta S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* 2001;20(4):276-80.
- 8 Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. [Population study of premenstrual syndrome]. *Rev Saude Publica* 2006;40(1):47-56.
- 9 Hsiao MC, Liu CY, Chen KC, Hsieh TT. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106(2):150-5.
- 10 Cohen LS, Soares CN, Otto MW, Sweeney BH, Liberman RF, Harlow BL. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard Study of Moods and Cycles. *J Affect Disord* 2002;70(2):125-32.

- 11 Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 2006;9(1):41-9.
- 12 Greene R, Dalton K. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953;1(4818):1007-14.
- 13 Halbreich U, Endicott J, Schacht S, Nee J. The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr Scand* 1982;65(1):46-65.
- 14 Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104(2):110-6.
- 15 Moos RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosom Med* 1968;30(6):853-67.
- 16 Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States. *Psychiatry Res* 2005;134(1):27-36.
- 17 Mortola JF, Girton L, Beck L, Yen SS. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol* 1990;76(2):302-7.
- 18 Hurt SW, Schnurr PP, Severino SK, Freeman EW, Gise LH, Rivera-Tovar A, et al. Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints. *Am J Psychiatry* 1992;149(4):525-30.
- 19 Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Endicott J, Frank E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomized controlled trial. Sertraline Premenstrual Dysphoric Collaborative Study Group. *Jama* 1997;278(12):983-8.
- 20 Endicott J, Amsterdam J, Eriksson E, Frank E, Freeman E, Hirschfeld R, et al. Is premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? *J Womens Health Gend Based Med* 1999;8(5):663-79.

- 21 Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32.
- 22 Chawla A, Swindle R, Long S, Kennedy S, Sternfeld B. Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness? *Med Care* 2002;40(11):1101-12.
- 23 Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *J Psychiatr Res* 2003;37(1):75-83.
- 24 Freeman EW, Rickels K, Sondheimer SJ, Polansky M, Xiao S. Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 2004;161(2):343-51.
- 25 Teng CT, Filho AH, Artes R, Gorenstein C, Andrade LH, Wang YP. Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brazilian college students: factor structure and methodological appraisal. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005;255(1):51-6.
- 26 Wilson CA, Turner CW, Keye WR, Jr. Firstborn adolescent daughters and mothers with and without premenstrual syndrome: a comparison. *J Adolesc Health* 1991;12(2):130-7.
- 27 Koziel S, Jankowska EA. Effect of low versus normal birthweight on menarche in 14-year-old Polish girls. *J Paediatr Child Health* 2002;38(3):268-71.
- 28 Strine TW, Chapman DP, Ahluwalia IB. Menstrual-related problems and psychological distress among women in the United States. *J Womens Health (Larchmt)* 2005;14(4):316-23.
- 29 Capilheira MF, Santos IS. [Population-based study of the epidemiology of diagnostic test ordering.]. *Rev Saude Publica* 2006;40(2):289-97.
- 30 Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, Pearlstein T, Brown C, Parsey K, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(6):561-9.
- 31 Freeman EW, DeRubeis RJ, Rickels K. Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res* 1996;65(2):97-106.

- 32 Steiner M, Streiner DL. Validation of a revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: results from prospective and retrospective trials. *Can J Psychiatry* 2005;50(6):327-32.
- 33 Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. The Pelotas (Brazil) birth cohort study 1982-1987: strategies for following up 6,000 children in a developing country. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990;4(2):205-20.
- 34 Victora CG, Barros FC, Lima RC, Behague DP, Gon alves H, Horta BL, et al. The Pelotas birth cohort study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1241-56.
- 35 Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol* 2006;35(2):237-42.
- 36 Lane T, Francis A. Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles. *Arch Women Ment Health* 2003;6(2):127-38.
- 37 Allen SS, McBride CM, Pirie PL. The shortened premenstrual assessment form. *J Reprod Med* 1991;36(11):769-72.
- 38 Condon JT. Investigation of the reliability and factor structure of a questionnaire for assessment of the premenstrual syndrome. *J Psychosom Res* 1993;37(5):543-51.
- 39 Bianchi-Demicheli F, Ludicke F, Lucas H, Chardonnens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. *Swiss Med Wkly* 2002;132(39-40):574-8.
- 40 Adair LS. Size at Birth Predicts Age at Menarche. In: Pediatrics: American Academy of Pediatrics. Print ISSN: 0031-4005. Online ISSN: 1098-4275; 2001. p. 59-
- .
- 41 Hulley BH, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2.ed. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

42 Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory in Brasilian subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:453-457.

## 3 Relatório de Trabalho de Campo

### 3.1 Introdução

#### 3.1.1 Início do estudo na coorte de 1982

No ano de 1982, todas as parturientes com nascimentos hospitalares na cidade de Pelotas que residiam na zona urbana do município no momento do parto foram visitadas no hospital e convidadas a participar de um estudo perinatal sobre saúde materno-infantil. Os 5914 recém-nascidos foram pesados enquanto estavam no hospital, suas mães foram pesadas e medidas na mesma ocasião. As mães também responderam um questionário contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde. As crianças da coorte foram visitadas e suas mães ou pessoas que cuidavam da criança foram entrevistadas em diversos momentos de seu crescimento, os quais estão listados no quadro 1. No ano de 1997 foi realizado acompanhamento de uma subamostra para avaliar os agora adolescentes, sendo que foram eleitos sistematicamente 70 dos 265 setores censitários da cidade, o que correspondeu a 27% dos domicílios. Nesses setores buscaram-se os adolescentes nascidos no ano de 1982, encontrando-se 1076 indivíduos, que foram entrevistados. As mães ou cuidadoras também foram solicitadas a responder um questionário curto. No ano de 2001, nova visita foi realizada nos mesmos setores censitários de 1997. A mais recente visita a toda a coorte ocorreu em 2004-05, quando um novo censo em todos os domicílios da cidade foi realizado, em busca dos nascidos no ano de 1982. No período de maio a novembro de 2007, agora com 24-25 anos de idade, aquelas mulheres que apresentavam informações nas visitas de 1997, 2001 e 2004-05 foram procuradas para um novo acompanhamento. A listagem a seguir apresenta os acompanhamentos realizados com a coorte de 1982.

**Figura 4 Acompanhamentos na Coorte de 1982**

Ano	Acompanhamento	Número esperado	Entrevistados	Proporção encontrada	Mortos masculinos	Mortos femininos
1982	Nascimento	5914	5914	100%	0/3037	0/2876
1983	Crianças nascidas entre janeiro e abril/1982	1916	1457	79,3	34	30
1984	Toda a coorte	5693	4934	87,2%	122	99
1986	Toda a coorte	5682	4742	84,1%	128	104
1995	20%	1100	715	69,9%		
1997	27%	1528	1076		140	115
2000	Todos os homens	3037	2250	78,9 %	147	-
2001	27%	1526	1031	69%	-	117
2004-05	Toda a coorte	5632	4297	77,4%	163	119
2007	27%	760 (462)	375	49,5% (81,2%)	165	120

\*Entre as 760 mulheres que pertenciam aos 27% acompanhados em 1997 e 2001, apenas 462 mulheres foram entrevistas em 1997, 2001 e 2004-05. A falta de informação em pelo menos um dos acompanhamentos foi critério de exclusão e aquela pessoa não foi procurada para a visita de 2007.

### 3.2 Metodologia

#### 3.2.1 Estratégias de busca das participantes da coorte de 1982

##### A. Endereços antigos

Em maio de 2007 foram listados todos os endereços e telefones de contato (familiares ou vizinhos) das mulheres nascidas em 1982 e que foram entrevistadas em 1997, 2001 e 2004-05. Esses endereços foram agrupados por bairros e divididos em grupos menores de endereços, para então serem distribuídos para as entrevistadoras. Elas buscavam pelo mais recente endereço, e caso não

encontrassem, voltavam ao banco de dados e recebiam mais informações sobre endereços ou contatos mais antigos, como telefones de familiares ou vizinhos.

#### B. Busca ativa

Para aquelas não encontradas pelas entrevistadoras, alguns bolsistas repetiram as buscas pelos telefones de contato das entrevistadas e de outras pessoas por elas indicadas como referência em alguma visita anterior. Também foram feitas buscas na internet, pensando encontrar referências sobre as mesmas em bases de dados como currículo Lattes, comunidades do Orkut (nascidos em 1982) e Google. Para aquelas sem telefone, mais uma visita ao endereço foi realizada.

#### **3.2.2 Seleção da equipe de trabalho**

Foram selecionadas entrevistadoras com experiência em pesquisas de campo. O recrutamento para o estudo foi realizado mediante consulta ao pessoal do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPel em busca de indicação de pessoas com experiência em outros estudos. Inicialmente foram chamadas para o treinamento 22 entrevistadoras, todas já com experiência em estudos realizados em anos anteriores.

Uma das candidatas a entrevistadora foi contratada com funções de supervisora do trabalho de campo, trabalhando dois turnos diários na sede da pesquisa e auxiliando as entrevistadoras tanto na localização de informações das entrevistadas, quanto nos telefonemas para ambas, fazendo uma ponte de comunicação entre toda a equipe. Essa supervisora também trabalhou organizando e distribuindo o material, conforme as necessidades de cada entrevistadora.

A digitação dos questionários e registros diários foi realizada por bolsistas de apoio técnico do Centro de Pesquisas. A digitação ocorreu durante o trabalho de campo, eventuais dúvidas eram resolvidas com a supervisora e, quando necessário, diretamente com as entrevistadoras.

#### **3.2.3 Treinamento das entrevistadoras**

Durante o treinamento teórico e prático, as entrevistadoras receberam informações sobre o estudo, com especial enfoque no registro diário dos sintomas, cuja metodologia de trabalho era diferente das entrevistas por elas já realizadas anteriormente. Embora todas já tivessem trabalhado aplicando questionários nos domicílios, a metodologia de convencer as entrevistadas a preencherem os registros

diários por uma semana, em cada etapa, e repetirem esse preenchimento por mais três semanas em um período de dois ciclos menstruais foi desafiador. Três candidatas desistiram da tarefa ainda durante o treinamento.

Entre as que concluíram o treinamento, inicialmente seis foram selecionadas e um mês mais tarde, mais uma entrevistadora foi selecionada. Todas tinham como tarefa aplicar a entrevista inicial, orientar o preenchimento dos registros diários e buscá-los no final da semana de preenchimento, ocasião em que entregavam outro registro e definiam a data de início do registro seguinte, sempre tomando por base a data da última menstruação e a data provável do próximo período menstrual. As demais entrevistadoras recebiam vales-transporte, os quais foram utilizados para deslocamento dentro da cidade.

A remuneração do trabalho foi por produtividade: R\$ 5,00 para cada questionário e R\$ 5,00 para cada registro diário válido. Com o andamento do trabalho de campo, as remunerações foram reajustadas, como forma de aumentar a motivação para o trabalho quando as entrevistadoras começaram a demonstrar sinais de exaustão pela dificuldade da tarefa.

### **3.2.4 Treinamento com o registro diário**

Para o estudo de validação, todos os 21 sintomas perguntados na entrevista inicial e as dificuldades percebidas pelas entrevistadas, quando apresentavam um ou mais sintomas relatados, foram colocados em um registro diário que a entrevistada deveria preencher durante períodos de uma semana.

O período adequado do preenchimento foi considerado para iniciar sete dias antes da próxima menstruação, o que foi chamado de período pré-menstrual e cinco dias após o início da menstruação, o período pós-menstrual, ambos durante sete dias de preenchimento. Foi considerado erro aceitável até dois dias de não preenchimento dos registros, ou seja, semanas que apresentavam informações sobre 5 dias. Também foram aceitos na análise erros de início de preenchimento de até 2 dias antes ou depois do período estipulado. Esses períodos foram calculados com base nas datas das duas últimas menstruações e na informação da entrevista inicial sobre uso ou não de anticoncepcionais hormonais, e qual a data em que a entrevistada imaginava que estaria menstruada. Nesse momento, as grávidas, as que estavam amamentando sem uso de método hormonal e aquelas com ciclos

menstruais muito irregulares (que não menstruaram nos últimos três meses) foram excluídas do estudo. Aquelas que diziam ter ciclos irregulares, mas com as duas últimas menstruações com intervalos entre 21 e 35 dias foram incluídas. Se após dois ciclos de acompanhamento em que a tarefa de prever a próxima menstruação se mostrou impossível, essas entrevistadas passaram também para o grupo das excluídas.

### **3.2.5 Material utilizado**

As entrevistadoras receberam para o trabalho listas de endereços: os grandes bairros foram divididos em grupos menores, por proximidade entre os endereços. A região do centro da cidade, considerado o local mais difícil de encontrar as entrevistadas em casa, foi dividida em seis grupos, com cerca de 10 endereços cada um e distribuído um lote para cada entrevistada. Elas carregavam os seguintes materiais: questionários, registros diários, carta de apresentação, termo de consentimento para ser lido e assinado pela entrevistada, cartão telefônico, lápis, borracha, apontador e caneta azul. Também deveriam utilizar um crachá de identificação e calendário do presente ano para auxiliar tanto a entrevistadora como a entrevistada na visualização das datas das duas últimas menstruações e previsão para a próxima.

### **3.2.6 Espaço físico**

Os equipamentos necessários foram dois microcomputadores, uma linha telefônica, mesas e cadeiras. Um dos computadores foi utilizado para registro de todas as atividades de campo, planilhas de controle de materiais e registros das tarefas executadas pelas entrevistadoras e daquelas ainda em andamento. Em outro computador foram digitados os dados nos bancos de Epi Info, por dois digitadores diferentes.

A linha telefônica foi de grande importância durante todo o estudo, pois além dos agendamentos feitos pelas entrevistadoras, o telefone foi utilizado para o controle de qualidade, que aconteceu durante todo o período do estudo, com uma bolsista de iniciação científica telefonando para as entrevistadas que estavam no período de preenchimento dos registros diários. Sempre que na correção dos questionários, no telefonema de controle de qualidade ou no recebimento dos

registros diários foi constatada alguma irregularidade tal como falta de informações, erro na DUM ou qualquer outra dificuldade no entendimento de como preencher o registro, as entrevistadoras eram imediatamente contatadas e informadas sobre o ocorrido. Quando necessário, um novo planejamento para as datas do próximo ciclo era feito para adequado andamento do estudo.

### **3.2.7 Estrutura de cargos do estudo**

A coordenação geral do Estudo de Coorte de Nascimentos de 1982 em Pelotas, RS é dos professores fundadores do CPE, os quais determinam a periodicidade das visitas à coorte. A equipe que coordenou esta visita esteve composta de uma professora da pós-graduação e uma aluna de doutorado auxiliada por uma bolsista do PPGE, todas com experiência em visitas anteriores à coorte.

As principais tarefas da coordenação foram: reuniões semanais para recebimento e entrega de questionários e registros diários, esclarecimento de dúvidas, contato diário com os entrevistadores, codificação de questionários e controle de qualidade das entrevistas.

Uma supervisora do trabalho de campo foi contratada para realização de tarefas administrativas durante o período do estudo. Bolsistas de iniciação científica e alunos de graduação voluntários realizaram tarefas diversas, como ligações telefônicas, revisão de questionários e busca ativa nas perdas e recusas. Bolsistas de apoio técnico realizaram a digitação dos bancos de dados.

### **3.2.8 Questionários e registros diários**

O questionário (apêndice 3) do acompanhamento de 2007 foi composto por dois blocos:

- a) Bloco de informações aplicado por entrevistadora – composto por 88 perguntas, incluindo questões sobre saúde, hábitos e opiniões, além de informações demográficas e socioeconômicas.
- b) Bloco auto-aplicado – composto por 21 blocos de quatro afirmações onde a entrevistada deveria escolher a afirmação que melhor descrevia seus sentimentos na última semana (questionário Beck).

Os registros diários foram impressos em cores diferentes: amarelo para o período pré-menstrual e verde para o pós-menstrual. A sistemática era deixar no

domicílio da entrevistada ou em outro endereço por ela indicado, já com as datas preenchidas (dias do mês e da semana), orientando para que elas prenchessem no final de cada dia, durante os sete dias solicitados. No final do período de preenchimento a entrevistadora voltava ao local, recolhia o registro, conferia se os dados estavam preenchidos e já combinava o próximo período de preenchimento.

### **3.2.9 Manual de instruções**

O manual de instruções do estudo (apêndice 7) servia como guia para as entrevistadoras no caso de dúvidas no preenchimento ou codificação do questionário. O mesmo apresentava algumas dicas de postura geral e importância do cargo de entrevistadora.

### **3.2.10 Entrevistas**

O trabalho de campo compreendeu o período de 14/05/2007 a 30/11/2007. Durante todo o período foram realizadas entrevistas domiciliares.

O fluxo ideal da entrevista consistia nos seguintes passos:

- a) Entrega da carta de apresentação e do termo de consentimento informado, no qual após sua leitura foi solicitada a assinatura da entrevistada e o recolhimento do mesmo, que foi arquivado na sala de pesquisa (apêndices 5 e 6);
- b) Confirmação das informações da página de identificação;
- c) Aplicação do questionário principal;
- d) Entrega do questionário auto-aplicado;
- e) Apresentação do registro diário e explicação de como preencher o mesmo nas semanas seguintes, nas datas que seriam estipuladas pelas pesquisadoras.

Foi também adotada a estratégia de, através de contatos telefônicos, convidarem as participantes da coorte que na época residiam em outras cidades do estado para realizar a entrevista em Pelotas. As entrevistas eram então agendadas e realizadas na casa de algum familiar da entrevistada, em Pelotas.

### **3.2.11 Bancos de dados**

Foram construídos diferentes bancos de dados duplicados (um para cada digitador) no Epi Info: questionário principal, auto-aplicado, registro diário amarelo

primeiro ciclo, registro diário amarelo segundo ciclo, registro diário verde primeiro ciclo, registro diário verde segundo ciclo. Esses bancos foram sendo atualizados ao longo do trabalho de campo conforme a necessidade de criação de novos códigos. Os bancos dos registros diários, após digitados e submetidos a validação da digitação, foram unidos para análises de inconsistências e posterior análise estatística.

### **3.2.12 Digitação e validações**

Os questionários foram organizados em lotes. O primeiro bloco continha os questionários principais, totalizando 375. O segundo continha os questionários auto-aplicados, totalizando 372. Dois digitadores realizavam digitações em bancos independentes com base nos questionários originais. Os dados foram então comparados, usando-se os comandos “*validate*” do Epi-Info 6.0.

Nos casos de inconsistências entre as duas digitações, uma folha de erros foi impressa para os digitadores conferiam nos questionários originais as respostas corretas, junto a uma coordenadora. O processo foi repetido até que não fossem detectados erros.

Depois de validados, os bancos de dados foram transferidos do Epi-Info 6.0 para o Stata 9.0 e SPSS 13, para a realização da limpeza dos dados e posterior análise.

O trabalho de digitação foi realizado simultaneamente com o trabalho de campo.

### **3.2.13 Controle de qualidade**

O controle de qualidade do trabalho de campo é fundamental para assegurar a validade do estudo. Três aspectos qualitativos foram considerados nessa etapa: (a) a satisfação das entrevistadas com o trabalho realizado pela entrevistadora, buscando uma relação amistosa para futuros acompanhamentos; (b) identificação de possíveis fraudes no trabalho dos entrevistadores; (c) a repetibilidade de algumas perguntas do questionário.

Mais de 10% das participantes visitadas receberam contato telefônico, envolvendo aplicação de um questionário reduzido para verificação dos aspectos

qualitativos anteriormente citados. Os resultados do controle de qualidade não detectaram nenhum indício de fraude no preenchimento dos questionários.

### **3.2.14 Reuniões de trabalho**

O trabalho de elaboração dos questionários iniciou cerca de três meses antes do trabalho de campo. Semanalmente, a equipe de pesquisadoras envolvidas com essa visita na coorte de 1982 se reuniu para discussão dos temas, variáveis a serem investigadas e melhores alternativas para a coleta dos dados.

Durante o trabalho de campo, uma reunião semanal foi realizada pelas coordenadoras com todas as entrevistadoras com objetivo de discutir o andamento das entrevistas, o preenchimento dos registros diários e a resolução de eventuais problemas, bem como a tomada de decisões sobre novas estratégias de ação.

### **3.2.15 Reversão de perdas e recusas**

Uma equipe de bolsistas e voluntários trabalhou no sentido de fazer novo contato e tentativa de entrevista. Tinham por meta localizar as mulheres não encontradas nas buscas das entrevistadoras. Também deveriam tentar mais um contato telefônico com aquelas que constavam como morando fora da cidade, com as moradoras da cidade que nunca estavam em casa quando a entrevistadora ia até o endereço e também para aquelas que recusaram no momento inicial em que foram procuradas. Em diversos casos obtiveram êxito e novas entrevistas (36) foram feitas na etapa final do estudo.

### **3.2.16 Aspectos financeiros**

Para realização do estudo concorreram recursos obtidos junto à FAPERGS (processo 05/2347.0 - ADE3) pela professora e pesquisadora que orientou o projeto e junto ao CNPq, através da bolsa para aluna de doutorado. Também contribuíram para a execução do trabalho, alunos ou profissionais portadores de bolsas de iniciação científica e de apoio técnico concedidas aos professores do CPE (CNPq e FAPERGS).

O controle financeiro do estudo ficou a cargo da supervisora do trabalho de campo e das coordenadoras, sendo contabilizado mensalmente o desempenho de

cada entrevistadora em termos de produtividade com os questionários e registros entregues. Foram distribuídos vales-transporte para que as entrevistadoras realizassem as entrevistas domiciliares e para que participassem das reuniões semanais no Centro de Pesquisa.

### **3.2.17 Questões éticas**

Algumas participantes da coorte ou familiares, durante a realização da entrevista, solicitavam atendimento médico por algum problema de saúde. As coordenadoras eram comunicadas e os casos foram encaminhados ao ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPel, onde foram agendados na rotina habitual de atendimento. Atendimentos no Ambulatório de Nutrição receberam a mesma sistemática de agenda e atendimento. O atendimento sempre foi gratuito e de qualidade.

Os pacientes que solicitaram tratamento odontológico foram encaminhados para a clínica de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia, onde foi montado projeto de extensão visando ao atendimento das necessidades levantadas.

### **3.2.18 Percentuais de localização e acompanhamento**

Das 462 entrevistadas em 1997, 2001 e 2004-05, 401 estavam residindo na cidade, 53 (11,5%) estavam em outra cidade e 8 (5,4%) delas não foram encontradas. Dentre as localizadas residindo em Pelotas, 375 foram entrevistadas, representando 81,2% daquelas entrevistadas nos quatro acompanhamentos. Após a entrevista, 312 mulheres (67,5%) preencheram pelo menos um registro diário dos sintomas e 235 (50,9%) preencheram os quatro registros, incluindo os dois ciclos menstruais.

## **3.3 Modificações realizadas no projeto original**

Algumas alterações em relação às propostas iniciais para os artigos foram necessárias durante a fase de análise. Embora a proposta inicial para o primeiro artigo fosse estudar todos os fatores relacionados à SPM na visita 2004-2005 optou-se por incluir aquelas variáveis que poderiam estar interferindo na relação entre

idade da menarca e SPM, uma vez que essa associação passou a ser o enfoque principal do artigo. Para o artigo de revisão o foco foi voltado para o uso de anticoncepcionais orais no alívio de sintomas pré-menstruais levando em conta que esse enfoque é de maior utilidade na prática clínica. No artigo 3, o objetivo inicial era validar o uso de quatro sintomas pré-menstruais comparando com o padrão ouro, construído com informações de dois ciclos menstruais registrados pelas mulheres acompanhadas. Essa tentativa de validação foi feita, e além do diagnóstico de SPM com os quatro sintomas foi acrescentada outra forma de diagnóstico construído com todos os sintomas do registro diário. Todos os sintomas foram perguntados na visita de 2007, inicialmente de forma retrospectiva e após responder o questionário inicial, as entrevistadas foram orientadas a responder os mesmos sintomas de forma prospectiva.

## 4 Artigo 1

***Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil***

Publicado nos Cad. Saúde Pública v.24 n.4 Rio de Janeiro abr. 2008

**Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil**

Descrição de sintomas e síndrome pré-menstrual conforme a idade da menarca em mulheres nascidas em 1982, no Sul do Brasil

Celene Maria Longo da Silva<sup>1</sup>

Denise Petrucci Gigante<sup>1,2</sup>

Gicelle Costa Minten<sup>1</sup>

**Abstract**

*Premenstrual symptoms and syndrome were studied in young women who have been followed since birth. Data were collected on the intensity of four symptoms: irritability, anxiety or stress, depressed mood, and affective lability. Premenstrual syndrome was defined according to intensity of symptoms. Association between age at menarche and premenstrual symptoms and syndrome were investigated through Poisson regression. Adjusted analysis was conducted, controlling for possible confounding factors. The symptoms most frequently reported by the women from the 1982 Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, birth cohort who were interviewed in 2004-2005 were: irritability (52.3%) and anxiety (40.2%). The prevalence rates for moderate and severe premenstrual syndrome were 13.4% and 5.8%, respectively. Mean age at menarche was 12.4 ( $\pm 1.5$ ) years. Prevalence rates for symptoms and premenstrual syndrome were higher in women whose age at menarche was less than 11 years, but this difference was not statistically significant. Information on symptoms and premenstrual syndrome is scarce in other studies.*

*Premenstrual Syndrome; Menstrual Cycle; Menarche; Women*

**Introduction**

Premenstrual syndrome (PMS) can be defined as a set of physical, emotional, and behavioral symptoms that appears in the premenstrual phase and presents rapid resolution when menstruation begins. The symptoms are cyclical and recurrent. Although in some women this premenstrual experience can be very intense<sup>1,2</sup>, not all women consider it a harmful obstacle to their daily routine.

Few population-based studies have quantified premenstrual symptoms. One of these studies, in a cohort of 21-35-year-old women in Zurich, Switzerland, found prevalence rates for severe and moderate peri-menstrual symptoms of 8.1% and 13.6%, respectively<sup>3</sup>. Another cohort of women 14 to 24 years of age in Munich, Germany, found relatively stable symptoms in four years of follow-up. While the initial prevalence rate was 5.8%, cumulative incidence was 7.4% for severe symptoms, defining premenstrual dysphoric disorder (PMDD) as the most severe form of PMS<sup>4</sup>. In the same study, the prevalence of subliminal PMDD, that is, women who report severe symptoms but do not meet the criteria for PMDD because they report absence of impairment in daily life, was 18.6%. PMDD is classified as a mental disorder under the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV TR)<sup>5</sup>, and its prevalence rates among women 15 to 49 years range from 3% to 8%<sup>1</sup>.

In Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, a population-based study in 2003 in women 15 to 49 years of age found an inverse relationship between PMS prevalence and women's age. Prevalence of PMS among adolescents (15-19 years) was 30% higher than in older women (40-49 years).<sup>6</sup> In addition to age, other factors such as higher schooling, white skin color, and higher socioeconomic status were also associated with PMS. The majority of these women reported at least one of the following symptoms: irritability, abdominal discomfort, nervousness, health, and tender breasts during the premenstrual period.

Other studies have also found an association between PMS and younger age,<sup>6,7</sup> higher socioeconomic status,<sup>6</sup> smoking,<sup>4,7</sup> alcohol abuse,<sup>7</sup> mental stress,<sup>4,7</sup> etc. However, no study was found in the literature on the effect of age at menarche on PMS.

Adolescence is the period of life between childhood and adulthood. Puberty is the first phase of adolescence in which the first signs of sexual maturation appear: the initial phenomenon is the development of breasts, or telarche, followed by the development of pubic hairs or pubarche, and culminating with the first menstrual period, or menarche. Menarche is an important biological and clinical marker for this sexual maturation, signaling the beginning of reproductive life.<sup>2</sup> It is believed that the way adolescent girls experience this phase of their development has an important impact on the quality of their adult lives.<sup>8</sup>

Western countries have witnessed a downward secular trend in age at menarche, as corroborated in a Brazilian study,<sup>9</sup> and this change has been interpreted as a consequence of environmental, socioeconomic, nutritional, and cultural factors. Thus, an association between obesity and younger age at menarche has also been observed more recently,<sup>10</sup> while there are reports of later menarche in athletes and girls living in rural areas.<sup>11</sup> However, despite these concepts, there is no consensus on the definition of early or late menarche.<sup>2</sup>

The current study aims to investigate a potential association between age at menarche and the manifestation of premenstrual symptoms or PMS in young women, considering the possibility that socioeconomic, demographic, or behavioral factors may be impacting this association.

## Methods

This study is part of a longitudinal cohort in which all births in the year 1982 in the maternity wards/hospitals of Pelotas were included in

a perinatal study. In that first follow-up, questionnaires were applied by interviewers who screened the births daily and interviewed the mothers in the maternity hospitals. This was the beginning of the 1982 cohort study, and the next follow-up was done with a home visit, using the address provided on the perinatal questionnaire. For the cohort follow-up, interviewees were located through a citywide household census. In the initial interviews, during childhood, the mothers answered for the children, and in the follow-up visits during adolescence, questionnaires were applied to mothers and the girls themselves. In the last follow-up, at a mean age of 23 years (in the 2004-2005 visit), the questionnaire was only applied to the young women from the 1982 cohort. In this most recent visit, with all the young people from the cohort, in addition to the household census, a search was conducted for the addresses obtained through the previous follow-up visits or through secondary and technical school enrollment lists and university admissions exam lists from the previous five years at the city's five largest universities. Deaths in the cohort have been identified through the Mortality Information System (SIM).<sup>12</sup> The methods used in this cohort's follow-up have been published elsewhere.<sup>13,14</sup>

In the last follow-up with the entire cohort, the fieldwork was done from October 2004 to August 2005. In addition to the interviews conducted in Pelotas, individuals residing in other municipalities were invited to come to Pelotas for the interview and a research team visited the main cities in the region where there was an important number of young residents residing there, but who belonged to the Pelotas birth cohort. General information on some of the results obtained in previous follow-up visits, highlighting the importance of participating in the study, was publicized through a folder provided during the interview.

The interviewers were females with complete secondary schooling. A selection process was conducted and the interviewers received specific training that included information on application of the research instrument and procedures to be followed during the interview. Quality control was applied to 10% of the interviews, repeating some questions from the questionnaire.

The variables used in this analysis were obtained since the perinatal follow-up: mother's age at birth date of the interviewee, mother's schooling, both in complete years, family income expressed as times the prevailing minimum wage, smoking during the pregnancy in number of cigarettes per day, mother's skin color (white/non-white) as observed by the interview-

## PREMENSTRUAL SYNDROME AND AGE AT MENARCHE

er, birth weight in grams, gestational age in weeks since date of last menstrual period as reported by the interviewee, duration of breastfeeding in months, and age at menarche, in complete years, the latter obtained during the follow-up visits in childhood and adolescence. Early menarche in this study was defined as first menstruation at 10 years or younger and late menarche as 15 years or older. The current socioeconomic, demographic, and behavioral variables were: schooling in complete years of study, family income in *reais*, skin color reported by the interviewee, number of children reported by the interviewee, body mass index (BMI) calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared on the interview date, smoking in three categories: non-smoker, current smoker, or former smoker, and the Self-Reported Questionnaire (SRQ-20) including 20 questions for screening minor mental disorders.

The outcomes in this analysis were obtained from information on the premenstrual variables, including four symptoms: irritability, stress or anxiety, episodes of weeping, and depression. Each of these symptoms was investigated at four levels of intensity (zero, low, moderate, and high). The report of intensity was considered as absence of symptoms (none), mild (a little), moderate (more or less), and severe (high). This information was used to construct a continuous score in which symptom intensity was transformed into a numerical value from 0 (none) to 3 (high). Interviewees who reported at least one symptom were asked whether it impaired their contact with others, also with four possibilities: none (0), a little (1), more or less (2), and high (3). The outcomes included each of the four symptoms analyzed as moderate and severe intensities. Another outcome, called moderate PMS, was constructed for those who presented at least eight points in symptoms and with impairment in personal relations, at the stronger intensities: more or less (2) or high (3), while severe PMS was characterized when interviewees reported severity (high = 3) for the four symptoms and moderate to great difficulty in contact with other persons.

The analysis included women with regular menstrual periods in the previous three months and those who had used continuous hormonal contraception to avoid menstruating.

Calculation of statistical power for the sample size in a population where 7.5% of the women had menstruated for the first time between 7 and 10 years of age and with a 12.7% prevalence rate for moderate PMS in the group with menarche in the adequate age range (11 -14 years) showed that the study would have the power to

find a prevalence ratio greater than or equal to 1.76, or a prevalence rate of 22.4% among the exposed.

Data analysis used Stata 9.2 (Stata Corp., College Station, USA), summarizing the mean values for symptoms, exposure and outcome prevalence rates, chi-squared test for associations, and stratified analysis of symptoms and forms of PMS with the categories for age at menarche, BMI, skin color, number of children, SRQ-20, family income, schooling, and smoking. The adjusted analysis to control for confounding considered variables whose crude association with the outcomes presented a p value  $\leq 0.2$ . The prevalence ratio was calculated using Poisson regression, with robust variance. The sample size was calculated using Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA).

The study protocol was submitted to and approved by the Research Ethics Committee at the Federal University in Pelotas. All the interviewees were informed of the study objectives and provided verbal and written consent.

## Results

Of the 2,876 women from the 1982 live birth cohort, 2,082 were interviewed during the 2004-2005 visit (Table 1). Considering that 119 women (4.1%) had already been identified as having died, 238 (8.3%) were losses to follow-up or refusals, and 438 (15.2%) were not located, the follow-up rate was 76.5%.

Comparison of the characteristics of the women interviewed at 22-23 years and those of all the women in the cohort showed a similar distribution in relation to several variables collected in the first follow-up visits. Mortality was proportionally lower among daughters of women with white skin and those who were over 30 years of age, had 12 or more years of schooling, and came from higher-income families. Meanwhile, mortality was proportionally higher among young women with birth weight less than 2,500g, born at gestational age less than 37 weeks, and who were breastfed for less than a month (Table 1).

Table 1 also shows a higher proportion of losses and refusals among young women with higher socioeconomic status at birth, i.e., whose mothers had more schooling, white skin color, and family income greater than three times the prevailing minimum wage. Meanwhile, among those not located in the 2004-2005 follow-up, the most frequent characteristics were being daughters of teenage mothers and mothers with less schooling and with family incomes of less than one minimum wage in 1982.

Table 1

Characteristics of women in the 1982 birth cohort and proportion of women located in the 2004-2005 follow-up visit, Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 1982-2005.

Characteristics *	1982 visit (interviewees)				2004-2005 visit					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Mother's age (years)</b>										
< 20	442	15.4	307	14.8	19	16.0	29	12.2	87	20.0
20-29	1,646	57.3	1,178	56.6	74	62.2	136	57.4	259	59.1
≥ 30	787	27.4	597	28.7	26	21.9	72	30.4	92	21.0
<b>Mother's schooling (years)</b>										
0-4	952	33.1	687	33.0	54	45.4	52	21.9	159	36.3
5-8	1,166	40.6	870	41.8	48	40.3	93	39.1	155	35.4
9-11	324	11.3	234	11.3	12	10.1	32	13.5	46	10.5
≥ 12	432	15.1	289	13.9	5	4.2	61	25.6	78	17.8
<b>Family income (times minimum wage)</b>										
0.0-1.0	622	21.7	413	20.0	42	35.6	41	17.2	126	29.0
1.01-3.0	1,325	46.4	1,031	49.8	52	44.1	86	36.1	157	36.1
3.01-6.0	547	19.1	383	18.5	17	14.4	58	24.4	89	20.5
6.01-10.0	198	6.9	122	5.9	5	4.2	29	12.2	42	9.7
≥ 10.01	168	5.9	121	5.8	2	1.7	24	10.1	21	4.8
<b>Smoking during pregnancy (cigarettes/day)</b>										
None	1,864	64.8	1,343	64.5	76	63.9	168	70.6	277	63.5
1-14	787	27.4	580	27.9	33	27.7	49	20.6	125	28.5
≥ 15	225	7.8	159	7.6	10	8.4	21	8.8	35	8.0
<b>Skin color</b>										
White	2,371	82.5	1,715	82.4	81	68.1	210	88.6	366	83.6
Non-white	504	17.5	367	17.6	38	31.9	27	11.4	72	16.4
<b>Birth weight (grams)</b>										
1,170-2,499	289	10.1	164	7.9	58	49.6	29	12.2	39	8.9
2,500-2,999	768	26.7	570	27.4	31	26.5	55	23.1	112	25.6
3,000-3,499	1,089	37.9	785	37.7	19	16.2	107	45.0	178	40.6
3,500-3,999	611	21.3	486	23.4	7	6.0	37	15.6	81	18.5
4,000-5,200	116	4.0	76	3.7	2	1.7	10	4.2	28	6.4
<b>Gestational age (weeks)</b>										
26-35	60	2.7	34	2.1	14	21.4	6	3.2	6	1.7
36-37	236	10.4	177	10.7	9	12.9	15	7.9	35	10.1
38-39	874	38.6	627	37.7	26	37.1	92	48.7	129	37.3
40-41	843	37.2	620	37.3	15	20.0	61	32.3	147	42.8
42-44	253	11.1	204	12.3	6	8.6	15	7.9	28	8.1
<b>Breastfeeding (months)</b>										
< 1	535	20.6	416	20.5	18	39.1	41	18.1	60	20.1
1-2.9	696	26.8	529	26.1	12	26.1	68	30.0	87	29.2
3.0-5.9	601	23.1	469	23.2	9	19.6	55	24.2	68	22.8
6.0-8.9	236	9.1	191	9.4	3	6.5	15	6.6	27	9.1
9.0-11.9	95	3.7	76	3.8	2	4.4	8	3.5	9	3.0
≥ 12	434	16.7	354	17.0	2	4.4	40	17.6	47	15.8
<b>Interviewee's schooling in 2004-2005 (years)</b>										
0-4			141	6.8						
5-8			490	23.5						
9-11			1,060	50.9						
≥ 12			393	18.9						

(continue)

## PREMENSTRUAL SYNDROME AND AGE AT MENARCHE

Table 1 (continued)

Characteristics *	1982 visit				2004-2005 visit			
	(interviewees)		Interviewees		Deaths		Losses and refusals	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SRQ-20 at 22-23 years (points)</b>								
< 8			1,394	67.2				
≥ 8			681	32.8				
<b>BMI at 22-23 years</b>								
Underweight			150	7.2				
Normal weight			1,370	65.8				
Overweight			371	17.8				
Obese			190	9.1				

SRQ-20: Self Reported Questionnaire; BMI: body mass index.

\* Information lacking in some cases (n) for the following variables: mother's age (1), mother's schooling (2), family income (16), skin color (1), birth weight (3), gestational age (610), and duration of breastfeeding (279), so the sum of absolute numbers does not reach the total number of women studied.

At the visit in 2004-2005, approximately half of the women in the cohort (50.9%) had 9 a 11 years of schooling and nearly a fifth (18.9%) had at least 12 complete years of schooling. The screening instrument for minor mental disorders (SRQ-20) showed an altered result ( $\geq 8$ ) in approximately one-third of the interviewees. More than one-fourth (26.9%) were above adequate weight (overweight or obese) at 22-23 years (Table 1).

Table 2 shows the characteristics related to menstruation in the 2,082 interviewees. Premenstrual symptoms were analyzed for 1,669 (80.1%) women who menstruated regularly and 75 (3.6%) who used a hormonal method to avoid menstruating. In relation to distribution of symptoms, irritability was the most frequent, and some two-thirds of the women reported some difficulty in their family contact caused by these symptoms. Only 287 women (16.5%) did not present any symptoms, and 111 (6.4%) reported all the symptoms as intense, that is, with a score of 12 points. The mean total of intensities for the four symptoms was 4.6 points, with a standard deviation (SD) of 3.7.

Moderate PMS was present in 233 women (13.4%), but when considering only severe symptoms, with moderate or intense difficulty in contact with others, the prevalence was 5.8%, referred to as severe PMS (Table 2).

Of the interviewees who reported using pharmacological treatment for PMS (68 women), only eight used continuous oral contraceptives to avoid menstruating. In addition, 448 women (25.7%) women reported having used hormonal contraceptives in the previous two weeks.

For all the women interviewed, age at menarche varied from 7 to 19 years, and only one woman had never menstruated. Mean age at

menarche was 12.4 years (SD:  $\pm 1.5$ ), and the median was 12 years. Only 15.5% menstruated for the first time outside the 11 to 14-year range (Figure 1).

When analyzing the frequency of symptoms according to age at menarche divided into three categories, higher prevalence rates are observed for the two intensities of all the symptoms in the extreme age brackets, although this difference is only statistically significant for symptoms of anxiety or stress in the intense form and for depression in the moderate form. Women with menarche from 11 to 14 years of age also presented lower prevalence rates for the two definitions of PMS (moderate and severe), but the differences also failed to reach statistical significance (Table 3).

Table 4 shows the gross and adjusted effects, as expressed by prevalence ratios, for age at menarche in relation to premenstrual symptoms and moderate and severe PMS. For each of the intensities of the four symptoms and for PMS assessed on the basis of these symptoms, the gross prevalence ratio ranged from 9% to 54% greater among women with menarche between 7 and 10 years of age. In those with menarche after 15 years of age, the gross effect ranged from 1% to 33%. In the adjustment for possible confounding factors, i.e., those associated with age at menarche and each of the outcomes, the gross and adjusted values were quite similar for all the symptoms and for the two definitions of PMS (Table 4). Associations that were found in the crude analyses but which did not remain after adjustment were not included in the table; for example, SRQ-20  $\geq 8$  was significantly associated with all the premenstrual symptoms, without modifying the association between age at menarche and the PMS out-

Table 2

Menstrual characteristics, premenstrual symptoms, and prevalence of premenstrual syndrome (PMS) in women from the 1982 birth cohort in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, 2004-2005.

Variables (N)	n	%
Regular menstruation in the last three months (2,080)		
No	236	11.4
Yes	1,666	80.1
Currently pregnant		
	103	4.9
Using continuous contraception		
	75	3.6
Irritable (1,740)		
No	459	26.4
A little	371	21.3
More or less	341	19.6
Considerably	569	32.7
Anxious or tense (1,740)		
No	634	36.4
A little	406	23.3
More or less	312	17.9
Considerably	388	22.3
Prone to weeping (1,740)		
No	896	51.5
A little	285	16.4
More or less	235	13.5
Considerably	324	18.6
Depressed (1,740)		
No	989	56.8
A little	325	18.7
More or less	197	11.3
Considerably	229	13.2
Experiences difficulty in contact with other persons (1,452)		
No	479	33.0
A little	506	34.9
More or less	212	14.6
Considerable	255	17.6
Self-reported PMS (1,740)		
No	658	37.8
Yes	1,082	62.2
Moderate PMS (1,739)		
No	1,506	86.6
Yes	233	13.4
Severe PMS (1,739)		
No	1,639	94.2
Yes	100	5.8
Past or current treatment for PMS (1,740)		
No	1,672	96.1
Yes	68	3.9

comes. Importantly, when controlled, the effects of early or late age at menarche were lower than when not controlled, without reaching statistical significance for any of the outcomes.

## Discussion

This study included the population of women from the 1982 Pelotas birth cohort, which has been followed for 23 years. The follow-up rate for the women who were interviewed in 2004-2005 can be considered adequate, in light of the fact that many of the young women in this age bracket may have left Pelotas in search of better schooling and work.

The mortality rate estimated by the Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE, Brazilian Institute of Geography and Statistics] for Brazil is 67 and 71 deaths per 100 thousand inhabitants, respectively, for individuals 22 and 23 years of age<sup>15</sup>. The mortality rate in this study was 70.6 per 100 thousand women, considering 119 known deaths in a population of 168,599 women in Pelotas<sup>15</sup>. Thus, the results of the present study, showing that the survival rate in these women is higher among those with birth weight greater than 3,000g, gestational age 40 weeks or greater, breastfed for three months or more, and belonging to families with incomes greater than three times the minimum wage, are consistent with the data from IBGE<sup>16</sup>.

Although refusals were more common among women with higher socioeconomic status, those who were not located belonged mostly to lower-income families. Thus, the distribution of economic level for the women interviewed here was similar to that observed in 1982, and this loss of some women at the extremes of family income could decrease the effect of the possible associations that were found.

Oral contraceptives have been prescribed to relieve premenstrual symptoms<sup>17</sup>, and in the present study some one-fourth of the women were using this method. If this treatment actually works, the results may be underestimated due to a reverse causality bias, i.e., the presence of premenstrual symptoms in the past may have led to the use of hormonal contraception and consequently the relief of symptoms. Considering as well that some women use oral contraceptives continuously to avoid premenstrual symptoms, these women were maintained in the analysis, even though this could have led to a decrease in the effect of some variables on the outcomes.

The prevalence rates for moderate and severe PMS were consistent with those found in other studies<sup>3,4,6,7</sup>. Irritability was also the most common symptom reported in some studies<sup>6,18,19</sup>, while others pointed to stress<sup>20</sup> or depression<sup>1,21</sup> as the most frequent symptoms. Note that the comparison between studies may not be adequate, considering that different instruments are being used and that not all the

## PREMENSTRUAL SYNDROME AND AGE AT MENARCHE

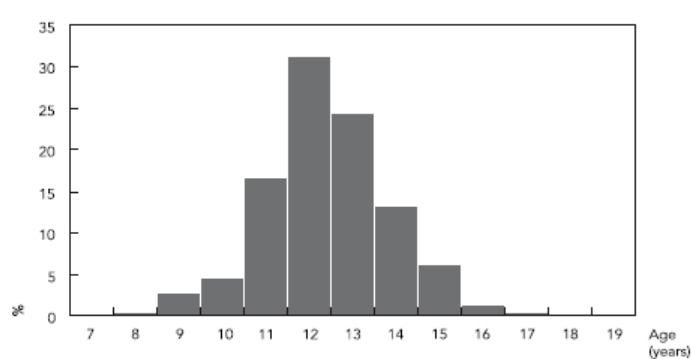
studies are evaluating the same intensities of symptoms. However, the results were similar, even though the authors of these other studies used different questionnaires (according to the respective health services).

Age at menarche in this study (12.4 years) was similar to that found in another Brazilian study, in Barrinha, São Paulo State (12 years and 6 months)<sup>11</sup> and one in Malaysia (12.3 years)<sup>22</sup>, but slightly lower than in a study in San Francisco, USA (12.9 years)<sup>23</sup>. There is widespread concept concerning a downward secular trend in age at menarche, explained by various factors, the most important of which is the increase in the obesity rate, which has been occurring mainly in Western countries. According to this concept, there is a biological plausibility in the relationship between age at menarche and the manifestation of premenstrual symptoms and PMS. However, no study investigating this association was found in a literature review on the theme. The results of the current study are in agreement when they show a higher prevalence rate among women with a history of menarche from 7 to 10 years of age for the two intensities of the four symptoms and thus for the score based on them, although this difference was not statistically significant. Although the number of persons studied was not small, subsequent calculation of the sample size showed that it lacked sufficient power to detect differences. The proportion of women who menstruated at the age extremes is less than 10% in each group, and the prevalence rates, although indicating differences when compared to menarche within the expected age bracket, did not reach statistical significance.

A possible limitation of these findings could be related to the subjectivity of the questions, considering that each symptom was only asked about once during the 22-23-year follow-up.

Figure 1

Distribution, according to reported age at menarche, of women born in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, in 1982 and interviewed in 2004-2005.



There may also be subjectivity in the reference to the intensity of symptoms. Even so, this possible subjectivity in the instrument was present for all the women that were interviewed and can thus be considered a non-differential source of error.

As mentioned previously, the association between age at menarche and PMS is biologically plausible, considering that girls exposed earlier to higher hormone levels menstruate earlier<sup>2</sup>. With early menstruation, they experience premenstrual symptoms for a greater number of menstrual cycles than those who menstruated later. It is also known that girls who menstruate younger take on responsibilities at a younger age, both during pregnancy (inside and outside

Table 3

Prevalence of two different intensities of premenstrual symptoms and the association with different age brackets at menarche among women from the 1982 birth cohort in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil.

Age at menarche (years)	Overall distribution n (%)	PMS		Irritate		Anxious		Weepy		Depressed	
		Moderate	Severe	Moderate	Severe	Moderate	Severe	Moderate	Severe	Moderate	Severe
7-10	131 (7.5)	17.6	8.4	58.0	38.9	46.6	29.0	38.9	19.9	33.6	18.3
11-14	1,470 (84.4)	12.7	5.4	51.8	31.9	39.1	21.2	31.0	18.2	23.4	12.4
15-19	140 (8.0)	16.4	6.4	52.4	35.7	45.7	27.9	37.1	21.4	27.9	16.4
p value *		0.16	0.36	0.39	0.19	0.10	0.03 *	0.08	0.61	0.02 *	0.08

PMS: premenstrual syndrome.

\* p value < 0.05 (chi-squared test).

Table 4

Gross and adjusted prevalence ratios between premenstrual symptoms and moderate and severe premenstrual syndrome (PMS), associated with age at menarche in women born in 1982 in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil.

Age at menarche (years)	Irritated	Crude analysis				PMS				
		Moderate symptoms	Anxious	Weepy	Depressed	Irritated	Anxious	Weepy	Depressed	Moderate
7-10	1.1 (0.9-1.4)	1.2 (0.9-1.6)	1.3 (0.9-1.7)	1.4 (1.1-2.0)	1.2 (0.9-1.5)	1.4 (1.0-1.8)	1.1 (0.7-1.6)	1.5 (1.0-2.3)	1.4 (0.9-2.1)	1.5 (0.8-2.9)
11-14	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
15-19	1.0 (0.8-1.3)	1.2 (0.9-1.5)	1.2 (0.9-1.6)	1.2 (0.9-1.7)	1.12 (0.8-1.5)	1.3 (0.9-1.8)	1.2 (0.8-1.7)	1.3 (0.9-2.1)	1.3 (0.8-2.0)	1.18 (0.6-2.4)

Age at menarche (years)	Irritated *	Adjusted analysis				PMS *§				
		Moderate symptoms	Anxious **	Weepy ***	Depressed *	Irritated **	Anxious *	Weepy ##	Depressed ###	Moderate
7-10	1.1 (1.0-1.3)	1.2 (0.9-1.4)	1.3 (0.9-1.7)	1.4 (1.1-1.8)	1.2 (0.9-1.6)	1.3 (1.0-1.7)	1.1 (0.8-1.5)	1.5 (1.0-2.1)	1.4 (0.9-2.0)	1.5 (0.8-2.6)
11-14	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
15-19	1.0 (0.8-1.2)	1.1 (0.9-1.4)	1.2 (0.9-1.6)	1.1 (0.9-1.5)	1.1 (0.8-1.5)	1.3 (1.0-1.7)	1.1 (0.8-1.5)	1.2 (0.8-1.8)	1.2 (0.8-1.8)	1.1 (0.5-2.1)

\* Analysis adjusted for Self-Reported Questionnaire (SRQ-20) and smoking;

\*\* Analysis adjusted for body mass index (BMI), SRQ-20, and smoking;

\*\*\* Analysis adjusted for skin color, number of children, SRQ-20, and smoking;

# Analysis adjusted for BMI, SRQ-20, smoking, and family income;

## Analysis adjusted for number of children, SRQ-20, and smoking;

### Analysis adjusted for smoking, years of schooling, and SRQ-20;

§ Analysis adjusted for smoking, SRQ-20, and skin color.

of marriage) and in the work market, assuming adult roles<sup>24</sup>. Thus, physical and/or psychological stress is directly associated with PMS<sup>7</sup>, and women that experience stressful situations can present a higher number and intensity of premenstrual symptoms. In the current study, SRQ-20 ≥ 8 was significantly associated with all the premenstrual symptoms, without modifying the association between age at menarche and the PMS outcomes. More research is thus needed on characteristic emotional symptoms of psychiatric disorders accompanying premenstrual symptoms. In the adjusted analysis, various factors were tested that could interfere positively or negatively in the association between age at menarche and both the symptoms and the two forms of measuring PMS, but none of these factors showed any effect modification. It is possi-

ble that some other factor, not measured in this study, is causing negative confounding. Thus, other studies should be conducted to further contribute to knowledge in this area.

In conclusion, the higher prevalence rates for all the symptoms and for PMS in girls who menstruated before 10 years of age did not reach statistical significance. The current article describes the characteristics of PMS symptoms in young women from a birth cohort, and the possible association between age at menarche and these symptoms was investigated by controlling for some potential confounding factors. However, in order to study this association, further studies are needed that include other factors still not investigated and that use instruments evaluating the presence of symptoms in at least two consecutive menstrual cycles.

**Resumo**

*Os sintomas e a síndrome pré-menstrual foram estudados em mulheres jovens acompanhadas desde seu nascimento. Foram coletadas informações sobre intensidade de quatro sintomas: irritabilidade; ansiedade ou tensão; humor deprimido e labilidade emocional. Síndrome pré-menstrual foi definida de acordo com a intensidade desses sintomas. A associação entre os sintomas e a síndrome pré-menstrual com a idade da menarca foi investigada por meio de regressão de Poisson, ajustando para possíveis fatores de confusão. Em 76% das mulheres da coorte de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de 1982, que foram acompanhadas até 2004-2005 os sintomas mais freqüentes foram: irritabilidade e ansiedade. A prevalência de síndrome pré-menstrual foi de 13,4% e 5,8% nas intensidades moderada e severa, respectivamente. A idade média da menarca foi de 12,4 ( $\pm 1,5$ ) anos. A prevalência dos sintomas pré-menstruais foi mais alta nas mulheres com menarca antes dos 11 anos, mas estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Informações sobre sintomas pré-menstruais e síndrome pré-menstrual são escassas em outros estudos populacionais.*

*Síndrome Pré-Menstrual; Ciclo Menstrual; Menarca; Mulheres*

**Contributors**

C. M. L. Silva participated in the fieldwork during the 2004-2005 visit to the 1982 birth cohort, analyzed the data, interpreted the results, and wrote the article. G. C. Minten coordinated the fieldwork during the 2004-2005 visit and participated in the discussion of the results and revision of the article. D. P. Gigante participated in the planning of the most recent visit to the entire 1982 cohort, supervised the fieldwork, oriented the data interpretation, and revised the final version of the manuscript.

**Acknowledgments**

The authors wish to thank the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior [CAPES, Coordinating Body for Advanced Studies among University Level Personnel], which provided the PhD scholarship for C. M. L. Silva, and the Wellcome Trust through the project Major Awards for Latin America on Health Consequences of Population Change, which funded the 2004-2005 visit to the entire 1982 cohort in Pelotas.

**References**

- Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3:25-37.
- Halbe HW. Tratado de ginecologia. 3a Ed. São Paulo: Editora Roca; 2000.
- Angst J, Sellaro R, Merikangas KR, Endicott J. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104:110-6.
- Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002; 32:119-32.
- American Psychiatric Association. Diagnostics and statistical manual of mental disorders (DSM IV TR). 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Silva CML, Gigante DP, Carret MLV, Fassa AG. Estudo populacional de síndrome pré-menstrual. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:47-56.
- Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999; 8:122-8.
- Nicolson P. The menstrual cycle, science and femininity: assumptions underlying menstrual cycle research. *Soc Sci Med* 1995; 41:779-84.
- Kac G, Velásquez-Meléndez G, Valente JC. Menarca, gravidez precoce e obesidade em mulheres brasileiras selecionadas em um Centro de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:S111-8.
- Biro FM, Khoury P, Morrison JA. Influence of obesity on timing of puberty. *Int J Androl* 2006; 29:272-7.
- Tavares CHF, Haeffner LSB, Barbieri MA, Bettoli H, Barbieri MR, Souza L. Idade da menarca em escolares de uma comunidade rural do Sudeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:709-15.

12. Ministério da Saúde. Portal da saúde: Sistemas de Informação. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1132](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1132) (acessado em 27/Fev/2007).
13. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Behague DP, Gonçalves H, Horta BL, et al. Estudo de coorte de nascimentos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1982-2001. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1241-56.
14. Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol* 2006; 35:237-42.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
17. Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, Pearlstein T, Brown C, Parsey K, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Women's Health Gend Based Med* 2001; 10:561-9.
18. Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:347-51.
19. Sveindottir H, Backstrom T. Prevalence of menstrual cycle symptom cyclicity and premenstrual dysphoric disorder in a random sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79:405-13.
20. Meaden PM, Hartlage SA, Cook-Karr J. Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States. *Psychiatry Res* 2001; 134:27-36.
21. Hsiao MC, Liu CY, Chen KC, Hsieh TT. Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 106:150-5.
22. Lee LK, Chen PC, Lee KK, Kaur J. Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school survey. *Singapore Med J* 2001; 47:869-74.
23. Windham GC, Bottomley C, Birner C, Fenster L. Age at menarche in relation to maternal use of tobacco, alcohol, coffee, and tea during pregnancy. *Am J Epidemiol* 2004; 159:862-71.
24. Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1459-69.

Submitted on 06/Mar/2007

Final version resubmitted on 03/Jul/2007

Approved on 13/Jul/2007

## 5 Artigo 2

### ***Use of oral contraceptives for treatment of premenstrual symptoms: a systematic review***

Celene Maria Longo da Silva<sup>1</sup>

Denise Petrucci Gigante<sup>2</sup>

Adriana Baptista Menezes<sup>3</sup>

1 Post graduation student of epidemiology at Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, RS;

2 Post graduation professor at the course of epidemiology of Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, RS

3 Graduation student of medicine at Universidade Católica de Pelotas

Correspondence to Celene M Longo da Silva, Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso, Centro, Pelotas, RS, CEP 96020-220, fone / fax: +55 (53) 32841300,  
E-mail: celene.longo@terra.com.br

Acknowledgments to CNPq that had support doctoral and scientific initiation fellowships

This paper is part of thesis of first author, and its resume was showed in 2008' Scientific Initiation Meeting promoted by Universidade Federal de Pelotas  
Running foot: Contraceptives for treatment of PMS: review

Será submetido à revista Obstetrics & Gynecology

## Précis

The contraceptives are able to relieve the premenstrual symptoms. However, there is lack of better methodological quality studies and follow-up for longer periods.

## Abstract

Objective: Regular use of oral contraceptives by women of reproductive age may relieve premenstrual symptoms. The present article was aimed at providing a systematic review of studies measuring the effect of oral contraceptives on premenstrual symptoms.

Methods: We searched the Medline, Web of Science, Popline, Lilacs, and Scielo databases using the following key words: *premenstrual syndrome* or *premenstrual dysphoric disorder, treatment, contraceptive, and clinical trial*. There were no restrictions as to language or year of publication. Abstracts were examined in order to select controlled studies, which were classified according to quality criteria. We selected studies having as outcomes premenstrual symptoms or syndrome and whose exposures were use of oral contraceptives containing ethynodiol diacetate in association with different formulations of progesterone. Results were evaluated as reported by the authors (differences in proportions or mean scores and subjective reports of improvement or worsening of symptoms).

Results: We located 63 references in PubMed, 19 in Web of Science, and 6 in Popline. Based on these abstracts, 25 full articles were selected for evaluation. Ten controlled studies were included. Methodological quality scores ranged from 14 to 24 (mean = 18) points. Progestogens studied included drospirenone, levonorgestrel, desogestrel, gestodene, and norethindrone. There was consistent improvement in symptoms with use of any of these active contraceptives; however, differences in the comparisons made were not always significant. Duration of follow-up ranged from 3 to 26 menstrual cycles, and subject age, from 18 to 45 years. Most analyses were by intention to treat.

Conclusions: The results of these studies suggest that oral contraceptives with different formulations can improve premenstrual symptoms, even though only a few symptoms were evaluated. There is a lack of studies of higher quality, using similar and validated instruments, and with longer follow-up periods.

## Introduction

Treatment of premenstrual symptoms, especially premenstrual syndrome (PMS), in its most severe form, is a challenge to clinical practice. This is especially the case when these symptoms lead to difficulties in relating with family or performing activities outside home, i.e., at work, school, or social events(1). Various treatments have been recommended for this condition; these include dietary supplementation (vitamin B6, calcium, essential fatty acids, magnesium, among others)(2-6), progestogens(7, 8), anxiolytics, antidepressants(9-11) and, nowadays, oral contraceptives(12, 13).

It is estimated that at least one-quarter of women experience intense premenstrual symptoms, this proportion varying according to the diagnostic criteria employed(14, 15). Physiological hormonal oscillation is believed to be associated with the raising of premenstrual symptoms, and anovulation may be protective against intense symptoms(1, 13).

Oral contraceptives are part of the reproductive life of a large proportion of women, with prevalences reported in the literature ranging from 4,8% to 55%(16-22). The composition of oral contraceptives is constantly changing as new pharmacological agents are developed. The formulation of most commonly used contraceptives includes estrogen in association with progestogens. The amount of estrogen in each pill is progressively decreasing, whereas progestogen composition has undergone several changes. The first generation of progestogens was based on norethindrone; after 40 years of continuous development, oral contraceptives have included compounds such as norgestrel, levonorgestrel, desogestrel, gestodene, norgestimate, cyproterone, drospirenone, and dienogest. Each of these progestogens has specific characteristics and modes of activity, and every new

substance developed and released shows better adaptation and lesser side effects for women using the drug(23, 24).

In past years, the oral contraceptives had a bad judgment that they improve the premenstrual symptoms. One strategy for change lower these symptoms were using contraceptives with only progesterone(25), GnRH analogs(26, 27) and latter with estrogens and progesterone without pill-free intervals(28, 29). Nowadays, the new contraceptive formulations suggest that regular use can relieve premenstrual symptoms, PMS, and premenstrual dysphoric disorder (PMDD), the most severe form of PMS(1, 30-33). Considering that PMS and oral contraceptive use are frequent events, improvement in symptoms had previously been observed in earlier studies of contraceptive use that were mainly concerned with outcomes(34-40).

A number of authors have studied the possibility of using contraceptives for treating PMS or its symptoms(1, 23, 24, 37, 39, 41-44). However, the only systematic review of this subject was limited to the use of contraceptives that included drospirenone(31). Although this progesterone is one of the latest products to have been developed, its costs are still high for the low and middle income countries, and the proportion of women using this substance is still low.

If other contraceptives exist that are capable of relieving PMS-related discomfort, this would provide access to treatments that have few side effects, whose positive effects are known, and which are well tolerated by the majority of women. Such treatments could be provided, in the context of women's health outpatient care, as a simpler alternative to antidepressants (selective serotonin reuptake inhibitors), which are currently the drug with the best evidence of effectiveness in the treatment of severe PMS and PMDD(1, 2).

Regular use of oral contraceptives by women of reproductive age may provide relief for premenstrual symptoms and PMS. Thus, the aim of the present study was to systematically review studies measuring the effect of oral contraceptive use on premenstrual symptoms.

## Methods

For the present review we searched the Medline, Web of Science, Popline, Lilacs, and Scielo databases using the following key words: *premenstrual syndrome, treatment, contraceptive, and clinical trial* combined in the first block, and *premenstrual dysphoric disorder, treatment, contraceptive, and clinical trial* in the second. There were no restrictions as to language. Reviews articles were excluded. All references cited in the selected articles were checked in search of any relevant studies missed by the initial search.

Studies were evaluated as to their methodological quality using the score proposed by Downs and Black(45), which ranges from zero to 27 points. All articles were read by two reviewers, who independently tabulated the data and quantified quality criteria. Differences in results were resolved by joint review; any unresolved divergences were reviewed by a third person with greater research experience for arbitration.

We included only articles that described randomized clinical trials evaluating the effect of oral contraceptive use among women with premenstrual symptoms, evaluated alone or as part of PMS or PMDD diagnoses. The primary outcome was change in manifestation of premenstrual symptoms, measured using an instrument for daily symptom recording. Exposure was defined as use of oral contraceptives including ethinylestradiol combined with different progesterone formulations. Daily

data collection in these studies was carried out using different instruments and diaries or diary cards. All results were tabulated based on what is reported by the authors (differences in proportions or in mean scores or subjective reports of improvement or worsening of symptoms).

## Results

Using as search terms *premenstrual syndrome, treatment, clinical trial, and contraceptive*, we located 63 references in Pubmed, 19 in Web of Science, and 6 in Popline. No references were found in the Lilacs or Scielo databases when using these terms in either English or Portuguese. Using as search terms *premenstrual dysphoric disorder, treatment, clinical trial, and contraceptive*, we located 8 references in PubMed, 11 in Web of Science, and 1 in Popline. Twenty-five references were selected based on the abstracts for full evaluation. Of these, 12 studies had non-controlled designs, and were therefore excluded from evaluation(41, 44, 46-55). Another two studies were published in the 1970s and were not included in this review because the progestogens evaluated are no longer available for use(37, 39). Finally one further study was excluded due to having been carried out in the same population and by the same author as another study included in the analysis(56). We thus included in the review 10 studies with control groups that were evaluated in terms of methodological quality. Similar scores were attributed by the two researchers that evaluated the studies. Scores ranged from 14 to 24, with a mean score of 18.3 points.

All studies were randomized, and progestogens evaluated included drospirenone, levonorgestrel, desogestrel, gestodene, and norethindrone (Table 1). Contraceptives were compared to placebos in four studies; in the other six,

comparisons were made between two different progestogens or between two or more forms of a single progestogen. A single study compared contraceptives with another substance in two different doses. Desogestrel was evaluated in five studies, while levonorgestrel was evaluated in three. Drosipренone was the only substance compared to other progestogens (three studies) and also to placebo (three studies), while a single study compared norethindrone with a placebo. The studies showed improvement of symptoms when any of these substances was used (Box 1). However, significant differences were found in eight studies, three of which showed improvements with use of drosipренone when compared to desogestrel or levonorgestrel. Desogestrel was found to be superior to levonorgestrel in the earlier study (1992) and similar to the latter in the more recent study (2004). When desogestrel was compared to gestodene, both progestogens showed improvement in symptoms. Duration of follow-up ranged from three to 26 cycles. Three studies followed subjects for three cycles, and four studies for six cycles. The two studies with longest follow-up evaluated subjects for 13 and 26 cycles. The studies evaluating the largest samples were also those with longest follow-up periods, lasting for at least six months. Subject age ranged from 18 to 45 years, with some studies establishing an upper age limit one cutoff point lower for smokers. Most analyses were reported as being by intent to treat.

### Discussion

The results of the comparisons carried out in the 10 studies identified by the present review provide evidence of improvement of premenstrual symptoms with the use of oral contraceptives. This effect was seen both in studies in which patients were aware of receiving contraceptives and in blinded studies.

An important limitation was in the sample size, with most studies being of small size and having short follow-up periods (three to six cycles). However the oral contraceptives were different in both dose and formulation, its possible to draw an overall conclusion that the progestogens studied may improve the symptoms perception, but not allow assessing this effect in a meta-analyze.

The quality score for randomized clinical trials showed that the studies reviewed had provided barely descriptions about randomization process or of duration of participation. Even the most of studies had related the assessment by intent-to-treat, the ways of analyzes were modify by the authors. The major difficulty in comparing the studies was the divergence in outcome evaluation, with different instruments being used for defining the symptoms and comparing how much they had improved.

An important characteristic of oral contraceptive use is anovulation, an effect common to all contraceptives included in this review. The substance most frequently studied was drospirenone, one of the latest progesterone to be included in oral contraceptives. This substance, in addition to acting as a contraceptive, has also been approved by the United States Food and Drug Administration for treatment of PMDD symptoms(57), which had previously been treated mainly with antidepressants acting on serotonin reuptake. There is a recently published review about oral contraceptives containing drospirenone showing that pill may treat premenstrual symptoms in women with PMDD(31). A comprehensive review was carried out including all oral contraceptives related with premenstrual symptoms, so the papers in the former review were also included in the present study. A limiting factor with regards to public health is the difficulty in prescribing high-cost

contraceptives, which are not accessible to low-income women. In this study were included cheaper contraceptives because they are simpler pill option.

Given the other, non-contraceptive effects of oral contraceptives, a further possibility would be to indicate such drugs for reducing body weight(32, 58) and improving acne(55), dysmenorrhea(34), and premenstrual symptoms(36). Such indications may help increase adherence to contraceptives, as well as improve the acceptance of long-term use.

A potential limitation of review articles is the possibility of publication bias(59), i.e., the preference that overloaded journals give to publishing studies of higher methodological quality, with larger samples, and which have detected positive effects. This may provide an explanation for our failure to detect any articles reporting unfavorable results with regard to contraceptive use on the different outcomes studied. It is worth noting that, among the studies reviewed, eight were financed by pharmaceutical companies, one by a governmental agency, and one did not disclose its financial source. In the present review, we included also studies with smaller samples and of poor methodological quality; however the majority of the studies included found positive effects. We cannot, nevertheless, discard the possibility of publication bias.

A movement was initiated among researchers in 2004 requesting that all experimental studies be registered, and that only those registered prior to beginning recruitment being eligible for publication. Such registration is based on ethical and scientific principles, and should be made available in electronic databases with free access and easily monitored by any interested party, in an attempt to reduce publication bias(60). In this review, only six registries were found using the search terms 'premenstrual syndrome' and 'contraceptive' in one website(61), but haven't

anyone study published until the search for this paper. The most recently studies included in this review were published in 2005, so we may not know if it has been followed by researchers.

Considering the results of the studies included in the present review regarding the use of contraceptives in relieving premenstrual symptoms, we can conclude that the different formulations of oral contraceptives tested were able to improve the premenstrual symptoms they proposed to evaluate. However, there is a lack of studies with better methodological quality and which follow-up patients for longer periods, so that one may reach adequate conclusions regarding the potential effect of these drugs in relieving premenstrual symptoms.

**Box 1. Results of comparative studies between different formulations of progesterone in oral contraceptives or comparison with placebo**

Substance	Comparison	Results	p-value
Norethindrone	Placebo	Reduction in mastalgia and swelling with norethindrone	0.03
		No beneficial effect on mood when compared to placebo	NS*
		Contraceptive use led to decreased libido	NS*
Desogestrel	Gestodene	Marked reduction in mastalgia, nausea, and cephalaea in both groups	NS*
Desogestrel	Levonorgestrel	Desogestrel showed less change in mood than both forms of levonorgestrel	0.001 0.006
		Less frequent physical complaints than with triphasic levonorgestrel	0.001
	Monophasic Levonorgestrel; Triphasic Levonorgestrel	Premenstrual syndrome decreased similarly with both contraceptives	NS*
		Desogestrel showed less change in mood than both forms of levonorgestrel	0.001 0.006
Drospirenone	Levonorgestrel	Less frequent physical complaints than with triphasic levonorgestrel	0.001
		Drospirenone showed lower prevalence of symptoms than levonorgestrel: lower score for negative effect and less weight gain	0.035 0.022
	Desogestrel	Greater reduction in body weight with drospirenone, although a lesser reduction was also seen with desogestrel	0.0072
		Increased mean body weight with desogestrel and reduced mean weight with drospirenone	<0.001
		Higher incidence of premenstrual symptoms with desogestrel	NS*
	Placebo	Drospirenone: reduction in symptom scores compared to placebo, also better response in global clinical scale	<0.001 0.009
		Drospirenone: reduction in total DRSP score, mood symptom score, physical symptoms, and behavioral symptoms	<0.001 0.003 <0.001 <0.001
		Greater improvement in total symptom score, but without statistical significance	0.32
		Improvement in factor grouping symptoms of appetite, acne and food craving	0.03

NS: results did not reach statistical significance, but p-values were not reported by authors.

Box 2. Results of selected review articles

Year, author Country <i>A comparative study of monophasic oral contraceptives containing either drospirenone 3 mg or levonorgestrel 150 mg on premenstrual symptoms</i>	Allocation Non-blinded, Randomized, Comparative between 2 OC	Subjects, age 104 women, 18-35 years, sought OC for contraception, (losses=5 (4.8%))	Diagnosis <u>Premenstrual symptoms</u> , evaluated using WHAQ at baseline and 6 months	Intervention, duration 50 women: drospirenone 6 cycles	Control group 49 women: levonorgestrel	Results Baseline symptoms: drospirenone: 58% and levonorgestrel:59.2% After 6 months: Drospirenone: 32% and levonorgestrel: 61.2% (p=0.005) Drospirenone decreased negative mood and weight gain after 6 cycles	Downs & Black 18
2005, Pearlstein USA <i>Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation</i>	Double-blinded Randomized, Placebo-controlled, Crossover Financed by Berlex laboratories	64 randomized women, 18-40 years, recruited through adds or referred (losses=39 (60.9%))  In 14 women in 1 <sup>st</sup> group and 11 in 2 <sup>nd</sup> group completed the study	TDPM based on DSM IV, daily entries in DRSP, PMTS-O, and PMTS-SR; Q-LES-Q (quality of life); CGI-I	34, drospirenone >placebo  2 cycles for qualification cycles, 3 for treatment, followed by 1 of washout and another 3 of treatment (or placebo)	30, placebo> drospirenone	Reduction in DRSP score: -12.47 (95%IC -18.28; -6.66) during use of drospirenone (p <0.001), positive response in CGI scale: 61.7% for drospirenone, 31.8% for placebo (p=0.009)	23
2005, Yonkers USA <i>Efficacy of a New Low-Dose Oral Contraceptive With Drospirenone in Premenstrual Dysphoric Disorder</i>	Double-blinded, Multicenter, Randomized,	449 women aged 18-40 years, Recruited in 64 centers in USA (losses=122 (27.2%))	TDPM based on DSM IV, daily entries in DRSP, Secondary: PTS-O and PTS-S, EQLESQ and CGI-I	231 drospirenone  2 cycles of qualification plus 3 of treatment	218 placebo	Reduction in total score (DRSP): -7.5 (-11.2 to -3.8), p<0.001; Mood score: -3.9 (- 5.84 to -2.01), p=0.003; Physical score: -2.1(-3.3 to - 0.95), p<0.001; Behavior score: 1.5 (-2.25 to -0.73), p<0.001; Response: RR 1.7 (1.1 to 2.6), p=0.015,	24
2004, Winkler Germany and Netherlands <i>Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 _g ethynodiol</i>	Non-blinded (open), Multicenter, Randomized, Comparative between 2 OC	1027 women, aged 18-45 years, in 50 centers in Germany and Netherlands (losses=239 (23.3%), 113 (21.9%) in desogestrel group and 126 (24.7%) in levonorgestrel group)	PMS evaluated using diary cards, PGWBI, POMS	517 women desogestrel (404), 6 cycles: baseline, 1, 3 and 6 months	510 women levonorgestrel (384)	SPM in baseline: 43.8% in desogestrel, 3.5% severe; 39.2% in levonorgestrel, 3.8% severe; PMS down in both groups, NS; similar tolerability and quality of life, NS	18

Box 2. Results of selected review articles (continuation)

Year, author USA	Allocation	Subjects, age	Diagnosis	Intervention, duration	Control group	Results	Downs & Black
2001, Freeman <i>Evaluation of a Unique Oral Contraceptive in the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder</i>	Double-blinded, Multicenter, Randomized, Placebo-controlled	82 mulheres with PMDD, 18-40 years, Recruited through adds and clinics (losses=33 women, 21(50%) in drospirenone and 12 (30%) in placebo)	DSM IV for TDPM, COPE, evaluating 22 mild to severe symptoms (0 to 3), during 2 cycles, BDI, PMS	42 women received drospirenone for 3 cycles,	40 women received placebo for 3 months,	Improved total score in drospirenone group, but NS (p=0.32), Improvement in factor 3 (appetite, acne and food craving), p=0.03 BDI and POMS with better results in the drospirenone group, but NS	18
2000, Foidart <i>A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monophasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel</i>	Multicenter, Non-blinded, Randomized,	900 randomized women, 18-35 years (30 years for smokers), 887 began treatment, 627 completed 26 cycles (310 drospirenone and 317 desogestrel) (losses=260 (29.3%))	Premenstrual symptoms	Drospirenone, 26 ciclos, plus 3 cycles of follow-up	desogestrel	Increased weight with desogestrel and slight reduction in weight with drospirenone, cycles 1-13 p=0.0001 and cycles 14-26 p=0.0009 Premenstrual symptoms: Drospirenone: pre-treatment: 17.2% and post treatment: 18% Desogestrel: pre-treatment: 15.3% and post treatment 20%, but NS	16
2000, Huber <i>Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethynodiol and drospirenone</i>	Randomized, Multicenter, Non-blinded	2069 women, 18-35 years (30 years for smokers), 4:1 proportion (drospirenone / desogestrel); 1657 completed (losses=412 (19.9%))	Daily records, mainly concerned with bleeding Symptom: body weight	Drospirenone, 13 cycles and follow-up (23,000 total cycles evaluated)	desogestrel	Reduction in weight at end of study: -0.46Kg, with drospirenone and -0.19Kg with desogestrel, p<0.0072	14
1998, Serfaty <i>A comparison of the cycle control and tolerability of two ultra low-dose oral contraceptives containing 20 mcg ethynodiol and/or 150mcg desogestrel or 75 mcg gestodene</i>	Randomized, Multicenter,	1016 women, 18-45 years, 509 desogestrel and 507 gestodene (losses=182 (17.9%), 85 in desogestrel and 97 in gestodene group)	Diary card, women were asked about dysmenorrhea and PMS during evaluation	Desogestrel, 6 cycles	gestodene, 6 cycles	Prevalence of PMS Desogestrel: Pre-treatment: 20.3% Post-treatment: 12.1% Gestodene: Pre-treatment: 25.7%, but NS; Marked reduction in mastalgia, nausea and cephalgia	15

Box 2. Results of selected review articles (continuation)

Year, author	Allocation	Subjects, age	Diagnosis	Intervention, duration	Control group	Results	Downs & Black
1992, Graham Canada <i>A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive</i>	Double blinded, Randomized	82 women, 18-35 years, moderate to severe premenstrual symptoms (losses=38 (46.3%))	DRF, 95 items <u>Premenstrual symptoms</u>	Triphasic, 3 months, norethindrone, 0.5 mg (1-7), 1.0 mg (8-16) and 0.5 mg (17-21)	Placebo, 3 months	Less mammary pain ( $p<0.05$ ) and edema ( $p<0.01$ ) in norethindrone group; No effect on mood	20
1992, Backstrom Sweden <i>Oral contraceptives in premenstrual syndrome: a randomized comparison of triphasic and monophasic preparations</i>	Randomized, Single-blinded (physician), Crossover	37 women, 20-40 years, with cyclic mood changes (losses=5 (13.5%))	Daily record, visual scale, <u>PMS</u>	Monophasic desogestrel 1 cycle prior to treatment, 4 cycles treatment, 2x2	Monophasic levonorgestrel and triphasic levonorgestrel	For all CO: improvement in symptoms between baseline and post-treatment; desogestrel better than monophasic levonorgestrel for negative mood ( $p=0.001$ ), physical symptoms ( $p=0.037$ ), and sexuality ( $p=0.007$ ), better than triphasic levonorgestrel for positive mood ( $p=0.043$ ), negative mood ( $p=0.006$ ), and worse for physical symptoms ( $p=0.001$ )	16

COPE: Calendar of premenstrual experiences; MDQ: Mood Distress Questionnaire; PGWBI: Psychological General Well-Being Index; DRF: Daily Rating Form; PMS:

Premenstrual Syndrome;, BDI: Beck Depression Inventory; PMDD: Premenstrual Dysphoric Disorder; DSM IV: Diagnostics and Statistical Manual of Mental disorders 4th ed.;

WHAQ: Women's Health Assessment Questionnaire, subgroup of MDQ; PGWBI: Psychological General Well-Being Index; POMS: Profile of Mood State; PTS-O and PTS-S:

Premenstrual Tension Syndrome (Observer, Self-rating; EQLESQ: Endicott Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire; CGII: Clinical Global Impression-Improvement; EE = ethynodiolide).

References:

1. Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008;371(9619):1200-10.
2. Rapkin A. A review of treatment of premenstrual syndrome & premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:39-53.
3. Thys-Jacobs S, Starkey P, Bernstein D, Tian J. Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: Effects on premenstrual and menstrual symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1998;179(2):444-452.
4. Douglas S. Premenstrual syndrome. Evidence-based treatment in family practice. *Can Fam Physician* 2002;48:1789-97.
5. Fugh-Berman A, Kronenberg F. Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reprod Toxicol* 2003;17(2):137-52.
6. Bendich A. The potential for dietary supplements to reduce premenstrual syndrome (PMS) symptoms. *J Am Coll Nutr* 2000;19(1):3-12.
7. Ford O, Lethaby A, Mol B, Roberts H. Progesterone for Premenstrual Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD003415.
8. Wyatt K, Dimmock P, Jones P, Obhai M, O'Brien S. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. *Bmj* 2001;323(7316):776-80.
9. Born L, Steiner M. Current management of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2001;3(6):463-9.
10. Freeman EW. Premenstrual syndrome: current perspectives on treatment and etiology. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1997;9(3):147-53.

11. Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet* 2000;356(9236):1131-6.
12. Pearlstein T, Steiner M. Non-antidepressant treatment of premenstrual syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61:22-27.
13. Rapkin AJ, Sorger SN, Winer SA. Drospirenone/ethinyl estradiol. *Drugs Today (Barc)* 2008;44(2):133-45.
14. Sveinsdottir H, Backstrom T. Menstrual cycle symptom variation in a community sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(9):757-64.
15. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med* 2002;32(1):119-32.
16. Dias-Da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AM, Olinto MT, Macedo S, Britto MA, et al. [Contraceptive methods and adequacy of hormonal oral contraceptive use in the city of Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil: 1992-1999]. *Cad Saude Publica* 2002;18(1):93-9.
17. Carreno I, Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Meneghel S. [Use of contraceptive methods by sexually active women in Sao Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saude Publica* 2006;22(5):1101-9.
18. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodrigues AL, Jr. [Characteristics of anticontraception methods used in Sao Paulo State, Brazil (correction)]. *Rev Saude Publica* 2002;36(3):263-70.

19. Vieira EM. [Female sterilization among low income women in a metropolitan region of southeastern Brazil and factors related to its prevalence.]. Rev Saude Publica 1994;28(6):440-8.
20. Svare EI, Kjaer SK, Poll P, Bock JE. Determinants for contraceptive use in young, single, Danish women from the general population. Contraception 1997;55(5):287-94.
21. Tountas Y, Dimitrakaki C, Antoniou A, Boulamatsis D, Creatsas G. Attitudes and behavior towards contraception among Greek women during reproductive age: a country-wide survey. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004;116(2):190-5.
22. Jones RK, Darroch JE, Henshaw SK. Contraceptive use among U.S. women having abortions in 2000-2001. Perspect Sex Reprod Health 2002;34(6):294-303.
23. Rapkin AJ, Winer SA. The pharmacologic management of premenstrual dysphoric disorder. Expert Opin Pharmacother 2008;9(3):429-45.
24. Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S. Hormonal management of premenstrual syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2007.
25. Hellberg D, Claesson B, Nilsson S. Premenstrual tension: a placebo-controlled efficacy study with spironolactone and medroxyprogesterone acetate. Int J Gynaecol Obstet 1991;34(3):243-8.
26. Hahn PM, Van Vugt DA, Reid RL. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of danazol for the treatment of premenstrual syndrome. Psychoneuroendocrinology 1995;20(2):193-209.
27. West CP, Hillier H. Ovarian suppression with the gonadotrophin-releasing hormone agonist goserelin (Zoladex) in management of the premenstrual tension syndrome. Hum Reprod 1994;9(6):1058-63.

28. Legro RS, Pauli JG, Kunselman AR, Meadows JW, Kesner JS, Zaino RJ, et al. Effects of continuous versus cyclical oral contraception: a randomized controlled trial. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93(2):420-9.
29. Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int Clin Psychopharmacol* 2000;15 Suppl 3:S5-17.
30. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zucur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005;72(6):414-21.
31. Lopez LM, Kaptein A, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(1):CD006586.
32. Huber J, Foidart JM, Wuttke W, Merki-Feld GS, The HS, Gerlinger C, et al. Efficacy and tolerability of a monophasic oral contraceptive containing ethinylestradiol and drospirenone. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(1):25-34.
33. Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, Pearlstein T, Brown C, Parsey K, et al. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Womens Health Gend Based Med* 2001;10(6):561-9.
34. Serfaty D, Vree ML. A comparison of the cycle control and tolerability of two ultra low-dose oral contraceptives containing 20 micrograms ethinylestradiol and either 150 micrograms desogestrel or 75 micrograms gestodene. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998;3(4):179-89.
35. Winkler UH, Ferguson H, Mulders JA. Cycle control, quality of life and acne with two low-dose oral contraceptives containing 20 microg ethinylestradiol. *Contraception* 2004;69(6):469-76.

36. Graham CA, Sherwin BB. A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive. *J Psychosom Res* 1992;36(3):257-66.
37. Cullberg J. Mood changes and menstrual symptoms with different gestagen/estrogen combinations. A double blind comparison with a placebo. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1972;236:1-86.
38. Backstrom T, Hansson-Malmstrom Y, Lindhe BA, Cavalli-Bjorkman B, Nordenstrom S. Oral contraceptives in premenstrual syndrome: a randomized comparison of triphasic and monophasic preparations. *Contraception* 1992;46(3):253-68.
39. Morris NM, Udry JR. Contraceptive pills and day-by-day feelings of well-being. *Am J Obstet Gynecol* 1972;113(6):763-5.
40. Mishell DR, Jr. Noncontraceptive benefits of oral contraceptives. *J Reprod Med* 1993;38(12 Suppl):1021-9.
41. Freeman EW. Current update of hormonal and psychotropic drug treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4(6):435-40.
42. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* 2007;130(1):4-17.
43. Rapkin AJ, Winer SA. Drosiprenone: a novel progestin. *Expert Opin Pharmacother* 2007;8(7):989-99.
44. Sanders SA, Graham CA, Bass JL, Bancroft J. A prospective study of the effects of oral contraceptives on sexuality and well-being and their relationship to discontinuation. *Contraception* 2001;64(1):51-8.

45. Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(6):377-84.
46. Taneepanichskul S, Jaisamrarn U, Phupong V. Efficacy of Yasmin in premenstrual symptoms. *Arch Gynecol Obstet* 2007;275(6):433-8.
47. Fruzzetti F, Lazzarini V, Ricci C, Quirici B, Gambacciani M, Paoletti AM, et al. Effect of an oral contraceptive containing 30 microg ethinylestradiol plus 3 mg drospirenone on body composition of young women affected by premenstrual syndrome with symptoms of water retention. *Contraception* 2007;76(3):190-4.
48. Endrikat J, Sandri M, Gerlinger C, Rubig A, Schmidt W, Fortier M. A Canadian multicentre prospective study on the effects of an oral contraceptive containing 3 mg drospirenone and 30 microg ethinyl oestradiol on somatic and psychological symptoms related to water retention and on body weight. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2007;12(3):220-8.
49. Borges LE, Andrade RP, Aldrighi JM, Guazelli C, Yazlle ME, Isaia CF, et al. Effect of a combination of ethinylestradiol 30 microg and drospirenone 3 mg on tolerance, cycle control, general well-being and fluid-related symptoms in women with premenstrual disorders requesting contraception. *Contraception* 2006;74(6):446-50.
50. Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, Sulak PJ. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(5):1311-9.
51. Brown C, Ling F, Wan J. A new monophasic oral contraceptive containing drospirenone. Effect on premenstrual symptoms. *J Reprod Med* 2002;47(1):14-22.

52. Gauthier A, Upmalis D, Dain MP. Clinical evaluation of a new triphasic oral contraceptive: norgestimate and ethinyl estradiol. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1992;156:27-32.
53. Andolsek KM. Cycle control with triphasic norgestimate and ethinyl estradiol, a new oral contraceptive agent. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1992;156:22-6.
54. Andersch B, Hahn L. Premenstrual complaints II. Influence of oral contraceptives. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981;60(6):579-83.
55. Freeman EW. Evaluation of a unique oral contraceptive (Yasmin) in the management of premenstrual dysphoric disorder. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002;7 Suppl 3:27-34; discussion 42-3.
56. Graham CA, Sherwin BB. The relationship between mood and sexuality in women using an oral contraceptive as a treatment for premenstrual symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 1993;18(4):273-81.
57. FDA. Yaz. In: US Food and Drug Administration; 2006.
58. Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM, Gerlinger C, Heithecker R. A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monophasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2000;5(2):124-34.
59. Carvalheiro J, Quental C. Registro de ensaios clínicos: a discussão internacional e os posicionamentos possíveis para o Brasil. In: RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde; 2007. p. 63-69.
60. Krleza-Jeric K, Chan AW, Dickersin K, Sim I, Grimshaw J, Gluud C. Principles for international registration of protocol information and results from human trials

- of health related interventions: Ottawa statement (part 1). *Bmj*  
2005;330(7497):956-8.
61. U.S. National Library of Medicine. clinicaltrials.gov. In: National Institutes of Health, Health & Human Services; 2008.

## 6. Artigo 3.

***Diagnóstico de síndrome pré-menstrual por registro diário e outros critérios de mensuração***

***Premenstrual syndrome diagnosis by diary record and some others measurement criteria***

**Celene Maria Longo da Silva<sup>1</sup>**

**Denise Petrucci Gigante<sup>1,2</sup>**

**Maria Alice de Oliveira Dode<sup>1</sup>**

1. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. <http://www.epidemio-ufpel.org.br>
2. Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas

Endereço para correspondência: Celene Maria Longo da Silva

Rua Marechal Deodoro, 1160 3º piso. CEP: 96020-220, Pelotas, RS.

Fone / fax: 053 32841300

Correio eletrônico: [celene.longo@terra.com.br](mailto:celene.longo@terra.com.br)

Este estudo contou com o apoio financeiro da FAPERGS (Processo n.º 05/2347.0 - PROADE III), CAPES e CNPq, através de bolsas de iniciação científica, apoio técnico e doutorado.

Artigo baseado na tese “Síndrome Pré-menstrual em mulheres jovens” apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, UFPel, em novembro de 2008.

O artigo será enviado para a Revista de Saúde Pública, São Paulo.

Título abreviado: SPM por registro diário e outros critérios diagnósticos

## Objetivo

Validar um questionário retrospectivo de sintomas pré-menstruais comparando com o diagnóstico da SPM obtido pelo registro diário dos mesmos sintomas.

## Métodos

Mulheres jovens foram entrevistadas em seus domicílios quando 22 sintomas pré-menstruais e a auto-percepção da SPM foram questionados. Na mesma visita, essas mulheres foram orientadas para o preenchimento do registro diário desses sintomas por dois ciclos menstruais, nas semanas anteriores e posteriores à menstruação. Critérios de validação foram utilizados para comparar a SPM auto-referida ou obtida do questionário retrospectivo com escore construído a partir do registro diário. Foram consideradas com SPM pelo escore as mulheres que somaram 44 pontos e sintomas 30% mais altos no período pré-menstrual. No diagnóstico de SPM pelo questionário utilizaram-se todos os sintomas e uma versão reduzida com apenas quatro sintomas emocionais.

## Resultados

Foram entrevistadas 375 mulheres, dessas, 235 (73,8%) completaram o registro diário por quatro semanas. A prevalência de auto-percepção de SPM foi 62,8% e com o padrão ouro foi 37,9%. Os valores de sensibilidade variaram desde 21,3% até 98,9%. O diagnóstico de SPM com questionário retrospectivo mostrou desempenho fraco nos testes de validação, seja com quatro sintomas emocionais ou com todos os sintomas juntos. Mulheres com mais alto grau de escolaridade apresentaram prevalência, sensibilidade e acurácia mais altas para a maior parte das formas de SPM comparada com o padrão ouro. Para rastreamento, os melhores parâmetros de sensibilidade e acurácia foram obtidos pela SPM nas formas moderadas e pela auto-referida, embora com valores preditivos positivos baixos.

## Conclusões

A proposta de validar quatro sintomas não mostrou melhores resultados que o questionário com todos os sintomas, quando comparados ao registro diário (padrão ouro). A SPM auto-referida pode ser uma alternativa rápida e prática no início da investigação diagnóstica, pois atende aos critérios de rastreamento.

Descritores: Síndrome pré-menstrual. Sensibilidade e especificidade. Estudos epidemiológicos. Questionários.

### Purpose

To validate a retrospective questionnaire of premenstrual symptoms compared to the diagnosis of PMS obtained by a daily record of the same symptoms.

### Methods

Young women were interviewed in their homes when 22 premenstrual symptoms and self-perception of PMS were asked. On the same visit, the women were instructed to complete registration of these symptoms daily for two menstrual cycles, in the weeks before and after the menstrual period. PMS was considered by the score in women who had summed 44 points in the symptoms of the daily record and if it was 30% higher in the premenstrual than the postmenstrual period. Validation criteria were used to compare the self-reported PMS or obtained from the questionnaire with the score built from the daily record, considered as gold standard. All the symptoms and a reduced version with only four emotional symptoms obtained from the questionnaire were also used in the definition of the PMS.

### Results

375 women were interviewed, of which 235 (73.8%) completed the daily record for four weeks. The prevalence of self-perception of PMS was 62.8% and the daily record was 37.9%. The values of sensitivity ranged from 21.3% to 98.9%. The diagnosis of PMS with retrospective questionnaire showed poor performance on the validation tests, either with four emotional symptoms or all of the symptoms together. Women in the highest level of schooling showed higher prevalence, sensitivity and accuracy for most forms of PMS compared to the gold standard. For screening, the best parameters of sensitivity and accuracy were obtained by moderate and self-reported PMS, however positive predictive values were low.

### Conclusions

The results from the questionnaire with four and all symptoms were similar, when compared to the gold standard. The self-reported PMS can be a simple, fast, and practical method to screening.

**Keywords:** Premenstrual syndrome. Sensitivity and specificity. Epidemiological studies. Questionnaire.

## Introdução

A síndrome pré-menstrual (SPM) é caracterizada por um grupo de sintomas que ocorrem na segunda fase do ciclo menstrual, em geral acompanhados de dificuldades no convívio com outras pessoas ou na realização de tarefas rotineiras<sup>2</sup>,<sup>5</sup>. Para completar o diagnóstico se faz necessária a percepção de alívio desses sintomas nos dias seguintes ao início do período menstrual<sup>22</sup>.

Como não existe um exame laboratorial para o diagnóstico de SPM, a confirmação clínica é feita através de registro diário dos sintomas por pelo menos dois ciclos menstruais<sup>5, 11</sup>. Embora exista consenso entre os autores de que o registro diário é o padrão ouro para o diagnóstico de SPM<sup>3, 4, 17, 18, 22</sup> e que a anotação diária é a forma mais precisa para avaliar a intensidade dos sintomas ao longo dos ciclos menstruais, a aplicação desse instrumento, bem como a definição diagnóstica a partir do registro não estão padronizadas<sup>21</sup>. O número de sintomas e sua intensidade também são variáveis de um estudo para outro<sup>1, 3, 5, 16</sup>. A aplicação do registro diário é onerosa, necessita de tempo relativamente longo (pelo menos dois ciclos menstruais), além de ser de difícil adesão, dificultando sua utilização em estudos de base populacional.

A possibilidade de diagnosticar a SPM através de quatro sintomas (braba ou irritada, ansiosa ou tensa, chorando fácil, deprimida<sup>13</sup>), em uma única visita, comparando com o registro diário pode ser útil tanto em estudos epidemiológicos como na prática clínica.

Neste artigo pretende-se aplicar testes de acurácia para comparar a utilização de um questionário retrospectivo com o registro diário por dois ciclos menstruais em uma amostra de mulheres jovens.

## Métodos

Esse estudo foi realizado com cerca de um quarto das mulheres da coorte de Pelotas que está sendo acompanhado desde seu nascimento, em 1982, e incluído em sub-amostras de outros acompanhamentos<sup>6, 7, 19, 20</sup>. No período de maio a novembro de 2007, quando essas mulheres estavam com 24-25 anos de idade, foram localizadas para aplicação de um questionário sobre saúde incluindo informações retrospectivas e prospectivas de sintomas freqüentes no período menstrual. O trabalho de campo consistiu em entrevistas domiciliares seguidas da

aplicação do registro diário dos sintomas em dois ciclos menstruais durante quatro semanas não consecutivas, estabelecidas conforme o período menstrual de cada uma das entrevistadas.

Considerando que a aplicação do instrumento durante todo o mês mostrou baixa adesão por um grupo de mulheres que participaram de um estudo piloto, optou-se pela aplicação do registro semanal prévio e posterior à menstruação em cada um dos dois ciclos.

Existem diversos métodos para diagnosticar SPM<sup>5, 12, 17</sup>. Nesse estudo, a SPM foi avaliada em quatro maneiras: SPM auto-referida; um questionário retrospectivo com 22 itens; uma versão reduzida com quatro principais sintomas emocionais; e o registro diário prospectivo (Quadros 1 e 2).

A SPM foi auto-referida quando as entrevistadas respondiam ‘sim’ ou ‘não’ para a pergunta: ‘tu achas que tem TPM ou síndrome pré-menstrual?’. Para o questionário retrospectivo havia a referência se os sintomas tinham ocorrido ‘alguns dias antes da menstruação nos últimos três meses’ em quatro diferentes intensidades (bastante, mais ou menos, um pouco ou nada, pontuadas de 3 até 0, respectivamente). Para quem respondeu de forma afirmativa a qualquer um dos 22 sintomas, foi questionado se “atrapalhava no convívio com outras pessoas”, sendo as alternativas de intensidades as mesmas acima citadas.

A partir do questionário retrospectivo, SPM foi classificada como leve, moderada ou intensa tanto para todos os sintomas, como para os quatro emocionais. No questionário completo, SPM leve foi definida quando as mulheres referiram pelo menos cinco sintomas, em qualquer intensidade. Na moderada quando os cinco sintomas eram referidos como mais ou menos ou bastante e na severa somente foram incluídas as mulheres que referiram os sintomas mais intensos. No relato dos quatro sintomas foi considerado SPM leve quem apresentou pelo menos um deles, moderada para aquelas mulheres que, de acordo com a intensidade desses sintomas, somaram 8 a 12 pontos e severa para as que referiram somente os sintomas na forma mais intensa (12 pontos). Além das questões sobre sintomas físicos e emocionais, diversas outras questões sobre saúde, comportamento e características socioeconômicas foram perguntadas. Entre elas, o número de anos de estudo foi coletado. Em análise estratificada utilizou-se 11 anos de estudo como ponto de corte, dividindo essas mulheres entre as que

concluíram o ensino médio e pararam de estudar e aquelas que foram além do ensino médio (12 anos ou mais).

Ao final da visita em que foi aplicado o questionário com os 22 sintomas, as entrevistadas foram orientadas sobre o preenchimento do registro diário. Esse registro foi avaliado por sete dias consecutivos e em dois ciclos menstruais, totalizando quatro semanas, duas no período pré e duas no pós-menstrual. A presença e a intensidade dos 22 sintomas eram preenchidas no final de cada dia do período avaliado, de forma prospectiva. A época do ciclo para a coleta dessas informações iniciava sete dias antes da próxima menstruação (período pré-menstrual), e a partir do quinto dia após o início da menstruação (período pós-menstrual). A identificação do ciclo menstrual foi realizada com as informações coletadas na entrevista inicial e a partir desses dados, as entrevistadas recebiam o registro no domicílio com os dias do mês e da semana previamente preenchidos. A regularidade do ciclo menstrual foi confirmada ao longo do estudo, em cada um das visitas de coleta dos registros.

Os registros diários foram utilizados na construção da variável SPM considerada como padrão-ouro na comparação com os critérios anteriormente descritos. No registro diário, a intensidade de cada um dos sintomas, em cada um dos dias avaliados foi somada para a construção de um escore contínuo tanto no período pré como no pós-menstrual. A somatória dos pontos dos sintomas no período pré-menstrual foi avaliada quanto à redução no período pós-menstrual. De acordo com o que tem sido utilizado em outros estudos<sup>10, 14, 15</sup> foi considerado escore positivo quando os sintomas foram pelo menos 30% mais elevados no período pré comparado ao pós-menstrual.

Os dados foram digitados duas vezes em bancos de dados construídos com o programa Epi Info 6.04, permitindo a comparação dos arquivos e correção de eventuais falhas de digitação. As análises foram realizadas com o Software Stata 9.2. As análises foram apresentadas utilizando tabulações simples, teste de qui-quadrado para as proporções e summarização dos dados contínuos, em que são descritos os percentis 25, 50 e 75, além da média, desvio padrão e coeficiente de assimetria. A sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia foram calculados através das tabelas de contingências entre os desfechos. Com objetivo de definir o melhor ponto de corte para o padrão ouro, testes de validade foram utilizados para avaliar as diferentes pontuações do escore obtido pelo registro diário

no período pré-menstrual comparando com a SPM auto-referida que, nesse primeiro momento, foi considerada como padrão ouro para rastreamento. A partir da curva ROC (*receiver operator characteristic*) e dos melhores valores de validade nessa comparação, o ponto de corte do escore a partir do registro diário foi definido e todos os demais critérios diagnósticos anteriormente citados, incluindo a SPM auto-referida, foram comparados a este último padrão ouro. Testes de validade estratificados por anos de escolaridade das entrevistadas foram também realizados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Consentimento por escrito foi obtido de todas as participantes que estavam cientes e esclarecidas sobre o estudo.

## Resultados

De 462 mulheres da coorte de 1982 que participaram das sub-amostras estudadas na adolescência, 375 mulheres foram entrevistadas em 2007. Das perdas, 53 estavam residindo fora da cidade, 9 recusaram-se a participar, 16 não foram encontradas no domicílio após diversas tentativas de realização da entrevista e 9 não foram encontradas nos endereços anteriores. Das entrevistadas, 18 estavam grávidas e 357 responderam ao questionário retrospectivo sobre sintomas nos três últimos períodos pré-menstruais. Após essa entrevista inicial, outras 34 mulheres foram também excluídas por não atenderem ao critério de inclusão (15 estavam amamentando e 19 com ciclos menstruais irregulares).

O registro diário dos sintomas foi entregue para as 323 mulheres entrevistadas em 2007 e elegíveis para o preenchimento do mesmo. Entre as elegíveis, 312 o preencheram pelo menos por uma semana, enquanto as demais não conseguiram preencher qualquer registro. Das 312 que preencheram pelo menos um, 235 (representando 73,8% das mulheres entrevistadas e elegíveis) forneceram informações sobre duas semanas no período pré-menstrual e duas após a menstruação, com registros diários válidos.

A Tabela 1 descreve a pontuação obtida para o somatório dos sintomas incluídos no registro diário. Em relação aos sintomas pré-menstruais observa-se uma variação entre 0 e 663 pontos, sendo que metade das mulheres que preencheram o registro diário atingiu 77 pontos. Para os sintomas pós-menstruais, a amplitude e a mediana foram, respectivamente, 464 e 57 pontos. Ambas as distribuições foram assimétricas, com longa cauda à direita (Tabela 1).

A soma dos quatro principais sintomas apresentou amplitude de 119 no período pré-menstrual e de 114 após a menstruação. Da mesma forma que para o total de sintomas, ao avaliar a distribuição em apenas 4 sintomas emocionais também se observa assimetria (Tabela 1).

A auto-percepção de SPM foi referida por 62,8% das entrevistadas. No somatório de todos os sintomas do registro diário durante os dois períodos pré-menstruais em relação à SPM auto-referida, pela simples observação através da área sob a curva ROC (Figura 1) não é possível visualizar um ponto de corte ideal. Na Tabela 2, estimando valores de sensibilidade, especificidade e acurácia, observa-se que somar 44 pontos no período pré-menstrual alcançou os melhores resultados para esses parâmetros. Embora quase um quinto das mulheres com SPM não está sendo identificado e cerca da metade daquelas incluídas podem não apresentar o diagnóstico, o acerto no diagnóstico ocorreu em 70% com esse ponto de corte.

Para os sintomas utilizados na construção do escore, o somatório de 44 pontos no período pré-menstrual foi alcançado por dois terços das mulheres que preencheram o registro diário (70,2%). Nos registros preenchidos após a menstruação, 57,5% das mulheres somaram 44 pontos. Comparando as diferenças dos períodos pré e pós-menstruais, 115 mulheres (representando 49,8% das que preencheram os quatro registros diários) apresentaram uma pontuação 30% maior no período pré-menstrual do que após a menstruação. Ao associar as mulheres com pelo menos 44 pontos pré-menstruais e uma razão de 1,3 vezes sintomas mais intensos nesse período que no pós-menstrual, 89 mulheres (37,9%) foram classificadas com SPM de acordo com o padrão ouro, ou seja, o escore construído a partir dos 22 sintomas do registro diário (Tabela 3).

A comparação dos outros critérios de definição de SPM com o padrão ouro mostra parâmetros de validade bastante distintos (Tabela 3). Observa-se que os valores de sensibilidade variaram desde 21,3% até 98,9% nos critérios construídos com informações do questionário retrospectivo. Pode-se observar maior sensibilidade nas formas leve, seja considerando todos os sintomas ou apenas os emocionais, e maior especificidade nas formas severas. Enquanto os valores de acurácia e preditivo positivo apresentaram pior desempenho nas formas leves, esses critérios foram melhores para o valor preditivo negativo.

Analisando conjuntamente os parâmetros para os diferentes critérios diagnósticos observa-se que tanto a SPM auto-referida quanto a forma moderada

em quatro sintomas apresentaram boa sensibilidade e capacidade de acerto do diagnóstico em mais de 50% dos casos (Tabela 3).

Entre as mulheres que participaram do estudo, 160 (42,7%) estavam com 12 ou mais anos de escolaridade, e 47 delas preencheram os critérios de SPM pelo registro diário. A prevalência de SPM pelo registro diário nas mulheres com até 12 anos de escolaridade foi 33,1%, enquanto que nas com 12 anos ou mais de estudo foi 43,5%, mas sem diferença estatística ( $p=0,10$ ). A Tabela 4 mostra os resultados dos testes de validade das diversas formas retrospectivas de diagnóstico da SPM com o registro diário, quando estratificados por escolaridade. O que pode ser observado é que as prevalências de resultados alterados foram mais elevadas para aquelas entrevistadas com 12 ou mais anos de estudo em quase todas as categorias, sendo mais baixa apenas para SPM severa avaliada com todos os sintomas. A mais alta capacidade de identificar os sintomas, de acertar o diagnóstico e realmente apresentar SPM entre aquelas com resultado positivo foram demonstrados pelas mulheres com mais alta escolaridade, sendo exceção apenas para as formas mais severas da SPM.

## Discussão

Esse estudo avaliou o registro diário aplicado por dois ciclos menstruais em mulheres com 25 anos, comparando esses resultados com informações retrospectivas coletadas em um único momento com as mesmas mulheres. Estudos avaliando sintomas pré-menstruais utilizando registro diário são de difícil execução, seja pelo elevado custo de pessoal ou pelo tempo necessário na argumentação e convencimento para que as entrevistadas mantenham o preenchimento dos registros pelo período necessário para a completa coleta dos dados<sup>8, 11, 21</sup>. Apesar dessas dificuldades, foi possível a realização do presente estudo em uma amostra incluindo mulheres jovens nascidas no mesmo ano e representando diferentes níveis socioeconômicos e educacionais em uma cidade de porte médio no sul do Brasil.

Considerando que a aplicação do registro diário vem sendo recomendada durante todos os dias do mês, conforme as referências consultadas<sup>5, 21</sup>, uma possível limitação na interpretação dos resultados do presente estudo poderia estar relacionada à modificação que se mostrou necessária para garantir a adesão das entrevistadas ao registro diário. A apresentação de registros semanais mostrou-se mais factível no estudo piloto, principalmente por ser uma semana uma meta

próxima e aparentemente limitada, em contraste com outro formulário com 30 dias, a qual pode passar a impressão de uma meta mais difícil de ser alcançada. Outra limitação é a falta de um completo cegamento por parte das entrevistadoras e das entrevistadas, pois embora não tenham sido informadas sobre o que estava sendo avaliado com esses sintomas, estavam cientes que o interesse dos pesquisadores estava relacionado ao ciclo menstrual. Porém, considerando o grande número de dias de preenchimento, o fato de cada mulher preencher o registro em diversos momentos do ciclo menstrual e, levando em conta também, a recomendação de preenchimento ao final de cada dia, o esperado é que as informações corresponderiam àquilo que as participantes estavam verdadeiramente sentindo no momento de preenchimento do registro.

A assimetria na distribuição dos escores, tanto no total de sintomas pré como pós-menstruais, leva a pensar que algumas pessoas podem referir sintomas de forma bem mais intensa do que a média das mulheres. Isso também pode ser observado nas diferentes categorias de SPM, pois a prevalência obtida a partir do registro diário foi mais baixa que a SPM auto-referida ou mesmo para aqueles critérios que consideravam todos os sintomas avaliados em um único momento, com entrevista face a face com informação retrospectiva. Esse resultado está de acordo com outro estudo no qual os pesquisadores referem que a percepção intensa dos sintomas não se mantém quando as mulheres preenchem formulários de forma prospectiva<sup>9</sup>.

Idealmente um teste diagnóstico deveria associar alta capacidade para mostrar quem tem SPM e também para excluir quem não tem esse desfecho, o que não aconteceu com nenhum dos critérios aqui estudados. A SPM moderada utilizando todos os sintomas no questionário retrospectivo foi a que apresentou valores mais equilibrados, embora só consiga predizer cerca de dois terços das mulheres classificadas com resultados positivos. Na utilização dos quatro sintomas emocionais, a forma severa consegue excluir quase a totalidade das mulheres sem SPM pelo padrão ouro, mas inclui apenas um quinto daquelas com SPM. Já na moderada, três quartos das mulheres estão incluídos, com acurácia superior a 50%. Ambas as categorias leve, como seria esperado, possuem alta sensibilidade e baixa especificidade o que, por consequência, leva a mais baixa capacidade de acertar o diagnóstico. Deve-se destacar que o teste, nas formas leves, mostrou menor valor preditivo positivo, embora esses valores também tenham se mostrado baixos com as

outras formas de classificação. Por outro lado, a SPM auto-referida consegue identificar grande parte das mulheres com SPM, mas exclui menos da metade daquelas que não têm SPM. Uma possível aplicação clínica para essa forma de avaliação seria como rastreamento, antes de aplicar outros critérios diagnósticos, uma vez que perguntar sobre a auto-percepção da entrevistada não oferece risco, além de não apresentar custo relevante.

Enquanto as formas severas de SPM podem estar deixando de classificar pessoas com SPM (baixa sensibilidade), têm se mostrado mais específicas e com maior acurácia, ou seja, com maior capacidade de acertar a classificação em doente ou não doente. Considerando que um exame bom para rastreamento deve captar pelo menos três quartos das pessoas com a doença, os critérios que atingem essa meta são a SPM leve com todos os sintomas assim como a SPM leve e moderada diagnosticada com os quatro sintomas emocionais. Cabe destacar que entre os diferentes testes realizados, a definição de SPM moderada com quatro sintomas mostrou, ao mesmo tempo, os melhores parâmetros de sensibilidade e acurácia, embora resultados fracos para especificidade e valores preditivos.

As mulheres com melhor nível de escolaridade conseguiram identificar mais os sintomas da SPM, principalmente quando foi utilizado o critério com os quatro sintomas. Embora sem diferença estatística, os valores de prevalência indicam a mesma direção no registro diário dos sintomas. Uma possível explicação poderia ser que as mulheres com melhor nível de instrução têm mais acesso aos meios de comunicação, conhecendo mais sobre o assunto ou valorizando mais os sintomas. O efeito geracional, sugerido por outro estudo<sup>12</sup> como uma possível explicação para que as mulheres com maior escolaridade estivessem vivendo em uma época quem os sintomas estão sendo mais comentados e valorizados deve ser descartado uma vez que as entrevistadas do presente estudo nasceram no mesmo ano e estão, naturalmente, emparelhadas para a idade.

Em estudos epidemiológicos a avaliação de sintomas em um único momento otimizaria recursos e esforços da equipe de pesquisa, ao contrário do registro diário, onde são necessárias estratégias de eficácia para manter o adequado preenchimento do mesmo. No presente estudo, o registro diário dos sintomas, por dois ciclos menstruais foi comparado com a utilização de informações de questionário retrospectivo com os mesmos sintomas em um único momento para a construção de diagnóstico de SPM. A possibilidade de utilizar um questionário

reduzido, com quatro sintomas emocionais não alcançou valores de validação adequados, quando comparados ao padrão ouro. Mesmo utilizando um ponto de corte baseado no auto-relato de SPM para a construção do escore através do registro diário, essa forma de avaliação mostrou-se diferente do diagnóstico retrospectivo, seja usando todos os sintomas ou apenas os quatro emocionais.

Embora o registro diário seja recomendado como padrão ouro<sup>3, 5, 11, 17</sup>, talvez seja mais indicado para utilização em estudos clínicos que medem a intensidade dos sintomas antes dos tratamentos medicamentosos, além de permitirem o acompanhamento e evolução desses mesmos sintomas, na presença de algum medicamento ou de placebo. Para estudos populacionais, onde o interesse maior é quantificar o problema na população, o padrão ouro de diagnóstico pode não ter uma indicação adequada. Nesse caso, a SPM auto-referida pode ser uma alternativa rápida e prática de começar a investigação diagnóstica, pois atende aos critérios de rastreamento.

Nos testes de sensibilidade e especificidade dos desfechos, os melhores parâmetros de diagnóstico com o questionário retrospectivo foram obtidos para SPM moderada, porém com valores ainda distantes do padrão ouro. A proposta inicial de validar quatros sintomas em um único inquérito não se mostrou melhor que os resultados obtidos pelo questionário com todos os sintomas, quando comparados ao registro diário. Assim o registro diário deve ser recomendado naquelas situações em que se obtenha resultado positivo de um teste de rastreamento, como por exemplo, o questionário retrospectivo. Esse questionário seria uma forma mais rápida e prática de identificar pessoas em risco de ter a SPM, afastando parte daquelas que não teriam esse diagnóstico. E, finalmente, a aplicação do registro diário serviria para a identificação daquelas mulheres que necessitam ou não o tratamento da SPM.

#### Agradecimentos

A FAPERGS pelo financiamento do projeto (processo 05/2347.0 – ADE3), também ao CNPq e a CAPES pelas bolsas de doutorado, iniciação científica e apoio técnico.

**Quadro 1 Registro diário dos sintomas:** Capa do formulário que ficava no domicílio das entrevistadas

Quadro 2 Registro diário dos sintomas: página central.

<b>0</b>	Não
<b>1</b>	Um pouco
<b>2</b>	Mais ou menos
<b>3</b>	Bastante

Dia do mês						
Dia da semana	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Quantidade de menstruação						
Uso de remédio/pílula (anotar <b>SIM</b> ou <b>NÃO</b> e escrever o nome do medicamento atrás)						
<b>Sintomas emocionais</b>						
1. Braba ou irritada						
2. Ansiosa ou tensa						
3. Chorando fácil						
4. Deprimida, sentindo muita tristeza						
5. Pouco interesse (trabalho ou escola)						
6. Pouco interesse nas coisas de casa						
7. Pouca vontade de falar com amigo (s)						
8. Sem concentração, pensamentos soltos						
9. Cansada, sem energia						
10. Desejo por alguns alimentos						
11. Perda de sono						
12. Necessidade de dormir mais						
13. Sem controle nas coisas que faz						
14. Sem esperança, culpada						
15. Dificuldade para fazer as tarefas						
Outros sintomas						
22. Quais?						
<b>Sintomas físicos</b>						
16. Dor nas mamas						
17. Dor de cabeça						
18. Dor nas juntas ou músculos						
19. Sensação de inchaço						
20. Aumento de peso						
21. Cólicas						
<b>Para os sintomas que sentiste hoje, algum deles (ou mais de um) causou dificuldade em teu(s)...</b>						
A. Compromissos (trabalho ou escola)						
B. Convívio com colegas						
C. Convívio com a família						
D. Local ou momento de diversão						
E. Cuidados com as tarefas da casa						

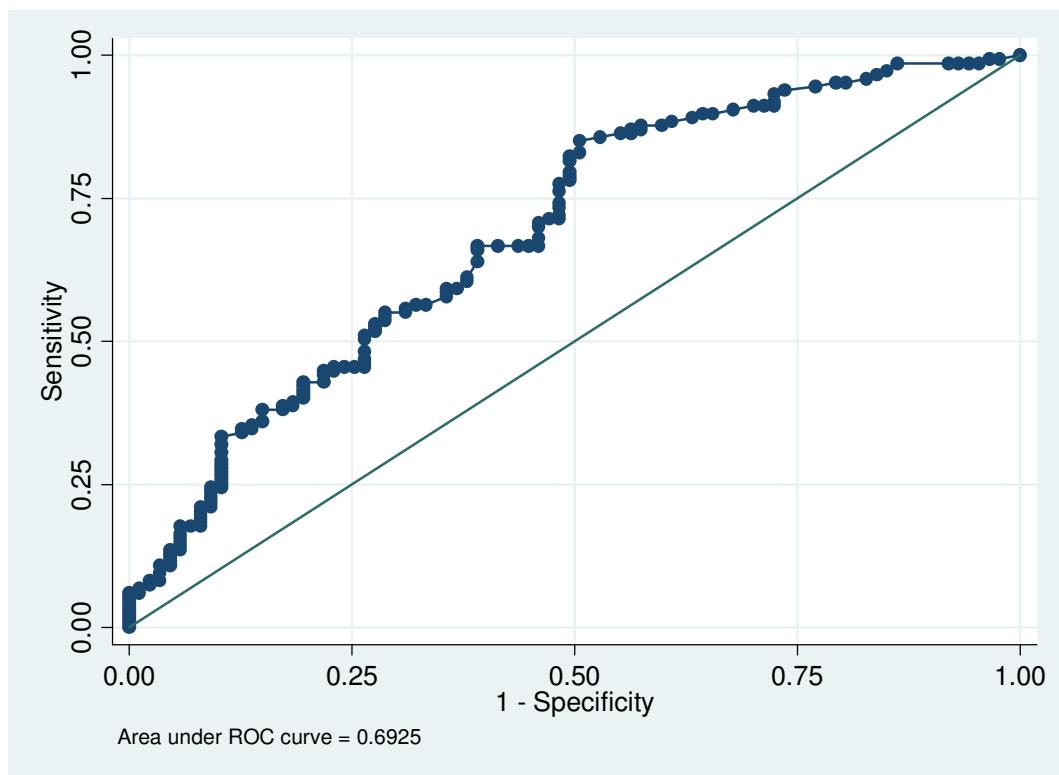


Figura 1 Curva ROC do desempenho de cada pontuação alcançada pelo escore pré-menstrual comparado com o diagnóstico da síndrome pré-menstrual auto-referida.

**Tabela 1** Sensibilidade, especificidade e acurácia conforme diferentes pontos de corte no escore de sintomas pré-menstruais comparados com diagnóstico da síndrome auto-referida.

Ponto de corte no escore	Sensibilidade %	Especificidade %	Acurácia %
23	91,2 (86,7 – 94,4)	29,9 (24,0 – 36,1)	68,4 (62,2 – 74,4)
44	83,0 (77,6 – 87,6)	49,4 (42,8 – 55,9)	70,5 (64,4 – 76,4)
66	66,7 (60,4 – 72,8)	58,6 (52,1 – 65,1)	63,7 (57,3 – 70,0)
88	53,1 (46,6 – 59,7)	72,4 (66,1 – 78,0)	60,3 (53,9 – 66,7)
109	44,9 (38,6 – 51,7)	77,0 (71,1 – 82,2)	56,8 (50,0 – 63,0)
132	39,5 (33,3 – 46,1)	81,6 (76,2 – 86,4)	55,1 (48,3 – 61,4)
156	34,0 (28,0 – 40,5)	87,4 (82,3 – 91,2)	53,9 (47,4 – 60,5)
178	26,5 (20,9 – 32,5)	89,7 (85,2 – 93,3)	50,0 (43,6 – 56,8)

Tabela 2 Pontuação nos escores pré-menstruais e pós-menstruais dos sintomas para as mulheres que preencheram quatro registros diários (n= 235)

<b>Soma dos sintomas</b>	<b>Amplitude</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Percentil 75</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Assimetria</b>
<b>Total pré-menstrual</b>	0 a 663	37	77	158	114,3	113,4	1,7
<b>Total pós-menstrual</b>	0 a 464	22	57	121	90,1	96,0	1,7
<b>4 sintomas pré-menstruais</b>	0 a 119	5	17	36	25,0	25,9	1,4
<b>4 sintomas pós-menstruais</b>	0 a 114	4	12	27	20,8	24,2	1,6

Tabela 3 Prevalências de SPM por diferentes critérios comparados com sensibilidade, especificidade, acurácia e valores preditivos de acordo com o padrão ouro (n= 235)

	<b>Prevalência</b>	<b>Sensibilidade</b>	<b>Especificidade</b>	<b>Acurácia</b>	<b>VVP</b>	<b>VPN</b>
	<b>N (%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>	<b>(%)</b>
<b>SPM registro diário</b>	89 (37,8)	-	-	-	-	-
<b>SPM todos os sintomas</b>						
Leve	218 (92,8)	98,9	11,0	44,3	40,4	94,1
Moderada	122 (52,6)	60,9	52,4	55,6	43,4	69,1
Severa	78 (33,2)	39,3	70,5	58,7	44,9	65,6
<b>4 sintomas entrevista</b>						
Leve	207 (88,1)	94,4	15,8	45,5	40,6	82,1
Moderada	153 (65,1)	76,4	41,8	54,9	44,4	74,4
Severa	34 (14,5)	21,3	99,7	63,8	55,9	65,2
<b>SPM auto-referida</b>	147 (62,8)	73,9	43,8	55,1	44,2	73,6

Tabela 4 Prevalências e testes das categorias de SPM diagnosticadas pelo questionário quando comparadas com SPM padrão ouro e estratificada por níveis de escolaridade (n=235)

	Prevalência N (%)	Valor p	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Acurácia (%)	VPP (%)	VPN (%)
SPM registro diário (p=0,10)	89 (37,8)	0,10	-	-	-	-	-
Baixa escolaridade	42 (33,1)		-	-	-	-	-
Alta escolaridade	47 (43,5)		-	-	-	-	-
SPM todos os sintomas							
Leve	218 (92,8)		98,9	11,0	44,3	40,4	94,1
Baixa escolaridade	113 (89,0)	0,03	97,6 (85,5 – 99,9)	15,3 (8,7 – 25,1)	42,5 (33,8 – 51,6)	36,3 (27,6 – 45,9)	92,9 (64,2 – 99,6)
Alta escolaridade	105 (97,2)	0,12	100,0 (90,6 - 100,0)	4,9 (1,3 – 14,6)	46,3 (36,7 – 56,2)	44,8 (35,2 – 54,8)	100, (31,0 – 100,0)
Moderada	122 (52,6)		60,9	52,4	55,6	43,4	69,1
Baixa escolaridade	66 (52,4)	0,45	57,1 (41,1 – 71,9)	50,0 (39,0 – 61,0)	52,4 (43,3 – 61,3)	36,4 (25,1 – 49,2)	70,0 (56,6 – 80,0)
Alta escolaridade	56 (52,8)	0,04	64,4 (48,7 – 77,7)	55,7 (42,5 – 68,2)	59,4 (49,5 – 68,9)	51,8 (38,2 – 65,2)	68,0 (53,2 – 80,1)
Severa	78 (33,2)		39,3	70,5	58,7	44,9	65,6
Baixa escolaridade	45 (35,4)	0,40	40,5 (26,0 – 56,7)	67,1 (55,9 – 76,6)	58,3 (49,2 – 67,0)	37,8 (24,2 – 53,5)	69,5 (58,2 – 78,9)
Alta escolaridade	33 (30,6)	0,13	38,3 (24,9 – 53,6)	75,4 (62,4 – 85,2)	59,3 (49,4 – 68,6)	54,5 (36,6 – 71,5)	61,3 (49,4 – 72,1)
4 sintomas entrevista							
Leve	207 (88,1)		94,4	15,8	45,5	40,6	82,1
Baixa escolaridade	107 (84,3)	0,18	90,5 (76,5 – 96,9)	18,8 (11,5 – 29,1)	42,5 (33,8 – 51,6)	35,5 (26,7 – 45,4)	80,0 (55,7 – 93,4)
Alta escolaridade	100 (92,6)	0,07	97,9 (87,3 – 99,9)	11,5 (5,1 – 22,8)	49,1 (39,3 – 58,9)	46,0 (36,1 – 56,2)	87,5 (46,7 – 99,3)
Moderada	153 (65,1)		76,4	41,8	54,9	44,4	74,4
Baixa escolaridade	75 (59,1)	0,40	64,3 (48,0 – 78,0)	43,5 (32,9 – 54,7)	50,4 (41,4 – 59,4)	36,0 (25,5 – 48,0)	71,2 (56,7 – 82,5)
Alta escolaridade	78 (72,2)	0,002	87,2 (73,6 – 94,7)	39,3 (27,3 – 52,7)	60,2 (50,3 – 69,5)	52,6 (41,0 – 63,9)	80,0 (60,1 – 91,6)
Severa	34 (14,5)		21,3	99,7	63,8	55,9	65,2
Baixa escolaridade	13 (10,2)	0,09	16,7 (7,5 – 32,0)	92,9 (84,7 – 97,1)	67,7 (58,8 – 75,7)	53,8 (26,1 – 79,6)	69,3 (59,9 – 77,4)
Alta escolaridade	21 (19,4)	0,16	25,5 (14,4 – 40,6)	85,2 (73,3 – 92,6)	59,3 (49,4 – 68,6)	57,1 (34,4 – 77,4)	59,8 (48,7 – 70,0)
SPM auto-referida	147 (62,8)		73,9	43,8	55,1	44,2	73,6
Baixa escolaridade	71 (56,4)	0,26	63,4 (46,9 – 77,4)	47,1 (36,3 – 58,1)	52,4 (43,3 – 61,3)	36,6 (25,7 – 49,0)	72,7 (58,8 – 83,5)
Alta escolaridade	76 (70,4)	0,01	83,0 (68,7 – 91,9)	39,3 (27,3 – 52,7)	58,3 (48,5 – 67,7)	51,3 (39,7 – 62,8)	75,0 (56,2 – 87,9)

Baixa escolaridade: 0 a 11 anos de estudo;

Alta escolaridade: 12 ou mais anos de estudo;

VPP: valor preditivo positivo;

VPN: valor preditivo negativo.

## Referências consultadas

1. Allen SS, McBride CM, Pirie PL. The shortened premenstrual assessment form. *J Reprod Med* 1991;36(11):769-72.
2. Bertone-Johnson ER, Hankinson SE, Johnson SR, Manson JE. A simple method of assessing premenstrual syndrome in large prospective studies. *J Reprod Med* 2007;52(9):779-86.
3. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health* 2006;9(1):41-9.
4. Feuerstein M, Shaw WS. Measurement properties of the calendar of premenstrual experience in patients with premenstrual syndrome. *J Reprod Med* 2002;47(4):279-89.
5. Freeman EW, DeRubeis RJ, Rickels K. Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res* 1996;65(2):97-106.
6. Gigante DP, Horta BL, Lima RC, Barros FC, Victora CG. Early life factors are determinants of female height at age 19 years in a population-based birth cohort (Pelotas, Brazil). *J Nutr* 2006;136(2):473-8.
7. Gigante DP, Rasmussen KM, Victora CG. Pregnancy increases BMI in adolescents of a population-based birth cohort. *J Nutr* 2005;135(1):74-80.
8. Haywood A, Slade P, King H. Assessing the assessment measures for menstrual cycle symptoms: a guide for researchers and clinicians. *J Psychosom Res* 2002;52(4):223-37.
9. Marvan ML, Cortes-Iniesta S. Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychol* 2001;20(4):276-80.
10. Mortola JF. Assessment and management of premenstrual syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992;4(6):877-85.
11. Mortola JF, Girton L, Beck L, Yen SS. Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol* 1990;76(2):302-7.
12. Silva CM, Gigante DP, Carret ML, Fassa AG. [Population study of premenstrual syndrome]. *Rev Saude Publica* 2006;40(1):47-56.
13. Silva CM, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica* 2008;24(4):835-44.

14. Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. *J Psychiatr Res* 2003;37(1):75-83.
15. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management. *J Psychiatry Neurosci* 2000;25(5):459-68.
16. Steiner M, Haskett RF, Carroll BJ. Premenstrual tension syndrome: the development of research diagnostic criteria and new rating scales. *Acta Psychiatr Scand* 1980;62(2):177-90.
17. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health* 2003;6(3):203-9.
18. Steiner M, Streiner DL. Validation of a revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: results from prospective and retrospective trials. *Can J Psychiatry* 2005;50(6):327-32.
19. Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol* 2006;35(2):237-42.
20. Victora CG, Barros FC, Lima RC, Behague DP, Gon alves H, Horta BL, et al. The Pelotas birth cohort study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1241-56.
21. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, Brown C, Endicott J, Frank E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomized controlled trial. Sertraline Premenstrual Dysphoric Collaborative Study Group. *Jama* 1997;278(12):983-8.
22. Yonkers KA, Pearlstein T, Rosenheck RA. Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality. *Arch Women Ment Health* 2003;6(4):287-92.

## 7 Apêndices

## Apêndice 1 Diferentes formas de questionários para relatar os sintomas de SPM

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
1953 D18	Greene, R e Dalton, K <i>The premenstrual syndrome</i> BMJ, London, UK	Série de casos 84 casos atendidos em hospital ou no ambulatório	Relato dos sintomas pré-menstruais pelas pacientes	Principais sintomas: - cefaléia 69,5% - náuseas 29,7% - "reumatismo" 16,7% - letargia 13,1% - lesões na pele e mucosas 13, 1% - vertigem 10,6%	(-) sem um registro padrão (+) primeiros autores a definir SPM grande revisão sobre diagnóstico e tratamento, na época
1968 D7	Moos, RM, <i>The development of a menstrual distress questionnaire</i> Psychosomatic Medicine USA	Transversal Coorte 83915 m / 2 ciclos 20 a 30 anos	MDQ	30 a 50% algum sintoma pré-menstrual sintomas mais severos com aumento da idade questionários fase pré-menstrual supervalorizam os sintomas	(+) estudo clássico de SPM citado por diversos autores
1982 D14	Halbreich, U <i>The diversity of premenstrual changes as reflected in the Premenstrual Assessment Form:</i> Acta Psychiat. Scand, NY, USA	Revisão Estudo descritivo: 69 funcionárias (centro médico), média 34 anos 85 estudantes de enfermagem, média 24 anos	PAF em 96 itens MDQ POMS	68% desconforto geral 62% retenção de água 17% prejuízo funcional social	(-) muitos itens (+) descreveu as prevalências de doenças mentais
1991 D13	Allen, SS, <i>The shortened premenstrual form;</i> The journal of reproductive medicine; MN, USA	Ensaio clínico com mulheres fumantes, recrutadas para parar de fumar 217 média 38 ± 6,5 anos	PAF no início, 6 e 12 meses após, escala em 6 intensidades, perguntadas sobre a semana anterior ao último ciclo menstrual	95% consideraram seu ciclo menstrual normal 3 fatores: afeto, retenção de água e dor; nos 7 dias prévios à menstruação coeficiente alfa de Cronbach: afeto: 0,91; retenção de água: 0,92; dor: 0,74 Teste re-teste das escalas: confiabilidade 0,6 a 0,7 10 itens: média 30 pontos (10-60)	(-) avaliações a cada 6 meses (distantes); a versão em 20 itens foi aplicada nas 3 visitas, os 10 itens foram escolhidos no computador, pela consistência interna (+) avalia intensidade dos sintomas

MDQ: Menstrual Distress Questionnaire, PAF: Premenstrual Assessment Form, POMS: profile of mood states, SPM: Síndrome pré- menstrual

## Apêndice 1 Diferentes formas de questionários para sintomas (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
1992 D28	Hurt, SW <i>Late luteal phase dysphoric disorder in 670 women evaluated for premenstrual complaints, Am J psychiatry, USA</i>	Transversal 670 mulheres média 34 anos	LLPDD DSM-III-R	14 a 45% encontraram critérios para LLPDD, dependendo do método utilizado associado à história de doença mental no passado	(-) formulários diferentes avaliando entre 17 e 33 sintomas; (+) tamanho da amostra
1993 D17	Condon, JT <i>Investigation od the reliability and factor structure of a questionnaire for assessment of premenstrual syndrome Journal of psychosomatic Research, AU</i>	Transversal 696 / 800 gêmeas do registro nacional de saúde média 33,5 a	Steiner et al em 35 itens	Coeficiente de consistência interna 0,89 Novo questionário com 29 sintomas, que explicava melhor a SPM 27% das mulheres usavam ACO	(-) retrospectivo, enviado pelo correio (+) 87% taxa de resposta
1999 D24	Deuster, PA, <i>Biological, social and behavioral factors associated with premenstrual syndrome Arch Fam Med, USA</i>	Estudo populacional, por discagem telefônica aleatória 874/1700 18 a 44 anos	SPAF 10 sintomas em 6 intensidades CPSS HHHQ	Média do escore: - casos: 45,4 - não casos: 24,3 Sintomas severos ou extremos: - irritabilidade 17,4% - dor lombar ou muscular: 14,2% - inchaço: 13,2% Prevalência geral: 8,3% Percepção de stress: forte associação com SPM	(+) estudo populacional, avaliou diversos fatores associados à SPM(-) retrospectivo
1999 D19	Endicott, J <i>Is the premenstrual dysphoric disorder a distinct clinical entity? J W Health and gender-based medicine, USA</i>	Revisão, Mesa redonda com especialistas 14 estudiosos de TDPM	Cada especialista revisou uma parte do conhecimento sobre TDPM, com as melhores evidências até aquele momento. Considerou-se como questionário a listagem DSM	- Sintomas chaves: raiva, irritabilidade e tensão interna - Ciclicidade dos sintomas leva ao diagnóstico diferencial de depressão - 60% de resposta com SSRI, usados em baixas doses e intermitente	(-) não existe consenso sobre o melhor registro diário, nem sobre como medir a intensidade dos sintomas (+) nivelamento do conhecimento até 1999

LLPDD: Late luteal phase dysphoric disorder, DSM-III-R: diagnostics and statistical manual of mental disorders 3rd ed – reviewed, PMS: premenstrual syndrome, PMDD: premenstrual dysphoric disorder, SPAF: shortened premenstrual assessment form, CPSS: Cohen perceived stress scale, HHHQ: health habits and history questionnaire, DSM IV: diagnostics and statistical manual of mental disorders 4th ed. SPM: Síndrome pré- menstrual, TDPM: Transtorno disfórico pré-menstrual

## Apêndice 1 Diferentes formas de questionários para sintomas (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento Número Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
2002 D27	Wittchen, H-U, <i>Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community,</i> <i>Psychological Medicine, Germany</i>	Coorte 1488 mulheres 14 a 24 anos	CIDI TDPM usando DSM IV	5,8% TDPM, em 12 meses; 5,3% TDPM, excluindo depressão e distimia incidência cumulativa(48 meses): 7,4% 18,6% SPM severa, mas não TDPM Co-morbidades: ansiedade 47,4%, desordens do humor 22,9%, somatização 28,4%. (26,4% nenhuma desordem psiquiátrica até o acompanhamento)	(+) estudo prospectivo; alta taxa de acompanhamento; excluiu depressão maior; amostra grande, populacional;
2002 D21	Hsiao M-C, <i>Characteristics of women seeking treatment for premenstrual syndrome in Taiwan</i> <i>Acta Psychiatr Scand, TW</i>	Transversal 150 mulheres 18 a 45 anos	MINI CID 10 checklist SPM DSM IV (TDPM) PME Reid's 35 itens	73% SPM 12% TDPM 27% depressão maior 21% distimia 37% PME mulheres que buscam tratamento para SPM estão em alto risco para doenças emocionais, especialmente depressão e ansiedade	(-) amostra de ambulatório de ginecologia
2003 D15	Smith, MJ <i>Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research</i> <i>Journal of Psychiatric Research, MD, USA</i>	Casos e controles 25 SPM, média 36,3 anos 25 não SPM, média 30,7 anos	DRF Diagnóstico em 4 formas: Literal: Sim/não 30% dos sintomas 50% dos sintomas 70% dos sintomas	Literal(sim/não): 28% sintomáticas e 4% assintomáticas 30 % : 86% sint e 70% assint 50 %: 60% sint e 86% assint 70%: 0% sint e 100% assint	(-) explicações confusas (+) critérios de seleção para cada grupo bem descritos e rigorosos

CIDI: *Composite international diagnostic interview*, PMS: *premenstrual syndrome* , PMDD: *premenstrual dysphoric disorder*, DSM IV: *diagnostics and statistical manual of mental disorders 4th ed.*, MINI: *mini-international neuropsychiatric interview*, CID 10: *Classificação Internacional de Doenças*, PME: *premenstrual exacerbation*, DRF: *daily rating form*, SPM: *Síndrome pré- menstrual*, TDPM: *Transtorno disfórico pré-menstrual*

## Apêndice 1 Diferentes formas de questionários para sintomas (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
2003 D20	Freeman, EW <i>Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis</i> <i>Psychoneuroendocrinology</i> , PA, USA	Revisão Definições de SPM, TDPM e sintomas pré-menstruais	Listagem dos instrumentos disponíveis para o diagnóstico de SPM, TDPM e sintomas PM Diagnósticos diferenciais	Descartar: - depressão maior, distimia, doença bipolar, ansiedade generalizada, pânico, perimenopausa, alergias; endometriose, hipotireoidismo, doenças sazonais, doença auto-imune, dismenorréia - prejuízo funcional - diagnóstico de SPM: período do ciclo e severidade dos sintomas, grau de prejuízo funcional, diagnóstico diferencial com outras doenças, por 2 a 3 - registro diário: nº razoável de sintomas, não muitos, severidade em 4 a 6 pontos, VAS são sensíveis paravariação em cada sujeito, mas não entre os sujeitos - entrada de dados eletrônica	(+) definição de conceitos, visão panorâmica dos 3 diagnósticos, discute as limitações ainda existentes
2003 D6	Steiner, M, <i>The premenstrual symptoms screening tool(PSST) for clinicians</i> <i>Arch Women's Ment Health</i> , USA	Transversal 508/ 519 18 a 55 anos	PSST	5% de TDPM 20,7% moderada - severa SPM 1/3 usavam anticoncepcional hormonal	(-) não utilizou registro diário, para validadar (+) sugere diagnóstico em 1 única medida
2003 D10	Lane, T, <i>Premenstrual symptomatology, locus of control, anxiety and depression in women with normal menstrual cycles,</i> <i>Arch Womens Ment Health</i> , AU	Transversal 69 media 30,8 anos	MDQ Levenson LOC scale DASS DSM-IV	62% com 5 sintomas; 22% interferência social ou funcional maior severidade dos sintomas associados a controle externo do poder, maior depressão e maior ansiedade	(-) diferentes participantes em diferentes fases do ciclo retrospectivo transversal dificuldade de definir a fase do ciclo menstrual não excluiu outras doenças de base (+) relação entre status cognitivo e sint PM direciona o tratamento de SPM e TDPM

PMS: *premenstrual syndrome*, PMDD: *premenstrual dysphoric disorder*, MDQ: *Menstrual Distress Questionnaire*, PSST: *premenstrual symptom screening tool*, LOC scale: *Locus of control*, DASS: *Depression anxiety stress scale*, DSM-IV adapt: *diagnostics and statisticals manual of mental disorders 4th ed*, SPM: Síndrome pré- menstrual, TDPM: Transtorno disfórico pré-menstrual

## Apêndice 1 Diferentes formas de questionários para sintomas (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
2005 D11	Steiner, M, <i>Validation of revised visual analog scale for premenstrual mood symptoms: results from prospective and retrospective trials,</i> <i>Can J Psychiatry, CA</i>	1208: 3 locais visitas na fase folicular N= 1030 e 11 sintomas; 1 local fase lútea N = 178 e 10 sintomas idade: 18 a 45 anos	VAS PMTS-O e PMTS-SR	VAS prove medida confiável dos sintomas, quando comparado com PMTS-O VAS preenchida p/ mulheres é comparável a SPMT-O, por observadores, não importando se as perguntas eram prospectivas ou retrospectivas Ponto de corte para SPM severa e / ou TDPM parece alternativa aceitável para diagnóstico em pesquisas	(-) 2 grupos completamente diferentes, sem comparação; coeficiente de Crombah
2005 D02	Chei-Tung, T <i>Premenstrual dysphoric symptoms amongst Brasilian college students: factor structure and methodological appraisal,</i> <i>Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Brasil</i>	Transversal Cego 513/865 17 a 47anos média 23,5 a	DSM BDI: até 15: negativo, 16/20: disforia, >20: depressão	Nenhuma recusa 75% BDI< 15 12% questionários incompletos BDI mais alto em TDPM, p<0,05	(-) Análise fatorial (+) uso e prevalência do BDI
2005 D04	Strine, TW <i>Menstrual-related problems and psychological distress among women in United States,</i> <i>J Women's Health, USA</i>	Transversal 11648 18 a 55 anos	2002 NHIS SMI Kessler 6 escala (K6) em 5 pontos	19% problemas relacionados à menstruação - associados com stress psicológico - jovens, brancas, menor nível educacional, separadas - depressão, ansiedade, insônia, sonolência, dores recorrentes - RO 2,2 SMI	(-) não separaram o período do ciclo, não coletaram a severidade dos sintomas, transversal, auto-referido, não excluiu outras doenças, viés de memória. (+) amostra grande, base populacional

VAS: *visual analogue scale*, PMTS-O e PMTS-SR: *premenstrual tension syndrome (observer, self-rating)*, DSM IV: *diagnostics and statisticals manual of mental disorders 4th ed*, BDI: Beck depression inventory, NHIS: *National Health Interview Survey*, SMI: *serious mental illness*. SPM: Síndrome pré- menstrual, TDPM: Transtorno disfórico pré-menstrual

## Apêndice 2 Diferentes formas de executar o registro diário dos sintomas

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
1990 D5	Mortola, JF, <i>Diagnosis of premenstrual syndrome by simple, prospective, and reliable instrument: the Calendar of Premenstrual Experiences</i> Obstetrics & Gynecology, USA	Casos e controles 36 casos 18 controles 18 a 45 anos	BDI 2 vezes/ciclo SPM2 vezes/ciclo Likert escala com 4 pontos de intensidade, preenchida nos dias/mês (3-9 folicular e 7 últimos dias do ciclo) LH na urina entre 11 e 16 d COPE	22 sintomas Secreening em 36 casos em 431 e 18 controles entre 64 candidatas Média fase folicular: baixos em controles e altos em SPM Escore >42 na fase lútea em 69/72 ciclos SPM e em 1 ciclo controle; Correlação SPM: 0,58 tensão, 0,51 depressão, 0,46 raiva, 0,61 fadiga; Correlação com BDI: 0,56 Teste re-teste 2 ciclos: 0,78 ( $p < 0,001$ )	(+) registro prospectivo em 2 ciclos; validação: coeficiente de correlação intensidade dos sintomas em 4 pontos
1996 D 3	Freeman, EW, <i>Reliability and validity of a daily diary for PMS</i> Psychiatry Research, USA	Casos e controles 170 casos, média 33,3 anos 54 controles, média: 29,8 anos	SCID for DSM-III-R) DSR HSRD STAI POMS PAF	Todos 17 sintomas foram mais altos no grupo SPM Intensidade dos sintomas 0 a 4, Moderada correlação do DSR com HRSR, STAI, POMS e PAF	(-) só um ciclo, análise fatorial coeficiente de Cronbach correlação de Pearson (+) escala em 5 pontos, excluiu depressão e ansiedade
1997 D8	Yonkers, KA, <i>Symptomatic improvement of PMDD with sertraline treatment: a randomized controlled trial</i> JAMA, USA	Ensaio clínico randomizado duplo cego em 12 universidades-affiliadas 200/243 completaram o estudo 24 a 45 anos	DRSP up-to-date of DRF DSM-IV HSRD21 CGI-S e CGI-I PGE	24 sintomas físicos, emocionais e prejuízo funcional, Média dos sintomas diminuiu nos grupos tratados com antidepressivo, comparado com placebo SSRI tem eficácia nos sintomas e melhora do prejuízo funcional	(+) critérios de seleção bem definidos; prospectivo: 6 ciclos; média e dp dos escores, sintomas e prejuízo funcional (-) não ser representativo intensidade em 6 pontos
1999 D22	Steiner, M <i>The measurement of premenstrual mood symptoms</i> Journal of Affective Disorders, ON, Canada	Ensaio clínico randomizado duplo cego multicêntrico Baseline: 287/313 e 275/313 Ciclo 1: 277/277 e 236/277 18 a 45 anos	Sintomas: tensão, irritabilidade, depressão ou disforia VAS PMTS-O PMTS-SR	Coeficiente alfa de Chronbach; 0,89 ou + alto nível de consistência interna entre os sujeitos No 1º ciclo de tratamento (fluoxetina x placebo) houve melhora dos sintomas na fase folicular, nas 3 escalas	(+) 4 sintomas altamente correlacionados com as escalas mais completas coeficiente de Chronbach média dos escores correlação de Pearson

BDI: Beck depression inventory, PMS: *profile of mood states*, LH: hormônio luteinizante, COPE: *Calendar of Premenstrual Experiences*, SCID: *structured clinical interview for DSM-III-R*, DSR: *daily symptom report*, HSRD: *Hamilton rating for depression*, STAI: *state-trait anxiety inventory*, POMS: *profile of mood states*, PAF: *premenstrual assessment for*, DRSP: *Daily rating of severity of problems form*, DRF: *daily rating form*, DSM-IV: *diagnostics and statistical manual of mental disorders 4th ed*, CGI-S e CGI-I: *clinical global impression (severity, improvement)*, PGE: *patient global evaluation*, VAS: *visual analogue scale*, PMTS-O(*premenstrual tension syndrome (observer)*, PMTS-SR(*self-rating*)  
SPM: Síndrome pré-menstrual,

## Apêndice 2 Diferentes formas de executar o registro diário (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
2001 D26	Angst, J <i>The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms</i> <i>Acta Psychiatr Scand, Zurich</i>	Coorte 299 mulheres 20 a 35 anos	PERI-MS SCL-90 FPI	Sintomas pré-menstruais: - Irritabilidade 44,6% - Humor deprimido 29,1% - Nervosismo 23,3% - Tensão 22,3% Stress: - 8,1% severo - 13,6% moderado - 30,6% baixo	(+) sintomas chaves para SPM prospectivo excluiu depressão VAS Médias e correlação
2001 D23	Marván, ML <i>Women's beliefs about the premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes</i> <i>Health Psychology, MX</i>	Transversal em universitárias, brancas, classe médio-alta, Solteiras e sem filhos 49/87 mulheres 20,6 anos (17 a 25)	MDQ Lista de drogas: cafeína, cigarro, álcool e medicamentos ingeridos Nº de horas de sono na noite anterior Eventos estressantes Avaliação retrospectiva no 8º dia do ciclo (pré e pós)	41 sintomas, em escala de 1 a 6 Relato de mais altos escores pré-menstruais no retrospectivo, e semelhante no pós-menstrual; 75% acreditavam que >50% tinham mudanças pré-menstruais 25% que 50% tinham mudanças e 0% que <50% tinham mudanças as que acreditavam que mais de 50% tinham sintomas enviesaram mais as suas alterações no retrospectivo	(-) conhecimento sobre SPM e reportagens na imprensa pode enviesar a percepção da SPM; avaliou por 1 ciclo (+) comparação entre dados prospectivos e retrospectivos da SPM prevalências e correlação
2002 D25	Cohen, LS, <i>Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder(PMDD) in older premenopausal women</i> <i>The Harvard study of moods and cycles</i> <i>Journal of Affective Disorders, MA, USA</i>	Coorte 513/ 976 (4164) 36 a 44 anos	MPI DRSP SCID for DSM-III-R CES-D	24 sintomas em 6 intensidades 6,4% TDPM As 463 mulheres que não concordaram em preencher o registro diário tinham mais sintomas de SPM e mais prejuízo funcional Nas que preencheram crit TDPM: - passado de depressão - empregadas fora de casas - menor nível de educação - fumantes atuais ou no passado	(+) prospectivo triagem prévia de sintomas pré-menstruais populacional; proporções e regressão logística diagnóstico depressão (-) 1 único ciclo grande número de não respondentes faixa etária específica

PERI-MS: *perimenstrual symptoms / syndrome*, SCL-90: *symptom checklist 90-R*, FPI: *Freiburg personality inventory*, MDQ: *menstrual distress questionnaire (Moos)*, MPI: *Moos premenstrual inventory*, DRSP: *Daily rating of severity of problems form*, SCID: *structured clinical interview for DSM-III-R*, CES-D: *Centre for epidemiology studies depression scale*, SPM: *Síndrome pré- menstrual*, TDPM: *Transtorno disfórico pré-menstrual*

## Apêndice 2 Diferentes formas de executar o registro diário (continuação)

Ano publicação NºReferência	Primeiro autor Título Periódico, país	Delineamento N Idade	Instrumentos	Resultados	Comentários
2002 D16	Chawla, A <i>Premenstrual dysphoric disorder: is there an economic burden of illness</i> Medical Care, USA	Inquérito prospectivo 1194 mulheres base de dados, selecionadas aleatoriamente, Idade 21 a 45 anos	DRSP curto QID • pagamento de 75 dólares	4,7% TDPM 12,6% sintomas severos PM 67,3% sintomas moderados 15,6% sintomas mínimos	(+) excluíram depressão e uso de psicofármacos; categorizaram em 4 intensidades dos sintomas prevalências e regressão linear 2 ciclos
2003 D1	Yonkers, KA, <i>Premenstrual disorders: bridging research and clinical reality</i> Arch Women's Ment Health, USA	Ensaio aberto 426/904 sintomas 41 iniciaram 9 terminaram media 31 anos	PAPS LMPM adaptado do DRSP BHQ PRIME-MD	35% "problema sério" 41% recusaram usar medicação 36% não elegíveis para medicação 10% perdas de seguimento 41(10%) aceitaram participar, dessas, 63% desistiram, 15% eram não elegíveis e 22% (9 mulheres) completaram o registro diário	(-) Alta taxa de perdas e recusas 1 ciclo (+) comenta as dificuldades de realizar estudo de intervenção em TDPM proporções
2004 D09	Freeman, EW <i>Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with several PMS or PMDD</i> Am J Psychiatry, USA	Ensaio clínico randomizado duplo cego 167= 56 sertralina contínuo, 56 sertralina intermitente, 55 placebo	SCID for DSM-III-R) DSRF, escala com 5 intensidades Pontos de corte: - pré-menstrual: 80 - pós-menstrual: 40	sertralina melhoraram mais que placebo, embora todos tenham melhorado pós-menstruais mais acentuados mostram menor melhora em todos os grupos, Melhora nas relações familiares, atividades sociais e性nos grupos com sertralina, significante	3 meses, 60% melhoraram (40 não) (+) diagnóstico depressão avaliação global das atividades, e não só a melhora dos sintomas grupos semelhantes até o final, mas maior perda no tratamento intermitente ANOVA e GLM
2005 D12	Meaden, PM, <i>Timing and severity of symptoms associated with the menstrual cycle in a community-based sample in the Midwestern United States, Psychiatry Research, USA</i>	Coorte de base populacional 900/1197 13 a 55 anos	NORC para randomizar 25 setores DSMQ em 6 intensidades, 50 sintomas: SPM, TDPM e POS; Pré-menstrual: -1 a -7 d; Demais: 1 a 19 d	Maior pico dos sintomas no dia 0, variando entre -3 e +2 Menor pico no dia 11 (entre 6 e 13); 4 fatores explicaram 62,5% da variação nos dados	(-) listagem dos sintomas positivos, repetitiva; 1 ciclo (+) SPM e TDPM, durante todo o mês em mulheres sem diagnóstico, RX da população coeficiente Crombach análise fatorial

DRSP curto: Daily rating of severity of problems form, QID: quality Improvement for Depression, PAPS: premenstrual attitudes and perceptions scale, LMPM: last menstrual period module, BHQ: brief patient health questionnaire, PRIME-MD: primary care evaluation of mental disorders, SCID: structured clinical interview for DSM-III-R, DSRF: daily symptom rating form, NORC: National Opinion Research Center, DSMQ: daily symptom and mood questionnaire, PMS: premenstrual syndrome, PMDD: premenstrual dysphoric disorder, SPM: Síndrome pré- menstrual, TDPM: Transtorno disfórico pré-menstrual

### Apêndice 3 Visita 2007 para as mulheres nascidas em 1982

Número da coorte: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

3. Endereço: \_\_\_\_\_

4. Telefones: \_\_\_\_\_

5. Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5.a. Data da entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

A. Desde <MÊS> do <u>ano passado</u> , tu consultaste com... Ler as opções		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?
6. Clínico geral?		CID _____
7. Ginecologista?		CID _____
8. Psicólogo?		CID _____
9. Psiquiatra?		CID _____

EU VOU TE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ASSUNTOS COMO A TUA SAÚDE, HÁBITOS E OPINIÕES.

10. Desde <DIA DA SEMANA> de <u>duas semanas atrás</u> , tu tomaste algum remédio, inclusive vitamina, anticoncepcional ou remédio para a dor ou febre?		(0) Não (1) Sim (9) Não lembro	
A. SE SIM: Qual o remédio?	B. SE SIM: Por qual motivo, doença?	C. SE SIM: Foi receitado p/ médico?	D. SE SIM: Estás tomando esse remédio por um mês ou mais?
1 1. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
1 2. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
1 3. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
1 4. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
1 5. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN

<b>16. Tu és solteira, casada, separada, viúva ou mora com companheiro?</b>	(1) Solteira (2) Casada (3) separada (4) viúva (5) com companheiro												
<b>17. Tu tens algum filho/a?</b>	(0) Não . <b>SE NÃO, PULAR PARA QUESTÃO 21</b> (1) Sim												
<b>18. SE SIM: Quantos filhos/as?</b>													
<b>19. Você amamentou seu(s) filho(s)?</b> _____ (0) Não (1) Sim													
<b>20. SE SIM: Em que ano eles nasceram e por quanto tempo foram amamentados?</b>													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data de nascimento</th> <th>Tempo da amamentação (meses)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A.</td> <td>A1.</td> </tr> <tr> <td>B.</td> <td>B1.</td> </tr> <tr> <td>C.</td> <td>C1.</td> </tr> <tr> <td>D.</td> <td>D1.</td> </tr> <tr> <td>E.</td> <td>E1.</td> </tr> </tbody> </table>		Data de nascimento	Tempo da amamentação (meses)	A.	A1.	B.	B1.	C.	C1.	D.	D1.	E.	E1.
Data de nascimento	Tempo da amamentação (meses)												
A.	A1.												
B.	B1.												
C.	C1.												
D.	D1.												
E.	E1.												

**AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR A RESPEITO DA TUA MENSTRUAÇÃO**

**21. Com que idade tu menstruaste pela primeira vez? \_\_\_\_ anos**

**22. Qual a data da tua última menstruação? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

A. E a anterior a esta última? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**23. Tu estás grávida?**

(0) Não (

1) Sim, está com \_\_\_\_ semanas **SE SIM, COM 12 OU MAIS SEMANAS DE GESTAÇÃO, PULAR PARA QUESTÃO 57**

(2) Sim, não sabe quanto tempo de gestação. **SE MENOS DE 3 MESES, PULAR PARA 28**

(9) Não sei

**24. Tu sabes o dia em que estarás menstruada no próximo mês?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA.

**25. Por quê?**

(1) usa pílula

(2) usa injeção

(3) ciclos sempre regulares, sem medicação

(4) ciclos irregulares, mas não usa nenhum medicamento

(5) outro motivo: \_\_\_\_\_

**26. Que dia tu achas que estarás menstruada?**

(1) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(2) entre \_\_\_\_ e \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(9) impossível saber

**27. Nos últimos 3 meses a tua menstruação foi regulada, ou seja, veio em todos os meses?**

(0) Sim

(1) Não, tem ciclos sempre irregulares

(2) Não, porque toma pílula ou injeção para não menstruar

(3) Não, está amamentando

NAS PRÓXIMAS ALTERNATIVAS TU DEVES ESCOLHER, DE ACORDO COM TEU ENTENDIMENTO, A INTENSIDADE DAQUILA QUE ESTÁ SENDO PERGUNTADO, ESCOLHA ENTRE AS RESPOSTAS:

(0) NÃO

(1) UM POUCO

(2) MAIS OU MENOS

(3) BASTANTE.

**Nos últimos três meses, alguns dias antes da menstruação tu costumas ou costumavas ficar...**

Ler as opções

28. Braba ou irritada	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
29. Ansiosa ou tensa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
30. Chorando fácil	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
31. Deprimida, sentindo muita tristeza	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
32. Pouco interessada (trabalho ou escola)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
33. Pouco interessada nas coisas de casa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
34. Com pouca vontade de falar com amigo (s)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
35. Sem concentração, pensamentos soltos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
36. Cansada, sem energia	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
37. Com desejo por alguns alimentos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
38. Com perda de sono	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
39. Com necessidade de dormir mais	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
40. Sem controle nas coisas que faz	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
41. Sem esperança, culpada	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
42. Com dificuldade para fazer as tarefas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
43. Com dor nas mamas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
44. Com dor de cabeça	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
45. Com dor nas juntas ou músculos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
46. Com sensação de inchaço	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
47. Com ganho de peso	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
48. Com cólicas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
49. Com algum outro sintoma? Qual?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante

SE TIVESTE ALGUM SINTOMA: Isto que tu dissesse que sentias quando estavas perto de ficar menstruada causou dificuldade em teu(s)...

50. Compromissos (trabalho ou escola)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
51. Convívio com colegas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
52. Convívio com a família	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
53. Local ou momento de diversão	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
54. Cuidados com as tarefas da casa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante

55. Tu achas que tens TPM? (0) Não

(1) Sim

(9) Não sei

56. SE SIM: Tu já fizeste ou estás fazendo tratamento para TPM ou síndrome pré-menstrual?

(0) Não

(1) Sim, está fazendo

(2) Sim, já fez mas parou

**AGORA VOU PERNUNTAR SOBRE TEUS ESTUDOS**

57. Tu estás estudando neste ano, em 2007? (0) Não (1) Sim
58. SE SIM: Em que série tu estás? \_\_\_\_ ano do (1) fundamental (2) médio (3) Faculdade (4) Pós-graduação. (91) Curso profissionalizante (52) Cursinho pré-vestibular (62) Curso Técnico
59. SE NÃO: Até que série tu completaste? \_\_\_\_ série \_\_\_\_ grau

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO**

60. Tu trabalhaste, sendo paga, no último mês? (0) Não (1) Sim  
(2) Estava em licença ou benefício

**AGORA VOU FAZER MAIS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO MÊS.**

**GOSTARIA QUE TU ME RESPONDESSES SIM OU NÃO.** (pedir para ficar sozinha com ela)

No último mês, tu... Ler as opções de pergunta

61. Tiveste dores de cabeça freqüentes? (0) Não (1) Sim
62. Tiveste falta de apetite? (0) Não (1) Sim
63. Dormiste mal? (0) Não (1) Sim
64. Tens te assustado com facilidade? (0) Não (1) Sim
65. Tiveste tremores nas mãos? (0) Não (1) Sim
66. Tens te sentido nervosa, tensa ou preocupada? (0) Não (1) Sim
67. Tiveste má digestão? (0) Não (1) Sim
68. Sentiste que as tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando? (0) Não (1) Sim
69. Tens te sentido triste ultimamente? (0) Não (1) Sim
70. Choraste mais do que de costume? (0) Não (1) Sim
71. Conseguiste sentir algum prazer nas tuas atividades diárias? (0) Não (1) Sim
72. Tiveste dificuldade de tomar decisões? (0) Não (1) Sim
73. Achaste que teu trabalho diário é penoso e causa sofrimento? (0) Não (1) Sim
74. Achaste que tinhas um papel útil na vida? (0) Não (1) Sim
75. Perdeste o interesse pelas coisas? (0) Não (1) Sim
76. Te sentiste uma pessoa sem valor? (0) Não (1) Sim
77. Alguma vez pensaste em acabar com a tua vida? (0) Não (1) Sim
78. Te sentiste cansada o tempo todo? (0) Não (1) Sim
79. Sentiste alguma coisa desagradável no estômago? (0) Não (1) Sim
80. Te cansaste com facilidade? (0) Não (1) Sim

**AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A TUA ALIMENTAÇÃO.**

**EU VOU LER UMA LISTA DE ALIMENTOS E GOSTARIA DE SABER SE TU COMESTE ALGUNS DESTES ALIMENTOS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS, OU SEJA, DESDE AS <HORAS> DE ONTEM ATÉ AGORA, E SE SIM, QUANTAS VEZES TU COMESTE.**

Alimento	Porção	Nº de porções
81. Leite	1 copo médio	
82. Requeijão	1 colher de sopa	
83. Leite condensado	1 colher de sopa	
84. Sardinha em lata	1 unidade	
85. Queijo	1 fatia	
86. Iogurte	1 pote	
87. Ovo inteiro	1 unidade	
88. Casca de ovo	1 unidade	

## **Apêndice 4 Registro diário de sintomas**

**Observações:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## **Registro diário de sintomas**

Anota as informações todos os dias da semana. Uma coluna de resposta para cada dia. Não preencha sobre dias anteriores, o melhor horário é no início da noite (entre 6h e meia-noite).

**Quantidade de menstruação:** anota qualquer menstruação, mesmo que seja fraca.

se não estiveres menstruada: (0) zero;

se menstruada, anote a quantidade de sangramento:

(1) um pouco, (2) mais ou menos ou (3) bastante.

**Uso de remédio / pílula:** escreve o nome do remédio que tu tomaste (todos).

**Sintomas emocionais, físicos e problemas:** para cada um deles, escreve o número de como te sentes, conforme a tabela abaixo.

0	Não	isso não aconteceu hoje.
1	Um pouco	senti isso, mas não incomodou a mim, nem a ninguém.
2	Mais ou menos	senti um pouco mais, as pessoas que me conhecem notaram, mas modificou muito pouco minha maneira de trabalhar ou conversar com as outras pessoas.
3	Bastante	outras pessoas notaram que fiquei atrapalhada pelos sintomas, isso causou dificuldade para trabalhar ou conversar com outras pessoas.

Nº coorte:

Nome: \_\_\_\_\_

**Data da última menstruação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<b>0</b>	Não
<b>1</b>	Um pouco
<b>2</b>	Mais ou menos
<b>3</b>	Bastante

Dia do mês						
Dia da semana						
Quantidade de menstruação						
Uso de remédio/pílula (anotar <b>SIM</b> ou <b>NÃO</b> e escrever o nome do medicamento atrás)						
<b>Sintomas emocionais</b>						
1. Braba ou irritada						
2. Ansiosa ou tensa						
3. Chorando fácil						
4. Deprimida, sentindo muita tristeza						
5. Pouco interesse (trabalho ou escola)						
6. Pouco interesse nas coisas de casa						
7. Pouca vontade de falar com amigo (s)						
8. Sem concentração, pensamentos soltos						
9. Cansada, sem energia						
10. Desejo por alguns alimentos						
11. Perda de sono						
12. Necessidade de dormir mais						
13. Sem controle nas coisas que faz						
14. Sem esperança, culpada						
15. Dificuldade para fazer as tarefas						
Outros sintomas						
22. Quais?						
<b>Sintomas físicos</b>						
16. Dor nas mamas						
17. Dor de cabeça						
18. Dor nas juntas ou músculos						
19. Sensação de inchaço						
20. Aumento de peso						
21. Cólicas						
<b>Para os sintomas que sentiste hoje, algum deles (ou mais de um) causou dificuldade em teu(s)...</b>						
A. Compromissos (trabalho ou escola)						
B. Convívio com colegas						
C. Convívio com a família						
D. Local ou momento de diversão						
E. Cuidados com as tarefas da casa						

## Apêndice 5 Carta de Apresentação

Pelotas, 14 de maio de 2007.

Prezada entrevistada,

Estamos realizando uma pesquisa sobre a saúde das mulheres em Pelotas. Você faz parte de um grupo de pessoas nascidas no ano de 1982, em Pelotas. Neste ano (2007), existe um projeto sobre saúde da mulher em andamento no Centro de Pesquisas Epidemiológicas, na UFPel. Serão entrevistadas cerca de 460 mulheres que, como você, contribuem com informações sobre saúde desde seu nascimento. Com este trabalho será possível conhecer aspectos importantes sobre a saúde das pessoas, como por exemplo, identificar características de diversas doenças e, a seguir, recomendar medidas para prevenir tais doenças.

Você está recebendo a visita de uma entrevistadora, que está trabalhando para o curso de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel. Ela irá conversar com você, e lhe explicará todos os detalhes sobre o projeto, assim como responderá a qualquer pergunta que você queira fazer. Se persistir qualquer dúvida, colocamos nossos telefones a sua disposição.

Entre os meses de maio e agosto você receberá mais de uma vez a visita de uma das nossas entrevistadoras. Elas usarão um crachá de identificação. A pesquisa deste ano será um pouco diferente de outras que você já participou. Na primeira visita a entrevistadora fará algumas perguntas, depois fornecerá um questionário onde você deverá ler e escolher entre cada grupo de opções, aquela que melhor descreve a maneira como vem se sentindo na última semana. Alguns dias mais tarde, a entrevistadora retornará a sua casa para deixar uma lista de sintomas e solicitará que você preencha todos os dias, durante uma semana. Embora preenchido diariamente, esse registro é fácil e rápido. O retorno da entrevistadora ocorrerá algumas outras vezes, em semanas variadas, por um período de aproximadamente dois meses. Nós temos a preocupação em realizar nossa pesquisa sem provocar transtornos para você. Portanto, quando a entrevistadora vier lhe visitar, pedimos que informe o horário mais adequado para a entrevista e as visitas seguintes.

Os dados colhidos nesta pesquisa serão sigilosos e analisados com o auxílio de computadores. Em hipótese alguma o seu nome ou o de qualquer outra pessoa será divulgado. Caso você sinta desconforto com qualquer uma das

perguntas ou com a entrevista, não é obrigada a realizá-la. É muito importante que você participe, pois suas respostas não poderão ser substituídas por nenhuma outra pessoa.

Desde já agradecemos sua colaboração,  
Celene Maria Longo da Silva e Denise Petrucci Gigante –  
coordenadoras

## Apêndice 6 Termo de Consentimento livre e informado

Investigador responsável: Prof<sup>a</sup> Denise Petrucci Gigante  
 Departamento de Medicina Social - UFPEL

Concordo em participar do estudo “Síndrome pré-menstrual em mulheres jovens”. Estou ciente de que todas as pessoas nascidas em Pelotas, em 1982, e que residam na cidade participarão voluntariamente do estudo.

**PROCEDIMENTOS:** Fui informado que a entrevista será realizada em duas etapas. Na primeira etapa, eu irei responder um questionário sobre saúde, trabalho, escolaridade e outras questões gerais. Na segunda, que tem questões mais pessoais, não será colocado o meu nome. Depois dos questionários, serei visitada novamente durante algumas semanas, e serei solicitada a preencher um registro diário de sintomas durante uma semana em cada visita, totalizando quatro semanas, no período de aproximadamente dois meses.

**RISCOS:** Fui informado que a coleta dessas informações não oferece nenhum risco.

**BENEFÍCIOS:** No final do período do acompanhamento receberei um brinde como forma de agradecimento pela minha colaboração.

**PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:** Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento, e isso não acarretará nenhum prejuízo para mim.

**DESPESAS:** Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos.

**CONFIDENCIALIDADE:** Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

**CONSENTIMENTO:** Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

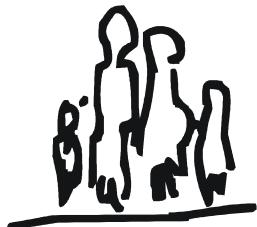
ASSINATURA:\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2007 Doc Identidade: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR:**

Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. A jovem compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento.

ASSINATURA DA INVESTIGADORA: \_\_\_\_\_



**Universidade Federal de Pelotas  
Faculdade de Medicina  
Departamento de Medicina Social  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia**

**Apêndice 7 Manual do Trabalho de Campo**

Visita em 2007 às mulheres nascidas em 1982

Março de 2007

**DÚVIDAS OU DIFICULDADES COM ALGUMA QUESTÃO, LIGAR PARA:**

**Celene Silva:** 8409 2427, 3228 4867, 3025 1878 ou 3271 2442.

[celene.longo@terra.com.br](mailto:celene.longo@terra.com.br) ou [celene\\_longo@hotmail.com](mailto:celene_longo@hotmail.com)

Para dúvidas referentes ao trabalho de campo, o e-mail e os dois primeiros números de telefone estarão disponíveis 24 horas por dia; os últimos somente em horário comercial.

**Gicelle Minten:** 3271 2442 ou 99835468

[giceleminten.epi@gmail.com](mailto:giceleminten.epi@gmail.com) ou [giceleminten@hotmail.com](mailto:giceleminten@hotmail.com)

**Denise Gigante:** 3271 2442 (apenas se não for possível contato com pelo menos 2

tentativas com cada um dos números acima), [denise.epi@gmail.com](mailto:denise.epi@gmail.com)

## INSTRUÇÕES GERAIS

### INTRODUÇÃO

Neste ano serão visitadas algumas das mulheres que nasceram em 1982. Nem todas as nascidas naquele ano e visitadas em 2004-05 serão procuradas, mas todas aqui listadas são muito importantes para o estudo em andamento. Caso tu sejas informada que alguma conhecida da entrevistada ainda não foi procurada, deves dizer que ela será contatada mais tarde de acordo com o andamento do estudo. Por favor, anote o nome, a data de nascimento, o endereço completo e os números de telefone das entrevistadas. Essas informações serão importantes para este e outros estudos que serão desenvolvidos com essa coorte de nascimentos.

### LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

1. Crachá e carteira de identidade;

2. carta de apresentação;

3. manual de instruções;

4. questionários e registros diários;

5. lápis, borracha, apontador e sacos plásticos;

OBS: levar sempre material em maior quantidade que o estimado para as visitas do dia.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídas no estudo somente as pessoas que constam na lista de entrevistas que vocês estão recebendo. Mesmo que no mesmo domicílio se encontre outra mulher nascida em 1982 em Pelotas, essas entrevistas se destinam somente àquelas selecionadas para essa visita (de qualquer forma, se isso acontecer, anotar sempre o nome, endereço, data de nascimento e nome da mãe na época do nascimento, em 1982, e entregar esses dados para a supervisora).

## A ENTREVISTA

Serão apresentadas em seguida orientações gerais sobre como abordar e entrevistar. Elas são importantíssimas, é o código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

**1)** Use sempre o seu **crachá** – ele é a sua identificação. **Seja discreta** usando bom senso no modo de vestir, procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer morador, mesmo que este fume e lhe ofereça.** Evite comentar algo do bairro ou do que está acontecendo na casa. Ao chegar à casa você deve conferir o número da coorte, o endereço onde será realizada a entrevista e o nome da entrevistada para completar as questões 1 a 4.

**2)** Faça **sua apresentação** conforme o combinado. Você deve pedir para falar com a jovem e mostrar o **termo de consentimento**, pedindo sua assinatura. Se for necessário, mostre sua carta de apresentação. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do Centro de Pesquisa na carta que lhe está sendo entregue. Não se esqueça de deixar claro que qualquer dúvida sobre o trabalho ou a pesquisa poderá ser esclarecida através dos telefones 3221 2442, 3025 1878, 3228 4867 ou 8409 2427 com Celene. Entregue para todas as entrevistadas o nosso cartão para dúvidas ou informações.

- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal de Pelotas, e que quer apenas conversar. É importante ressaltar que você não quer vender nada.
- Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com a entrevistada, tratando-a com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.

**3)** Preencha o questionário com **letra legível**. Use sempre lápis e borracha para apagar qualquer apontamento incorreto. Os números devem ser arábicos e legíveis. O número sete deve ter o traço no meio. USE LETRA DE IMPRENSA sem acento e cedilha.

**4)** Se houver muitas pessoas na casa, peça para ir para um local mais reservado para que vocês fiquem mais à vontade. Se isso não for possível e caso você perceba algum constrangimento, faça uma anotação no final do questionário.

- Chame a entrevistada sempre pelo nome, jamais chame alguém de tia, mãe, cara, mulher etc. Isso é sempre interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de quando em quando, faça referência ao **nome** da entrevistada. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da entrevistada. Por exemplo: “Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- **“Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas.** Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar a conduta das pessoas. A postura da entrevistadora deve ser sempre **neutra** em relação às respostas”.
- É essencial que você conheça profundamente o conteúdo do questionário que vai aplicar e o manual de instruções, estando familiarizada com os termos usados na entrevista, para que não haja nenhuma dúvida ou hesitação de sua parte na hora de formular perguntas e anotar respostas. É só a entrevistada que tem direito de hesitar.
- Seja claro na formulação das perguntas, utilizando o texto do questionário tal e qual. Caso a entrevistada não entenda, repita. Só depois disso você deve formular a questão para tentar que ela seja entendida.
- Nunca influencie ou sugira respostas. Dê tempo à entrevistada para que reflita e encontre a resposta para as suas perguntas. Se você não conseguir obter nenhuma resposta, leia todas as alternativas antes de deixar que ela responda. Assim ela não vai escolher logo a primeira possibilidade a ser oferecida.
- Procure manter um diálogo bem aberto com os supervisores do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e das entrevistas. As suas sugestões são

importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. **A sua dúvida pode ser a mesma que aquela da sua colega.**

- **Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas.**
- Não saia de casa sem ter material suficiente para o trabalho a ser realizado no dia., sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- **Mantenha à mão o seu Manual de Instruções** e não sinta vergonha de consultá-lo durante a entrevista, se for necessário.,

### **PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E FORMULÁRIOS**

- Cuide bem de seus formulários. Eles devem ser mantidos sempre na pasta para que não amassem ou molhem. Use sempre a prancheta na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente à frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Os questionários devem ser preenchidos a lápis e com muita atenção, usando borracha para as devidas correções. Os termos de consentimento serão preenchidos a caneta, sempre de cor azul.
- As letras e números devem ser escritos de maneira **absolutamente legível**, sem deixar margem para dúvidas. Lembre-se! Tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Vamos padronizar os números de acordo com o exemplo: (Escrever aqui o exemplo)
  
- Em especial, o I não tem aba, nem pé. Quanto mais a gente capricha no um, mais parecido ele fica com o dois. Faça o número cinco bem diferente do nove! O oito são duas bolinhas.
- **Nunca** deixe **nenhuma** resposta em branco, a não ser as das pulos indicados no questionário. Nesse caso, faça um traço diagonal nas questões que estão sendo puladas e siga em frente. Lembre-se de que, no caso de uma pergunta ficar sem resposta, você poderá ter que voltar ao local da entrevista.
- Não use abreviações ou siglas, a não ser que tenham sido fornecidas pelo manual.

- Datas devem aparecer sempre na ordem: dia - mês - ano e todos os espaços devem ser preenchidos. Para datas anteriores ao dia e mês 10, escreva o número do mês precedido de 0 (zero). Exemplo: 02 / 04 / 1982.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se for necessário, peça para que a resposta seja repetida. Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** segura de ter entendido o que foi dito pela entrevistada.
- Em caso de dúvida você poderá fazer um comentário escrevendo um número rodeado por um círculo na margem direita da folha. Repita o número no pé ou no verso da página e escreva o seu comentário. Essa iniciativa pode ser motivada pelo fato de nenhuma alternativa corresponder à resposta fornecida pela entrevistada, ou pelo fato de ela ter se mostrado particularmente insegura ou hesitante ao responder.
- Preste muita atenção para **não pular** nenhuma pergunta. Ao final de cada página do questionário, procure verificar se todas as perguntas foram respondidas.
- **Nunca** confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Quando estiver em dúvida sobre a resposta ou quando a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com a respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema à supervisora.
- Use o pé ou o verso da página, para escrever tudo o que você acha importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com a supervisora essas anotações serão muito úteis.
- As **instruções** em **letra MAIÚSCULA e minúscula (em negrito)** são para você ler para as entrevistadas. As com letra *MAIÚSCULA OU minúscula (em itálico)* servem como um guia para você conduzir as entrevistas corretamente, sem perguntar coisas inadequadas à situação. São os chamados PULOS (já destacados em sombreado cinza), ou seja, são guias para melhor preenchimento e coleta de dados. CUIDADO com eles, pois você poderá pular algo que não deveria.
- Leia com atenção todas as **instruções** dos questionários. Carregue sempre o manual – ele fará falta especialmente em situações imprevisíveis.

- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar o que foi respondido no espaço reservado, segundo as palavras da informante.
- **Antes de entregar o questionário auto-aplicado certifique-se se a entrevistada é alfabetizada e/ou se não tem alguma deficiência, de forma que o mesmo possa ser adequadamente preenchido.**
  1. Caso a jovem **não seja alfabetizada porque tem uma deficiência mental**, por ter dificuldade de aprender ou se está estudando em escola especial (Alfredo Dub, APAE e CERENEPE), não se deve entregar o questionário auto-aplicado nem fazê-lo em forma de entrevista.
  2. Se a jovem **não se alfabetizou (ou se alfabetizou mal)** por ter tido diversas evasões escolares ou ter vivido na zona rural, por exemplo, deve-se realizar o auto-aplicado em forma de entrevista e, portanto, solicitar para ficar sozinha com a jovem. Para essa entrevista, dois questionários devem ser utilizados. A entrevistadora lê as perguntas e as opções de respostas na sua cópia e a jovem acompanha em outra. A entrevistadora deve mostrar o local onde a jovem deve marcar sua resposta.
  3. Com jovens portadoras de **deficiência mental**, preencha o Questionário principal com as respostas que forem possíveis com as informações fornecidas pela pessoa responsável pelo cuidado dela. O Questionário auto-aplicado não deve ser feito nesses casos.
  4. Com jovens **cegas**, faça com ela o Questionário completo e o Questionário auto-aplicado na forma de leitura.
  5. Com jovens **surdas** que utilizam a língua de sinais, peça para um familiar, que também utilize essa língua fazer as perguntas para ela.

### ***Fluxo Ideal***

**Entregar o termo de consentimento à entrevistada > Confirmar as informações da página de rosto > Aplicar o Questionário principal > Entregar o Questionário auto-aplicado > Receber o Questionário auto-aplicado, colocar no envelope e na pasta.**

- Sabe-se que as situações irão variar, mas tente ser o mais fiel possível a esse fluxo.

- Em caso de dúvida no momento da entrevista, anote a resposta e ao término dela assinale a resposta conforme o manual. Caso a dúvida persistir, converse com a supervisora e explique a situação daquela pessoa ou a resposta dada por ela. A supervisora está capacitada a orientá-la da melhor forma. Mas não se esqueça de anotar o que aconteceu e a resposta dada tal qual foi mencionada. Se a informação anotada não preencher os quesitos da questão iremos telefonar para a entrevistada ou ir ao domicílio dela, a fim de encontrar uma resposta correta.
- Leia todo o texto escrito no questionário **sem alterar qualquer palavra**, respeitando os **PULOS**. É importante para a uniformização das perguntas e das respostas que você não altere uma palavra. Caso a entrevistada não entenda, repita a questão da mesma forma. Se mesmo assim ela não souber responder, pergunte a ela: “**O que tu entendes com essa pergunta?**” e veja o que ela irá responder. Assinale a questão não entendida pela entrevistada fazendo uma marca ao lado da pergunta e depois anote a resposta. Essas questões serão discutidas com a supervisora.
- A palavra **outra**, quando estiver dentre as opções a serem assinaladas, representa uma resposta que não está pré-codificada. Ou seja, a entrevistada disse algo que não está impresso no instrumento. Portanto, você deverá anotar todas as palavras ditas e não o que você entendeu do que ela disse. Feito isso, você deve checar com a entrevistada se o anotado corresponde ao que ela quis dizer. Quando não for mencionada a opção outro pela entrevistada, codifique com (88) NSA.
- Todos os **SE SIM** e **SE NÃO** se referem à pergunta anterior ou ao bloco de perguntas antecedente. Tenha cuidado, leia antes de seguir a entrevista para não criar situações em que você se mostre não treinada ou insegura.
- Ao final da entrevista **revise o questionário** para ver se você fez todas as perguntas necessárias. Respostas em branco demonstram uma falta grave da entrevistadora, e ela deverá retornar ao domicílio para obter a(s) resposta(s). Não marque mesmo que você saiba a resposta – ela deve ser sempre dada pela entrevistada. Faremos visitas às casas para verificar a atuação das entrevistadoras, portanto não tente solucionar um problema causando outro, especialmente para você.

- Preencher todos os campos em que as **respostas são em números**, como número de filhos 05, escrevendo sempre da direita para esquerda.
- As perguntas em que há dígitos antecedidos da sigla: **CID** \_\_\_\_\_ não preencha. Eles serão posteriormente codificados.
- As **quantidades nulas** devem ser preenchidas com Zero. - código “0”. O Zero não deve ser aplicado como sinônimo de “não”, a não ser quando isso esteja especificado claramente nas opções da pergunta [como: (0) não]. Deve-se considerá-lo normalmente em seu significado numérico. Assim, 00 mês e 02 dias = 02 dias; 00 dia = menos que 24 horas, 00 mês = menos de 30 dias.
- As datas ignoradas devem ser preenchidas com 09/09/9999. As datas que não se aplicam àquele caso devem ser escritas com 08/08/8888.
- Mantenha, para seu controle, um “diário de trabalho de campo” (caderno), anotando quais jovens que você visitou, e se foram ou não realizadas as entrevistas. Caso não tenham sido, anote o motivo e seu plano para retornar e visitá-la. Não confie na memória. São muitas visitas e confusões que só atrapalharão seu próprio trabalho. O recebimento de vales-transportes será feito conforme seus registros no diário de trabalho de campo.
- Quando você fizer uma anotação complementar ou necessitar escrever mais nas questões abertas, faça um asterisco ou uma flecha apontando onde você seguirá escrevendo.
- O Termo de Consentimento deve ser assinado a caneta. Em casos de analfabetas, peça para que indique um adulto (maior de 18 anos) que possa assinar por ela e anote o nome desse adulto e o parentesco com a jovem na mesma folha.
- Quando você chegar a uma casa em que a jovem morreu, peça desculpas e explique que não tínhamos essa informação. Pergunte quando foi a morte e anote a data. Se for necessário, entregue nosso cartão para que eles fiquem mais seguros sobre como você chegou lá.
- Quando uma jovem estiver grávida, faça uma observação na mesma linha em que você anota data da última menstruação, colocando que ela está grávida de “tantos” meses ou semanas.

- Apague bem as questões em que você preencheu errado, pois do contrário você será chamada para explicar por que preencheu duas respostas – algo que é inaceitável.
- O Questionário auto-aplicado deve ser preenchido a lápis. Entregue um lápis para <nome> e peça que ela responda e apague o que errar.
- Não aceitaremos ligações a cobrar. Portanto, porte seu cartão telefônico, pois com ele você poderá falar com as supervisoras.
- No questionário existe o campo para preencher com o dia e o horário da entrevista que necessitar agendamento.

**EM CASO DE DÚVIDA CONSULTE AS SUPERVISORAS!!!**

## **MANUAL DO QUESTIONÁRIO**

### **QUESTÕES 1. 2. 3. 4. e 5. COMPLETE OS DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA.**

Se os dados não estiverem preenchidos, preencha do número 1 ao 5.

### **PERGUNTAS SOBRE ASSUNTOS COMO A SAÚDE, HÁBITOS E OPINIÕES**

A maioria dessas perguntas refere-se ao último ano, outras aos últimos três meses, algumas ao último mês, aos últimos 15 dias, à última semana ou às últimas 24 horas. Por exemplo, a utilização de medicamentos se refere especificamente às últimas duas semanas. As perguntas são diretas e simples. Preste muita atenção em cada instrução, elas estarão no formato sublinhado. Observe os pulos.

#### **Perguntas:**

**6, 7, 8 e 9. Desde <MÊS> do ano passado tu consultaste com clínico geral? ginecologista? psicólogo? Psiquiatra?**

Essas perguntas referem-se a consultas com algum desses profissionais, realizadas no último ano. Caso a entrevistada diga que consultou várias vezes, pergunte sobre a última consulta. Assinale (0) para não e (1) para sim e, neste último caso, as perguntas B deverão ser aplicadas e as respostas colocadas na linha correspondente ao profissional que foi consultado no último ano.

**B. Qual foi o motivo da consulta?** Escrever por extenso a resposta fornecida pela entrevistada e deixar em branco o espaço para a codificação (\_\_\_\_\_), que será preenchido posteriormente pela supervisora.

**10) Desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas atrás, tu tomaste algum remédio, inclusive vitamina ou remédio para a dor ou febre?**

Se a resposta for afirmativa, preencha as colunas A, B, C e D conforme o número de medicamentos utilizados nas duas últimas semanas. Incluir chás se a entrevistada disser que os utiliza como medicamento. Se a resposta for afirmativa, preencha da pergunta 11 a 15.

**A) SE SIM: Qual o remédio?**

Anotar o nome do remédio como referido pela entrevistada. Se tiver dificuldade para preencher, pergunte a ela se tem o remédio para que você possa copiar o nome. Caso a jovem não tenha mais o medicamento, anote o que você entendeu e discuta com a supervisora quando for entregar o questionário. No caso de chás, pergunte o tipo. Não codifique.

**B) SE SIM: Por qual motivo, doença?**

Anote como referido pela entrevistada. Pode ser que o remédio tenha sido para dor e não especificamente para alguma doença. Não codifique.

**C) SE SIM: Foi receitado por médico?**

Para cada um dos medicamentos que a entrevistada referiu ter usado nas últimas duas semanas, assinale se foi receitado por médico na linha correspondente ao medicamento.

**D) SE SIM: Estás tomando esse remédio por um mês ou mais?**

Faça sempre a pergunta mesmo que não tenha sido receitado por médico. Para cada um dos medicamentos que a entrevistada referiu ter usado nas últimas duas semanas, pergunte se está tomando por um mês ou mais e assinale na linha correspondente ao medicamento.

**16) Tu és solteira, casada, viúva, separada ou vive com companheiro?**

Preencha de acordo com a resposta da entrevistada.

**17) Tu tens algum filho (a)?**

Se a resposta for afirmativa, preencha a questão 18 com o número de filhos referidos pela entrevistada.

Se ela referir filhos naturais e adotivos, anotar quantos estão em cada categoria e explicar para a supervisora.

19). Se ela referir que amamentou pelo menos um filho, a resposta é afirmativa. Na questão 20 anotar o ano de nascimento de cada um deles e especificar o tempo que amamentou, em meses.

Se não amamentou, pule para a questão 21.

## **AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR A RESPEITO DA TUA MENSTRUAÇÃO.**

Repete a frase que introduz essa parte e faça as perguntas.

### **21) Com que idade tu menstruaste pela primeira vez?**

Preencha de acordo com a resposta da entrevistada.

### **22) Qual a data da tua última menstruação? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**A. e a anterior a esta última? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

São perguntas simples e diretas. Assinale conforme a resposta da entrevistada, se ela não souber exatamente a data, depois de dar um tempo para ela pensar, pode ser arredondado da seguinte maneira: início do mês = 05, meio do mês = 15 e final do mês = 25.

### **23) Tu estás grávida?**

(0) Não

(1) Sim, está com \_\_\_\_ semanas **SE SIM, COM 12 OU MAIS SEMANAS DE GESTAÇÃO, PULAR PARA QUESTÃO 57**

(2) Sim, não sabe quanto tempo de gestação. **SE MENOS DE 3 MESES, PULAR PARA 28**

(9) Não sei

### **24. Tu sabes o dia em que estarás menstruada no próximo mês?**

(0) Não

(1) Sim

(8) NSA.

Anotar conforme a opinião da entrevistada.

- Para quem não menstruou nenhuma vez nos três últimos meses por irregularidade menstrual importante, gravidez ou amamentação, pular o bloco de questões a seguir (28 a 54), mas anotar o motivo pelo qual ela não menstruou. Para as grávidas, anotar quanto tempo de gravidez, em semanas ou meses, conforme ela referir. Se estiver amamentando, anotar a idade da criança em meses.

- Se a entrevistada não estiver menstruando porque usa pílula ou injeção para bloquear a menstruação, ela deverá responder todas as perguntas da tabela abaixo.
- Se ela não souber o motivo de não menstruar regularmente, dependendo da resposta ela poderá ser procurada novamente para responder outras perguntas.
- Em qualquer uma das possibilidades, quem menstruou pelo menos uma vez nos três últimos meses deverá responder todo o bloco de questões abaixo.

### **25) Tu sabes o dia em que estarás menstruada no próximo mês?**

(0) Não (1) Sim (8) NSA.

Conforme a informação da entrevistada.

### **26. Por quê?**

- (1) usa pílula
- (2) usa injeção
- (3) ciclos sempre regulares, sem medicação
- (4) ciclos irregulares, mas não usa nenhum medicamento
- (5) outro motivo: \_\_\_\_\_

- Tanto para aquelas que sabem quando irão menstruar, quanto para aquelas que não sabem, anotar como elas entendem que isso ocorre.

### **26. Que dia tu achas que estará menstruada?**

- (1) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- (2) entre \_\_\_\_ e \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- (9) impossível saber

- Na primeira opção será colocada a resposta das entrevistadas que sabem o dia exato, na segunda alternativa, as que têm uma idéia aproximada, seja em intervalos mais curtos ou mais longos que um mês.

### **27. Nos últimos 3 meses a tua menstruação foi regulada, ou seja, veio em todos os meses?**

- (0) Sim
- (1) Não, tem ciclos sempre irregulares
- (2) Não, porque toma pílula ou injeção para não menstruar
- (3) Não, está amamentando

Se alguma delas disser que a menstruação vem de 35 em 35 dias, por exemplo ou que todo mês “atrasa” 5 dias, ela sabe quando a menstruação virá. Da mesma forma, aquela que diz que sempre vem 5 dias “antes”, terá ciclos regulares a cada 25 dias. Para aquelas que dizem que pode vir 5 dias antes ou 5 dias depois de um mês, então anotar entre xx / xx e xx / xx. Será considerada como impossível saber para aquelas que não fazem idéia de quando será a próxima menstruação.

**NAS PRÓXIMAS ALTERNATIVAS TU DEVES ESCOLHER, DE ACORDO COM TEU ENTENDIMENTO, A INTENSIDADE DAQUILA QUE ESTÁ SENDO PREGUNTADO, ESCOLHA ENTRE AS RESPOSTAS:**

(0) NÃO	(1) UM POUCO	(2) MAIS OU MENOS	(3) BASTANTE
---------	--------------	-------------------	--------------

**Nos últimos três meses, alguns dias antes da menstruação tu costumas ou costumavas ficar... Ler as opções**

28. Braba ou irritada	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
29. Ansiosa ou tensa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
30. Chorando fácil	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante

31. Deprimida, sentindo muita tristeza	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
32. Pouco interesse (trabalho ou escola)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
33. Pouco interesse nas coisas de casa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
34. Pouca vontade de falar com amigo (s)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
35. Sem concentração, pensamentos soltos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
36. Cansada , sem energia	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
37. Desejo por alguns alimentos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
38. Perda de sono	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
39. Necessidade de dormir mais	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
40. Sem controle nas coisas que faz	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
41. Sem esperança, culpada	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
42. Dificuldade para fazer as tarefas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
43. Dor nas mamas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
44. Dor de cabeça	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
45. Dor nas juntas ou músculos	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
46. Sensação de inchaço	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
47. Ganho de peso	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
48. Cólicas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
49. Algum outro sintoma?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante

**SE TEVE ALGUM SINTOMA:** Isso que tu disseste que sentias quando estavas perto de ficar menstruada causou dificuldade em teu(s)...

50. Compromissos (trabalho ou escola)	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
51. Convívio com colegas	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
52. Convívio com a família	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
53. Local ou momento de diversão	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante
54. Cuidados com as tarefas da casa	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante

Preencha de acordo com a resposta da entrevistada. Se em qualquer uma das questões acima a resposta for afirmativa, faça a pergunta 87.

### 55) Tu achas que tens TPM?

Se afirmativa faça a pergunta 56, se não, pule para a 57.

### 56) SE SIM: Tu já fizeste ou estás fazendo tratamento para TPM ou síndrome pré-menstrual?

Preencha de acordo com a resposta da entrevistada.

## AGORA VOU TE PERGUNTAR SOBRE TEUS ESTUDOS

### 57) Tu estás estudando neste ano, em 2007?

Considerar como NÃO se a entrevistada não estiver freqüentando a escola em 2007. Se <nome> começou e parou de estudar, deve ser considerado NÃO. Se não, pule para a pergunta 59.

**58) SE SIM: Em que série tu estás?**

Escreva a série ou o ano que ela está cursando e o nível de ensino (fundamental, médio, técnico profissionalizante, superior ou pré-vestibular) e não a última que <nome> completou.

Obs: Se a entrevistada disser 1º grau somente ou ensino fundamental, pergunte até que série do 1º grau ou ensino fundamental. Marque 88 para aquelas que responderem que não estudaram por qualquer razão.

Marque faculdade se ele disser que estuda em curso superior ou se é formada em uma profissão de curso superior. Tenha cuidado ao marcar curso técnico ou faculdade. Para especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado, marquem a alternativa pós-graduação.

(03). Anote a opção outro e escreva algo que não está contemplado aqui – na dúvida discuta com a supervisora.

**SE NÃO ESTÁ ESTUDANDO EM 2007, ANOTAR (8) NSA E RESPONDER A QUESTÃO 59. Até que série tu completaste?**

Anotar a última série concluída com aprovação.

## **AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO**

**60) Tu trabalhaste, sendo paga, no último mês?**

Anotar apenas sim, não ou em licença quando estiver sendo remunerada por algum benefício/seguro. Caso ela relate que recebe outra coisa diferente de dinheiro pelo trabalho, escreva ao lado e mostre à supervisora na hora de entregar o questionário.

## **AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO MÊS. GOSTARIA QUE TU ME RESPONDESTE SIM OU NÃO.**

Peça para ficar sozinho com a entrevistada e pergunte sobre o último mês.

**\*\*\* Aqui as alternativas devem ser lidas de forma clara e impositiva. Mesmo que a entrevistada faça comentários sobre as perguntas, não emita nenhum parecer, somente leias as perguntas e repita caso ela não tenha conseguido ouvir tudo ou queira um tempinho para pensar na resposta.**

**No último mês... Ler as opções de pergunta**

- 61) Tiveste dores de cabeça freqüentes?**
- 62) Tiveste falta de apetite?**
- 63) Dormiste mal?**
- 64) Tens te assustado com facilidade?**
- 65) Tiveste tremores nas mãos?**
- 66) Tens te sentido nervosa, tensa ou preocupada?**
- 67) Tiveste má digestão?**
- 68) Sentiste que as tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?**
- 69) Tens te sentido triste ultimamente?**
- 70) Choraste mais do que de costume?**
- 71) Conseguiste sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?**
- 72) Tiveste dificuldade de tomar decisões?**
- 73) Achaste que teu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?**
- 74) Achaste que tinhas um papel útil na vida?**
- 75) Perdeste o interesse pelas coisas?**
- 76) Sentiste ser uma pessoa sem valor?**
- 77) Alguma vez pensaste em acabar com a tua vida?**
- 78) Sentiste cansada o tempo todo?**
- 79) Sentiste alguma coisa desagradável no estômago?**
- 80) Cansaste com facilidade?**

Pergunta direta que deve ser preenchida conforme a resposta do entrevistado.

<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A TUA ALIMENTAÇÃO. EU VOU LER UMA LISTA DE ALIMENTOS E GOSTARIA DE SABER SE TU COMESTE ALGUNS DESTES ALIMENTOS <u>NAS ÚLTIMAS 24 HORAS</u>, OU SEJA, DESDE AS &lt;HORAS&gt; DE ONTEM ATÉ AGORA, E SE SIM, QUANTAS VEZES TU COMESTE.</b>		
<b>Alimento</b>	<b>Porção</b>	<b>Nº de vezes</b>
<b>81. Leite</b>	1 copo médio	
<b>82. Requeijão</b>	1 colher de sopa	
<b>83. Leite condensado</b>	1 colher de sopa	
<b>84. Sardinha em lata</b>	1 unidade	
<b>85. Queijo</b>	1 fatia	
<b>86. Iogurte</b>	1 pote	
<b>87. Ovo inteiro</b>	1 unidade	
<b>88. Casca de ovo</b>	1 unidade	

81 a 88. Em relação ao arredondamento das porções, utilize o arredondamento dos valores sempre para mais, por exemplo, para duas colheres e meia, coloque três colheres.

Comeste...? Quantas... tu comeste?

Lembre que a resposta deve referir-se ao consumo nas últimas 24 horas anteriores à entrevista. Se ela responder que toma o leite em uma caneca, pergunte quanto representa em copos médios. Deve ser anotado conforme a resposta da entrevistada. Deixe que ela faça a conversão da medida que está habituada a utilizar com aquela proposta no questionário. No parêntese colocarás o número da porção (seja colher, xícara, etc.) que a entrevistada respondeu.

### **QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO**

As próximas questões serão entregues para a entrevistada responder sozinha. Ela deverá escolher uma entre quatro opções, nos 21 grupos de respostas. Se nenhuma delas se encaixa exatamente na forma como ela se sente, deve ser orientada a escolher aquela que mais se aproxima de seu sentimento.

Por exemplo, se hoje ela está muito feliz, no primeiro grupo de respostas ela deve escolher “0”, que não é bem como ela se sente, mas as demais alternativas estão mais distantes da resposta adequada.

<b>ESTE QUESTIONÁRIO CONSISTE EM 21 GRUPOS DE AFIRMAÇÕES.</b>		<b>Nº</b>
<p>✓ <b>LEIA CUIDADOSAMENTE CADA GRUPO;</b>          ✓ <b>FAÇA UM (X) NO CÍRCULO PRÓXIMO À AFIRMAÇÃO, EM CADA GRUPO, QUE MELHOR DESCRIE A MANEIRA COMO TENS TE SENTIDO <u>NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE</u>;</b>          ✓ <b>SE VÁRIAS AFIRMAÇÕES NUM GRUPO PARECEREM SE APLICAR IGUALMENTE BEM, FAÇA UM (X) EM CADA UMA DELAS;</b>  <b>TOME O CUIDADO DE LER TODAS AS AFIRMAÇÕES, EM CADA GRUPO, ANTES DE FAZER TUA ESCOLHA.</b></p>		
1	<input type="radio"/> Não me sinto triste. <input type="radio"/> Eu me sinto triste. <input type="radio"/> Estou sempre triste e não consigo sair disto. <input type="radio"/> Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	
2	<input type="radio"/> Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro. <input type="radio"/> Eu me sinto desanimada quanto ao futuro. <input type="radio"/> Acho que nada tenho a esperar. <input type="radio"/> Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.	
3	<input type="radio"/> Não me sinto um fracasso. <input type="radio"/> Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. <input type="radio"/> Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. <input type="radio"/> Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.	
4	<input type="radio"/> Tenho tanto prazer em tudo como antes. <input type="radio"/> Não sinto mais prazer nas coisas como antes. <input type="radio"/> Não encontro um prazer real em mais nada. <input type="radio"/> Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.	
5	<input type="radio"/> Não me sinto especialmente culpada. <input type="radio"/> Eu me sinto culpada grande parte do tempo. <input type="radio"/> Eu me sinto culpada na maior parte do tempo. <input type="radio"/> Eu me sinto sempre culpada.	
6	<input type="radio"/> Não acho que esteja sendo punida (castigada). <input type="radio"/> Acho que posso ser punida. <input type="radio"/> Creio que vou ser punida. <input type="radio"/> Acho que estou sendo punida.	
7	<input type="radio"/> Não me sinto decepcionada comigo mesmo. <input type="radio"/> Estou decepcionada comigo mesmo. <input type="radio"/> Estou enjoada de mim. <input type="radio"/> Eu me odeio.	
8	<input type="radio"/> Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. <input type="radio"/> Sou crítica em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. <input type="radio"/> Eu me culpo sempre por minhas falhas. <input type="radio"/> Eu me culpo por tudo de mal que acontece.	
9	<input type="radio"/> Não tenho quaisquer idéias de me matar. <input type="radio"/> Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. <input type="radio"/> Gostaria de me matar. <input type="radio"/> Eu me mataria se tivesse oportunidade.	
10	<input type="radio"/> Não choro mais que o habitual. <input type="radio"/> Choro mais agora do que costumava. <input type="radio"/> Agora, choro o tempo todo. <input type="radio"/> Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.	

11	<input type="radio"/> Não sou mais irritada agora do que já fui. <input type="radio"/> Fico aborrecida ou irritada mais facilmente do que costumava. <input type="radio"/> Agora, eu me sinto irritada o tempo todo. <input type="radio"/> Não me irrito mais com coisas que costumava me irritar.
12	<input type="radio"/> Não perdi o interesse pelas outras pessoas. <input type="radio"/> Estou menos interessada pelas outras pessoas do que costumava estar. <input type="radio"/> Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. <input type="radio"/> Perdi todo interesse pelas outras pessoas.
13	<input type="radio"/> Tomo decisões tão bem quanto antes. <input type="radio"/> Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. <input type="radio"/> Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. <input type="radio"/> Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14	<input type="radio"/> Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. <input type="radio"/> Estou preocupada em estar parecendo velha ou sem atrativos. <input type="radio"/> Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativos. <input type="radio"/> Acredito que pareço feia.
15	<input type="radio"/> Posso trabalhar tão bem quanto antes. <input type="radio"/> É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. <input type="radio"/> Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. <input type="radio"/> Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16	<input type="radio"/> Consigo dormir tão bem quanto o habitual. <input type="radio"/> Não durmo tão bem quanto costumava. <input type="radio"/> Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. <input type="radio"/> Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17	<input type="radio"/> Não fico mais cansada do que o habitual. <input type="radio"/> Fico cansada mais facilmente do que costumava. <input type="radio"/> Fico cansada em fazer qualquer coisa. <input type="radio"/> Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.
18	<input type="radio"/> O meu apetite não está pior do que o habitual. <input type="radio"/> Meu apetite não é tão bom como costumava ser. <input type="radio"/> Meu apetite é muito pior agora. <input type="radio"/> Absolutamente não tenho mais apetite.
19	<input type="radio"/> Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente. <input type="radio"/> Perdi mais do que 2 quilos e meio. <input type="radio"/> Perdi mais do que 5 quilos. <input type="radio"/> Perdi mais do que 7 quilos.
20	<input type="radio"/> Não estou mais preocupada com minha saúde do que o habitual. <input type="radio"/> Estou preocupada com problemas físicos, tais como, dores, indisposição do estômago ou constipação. <input type="radio"/> Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. <input type="radio"/> Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21	<input type="radio"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. <input type="radio"/> Estou menos interessada por sexo do que costumava. <input type="radio"/> Estou muito menos interessada por sexo agora. <input type="radio"/> Perdi completamente o interesse por sexo.

## REUNIÕES COM AS SUPERVISORAS DE CAMPO

Semanalmente, às segundas-feiras pela manhã (8h), haverá a reunião geral com todas as entrevistadoras e supervisoras. Após, às 9h, cada entrevistadora deverá participar de uma reunião com a supervisora, na qual deverá entregar todos os questionários completos, solicitar mais material, resolver dúvidas e problemas que tenham surgido durante a semana anterior e receber novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

## **Apêndice 8 Manual de preenchimento do registro diário**

Este cartão deverá ser preenchido no decorrer de uma semana e será completado em 4 semanas para cada entrevistada.

Deverá ser entregue para a entrevistada com os dias da semana e do mês já anotados. Ela será orientada a preencher somente naqueles dias para os quais precisamos das informações para nosso estudo.

Cada coluna corresponde a um dia e deverá ser preenchida com informações referentes ao dia que está terminado. O melhor horário é no início da noite, portanto recomendamos que ela preencha entre 18 e 24h.

**Quantidade de menstruação:** a quantidade de menstruação deverá ser anotada se a entrevistada tiver qualquer tipo de sangramento, mesmo em dias em que a menstruação não está prevista. A quantidade será determinada pela própria entrevistada, de acordo com o entendimento dela de **nada (0), um pouco (1), mais ou menos (2) ou bastante (3)**.

**Uso de remédio/pílula:** anotar na grade se usou SIM ou NÃO em cada um dos dias, e na última página deverão ser anotados todos os remédios que ela estiver usando com o nome comercial ou genérico. Também deverá ser anotado se o uso foi diário ou não.

**Sintomas emocionais, físicos e problemas:** os sintomas deverão ser anotados em cada dia da semana. Antes de entregar o questionário para a entrevistada, deverão estar preenchidos todos os espaços referentes aos dias da semana e do mês em que precisamos das informações delas.

**Registro diário de sintomas:** a intensidade dos sintomas deverá ser traduzida em forma de números, ou seja, nada corresponde a zero (0), um pouco a (1), mais ou menos a (2) e bastante a (3). Abaixo é apresentada a tabela com cada uma das intensidades, conforme aparece no cartão que deverá ser lido junto com a entrevistada. No entanto, a anotação no cartão deve ser de acordo com a interpretação e o entendimento de cada entrevistada. Ela é quem deve decidir sobre o que está sentindo de cada um dos sintomas.

**Gratificação:** para cada entrevistada que completar as quatro etapas do registro semanal será entregue, sem sorteio, um brinde no final do estudo (possivelmente um Kit de beleza da farmácia Extractus). As entrevistadoras com melhor desempenho serão gratificadas com brindes em cada etapa do trabalho de campo.

## Apêndice 9 Glossário

**Síndrome pré-menstrual (SPM), ou PMS (*premenstrual syndrome*):** conjunto de alterações físicas, emocionais e comportamentais que ocorrem no período pré-menstrual (sete a dez dias antes da menstruação) e aliviam com o início do período menstrual. Estudos apresentam números variados de sintomas, que aparecem em número de até 150. Não existe um padrão mínimo, sendo que a presença de um único sintoma com as características acima pode ser considerada SPM. Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10<sup>a</sup> revisão pela OMS (CID 10) a SPM aparece como: N94.3 = Síndrome de tensão pré-menstrual.

**Transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM) ou PMDD (*premenstrual dysphoric disorder*):** critério definido na quarta edição do *Diagnostic and Statistical Manual of American Psychiatric Association, (DSM IV)*, descrito em 1994 e revisado em 2000:

- A. Na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, no mínimo cinco dos sintomas seguintes estiveram presentes na maior parte do tempo durante a última semana da fase lútea, começaram a reduzir durante alguns dias após o início da fase folicular e estiveram ausentes na semana após a menstruação, com pelo menos um dos sintomas sendo (1), (2), (3) ou (4):
  - 1. humor acentuadamente deprimido, sentimentos de falta de esperança ou pensamentos autodepreciativos;
  - 2. acentuada ansiedade, tensão, sentimento de estar “com os nervos à flor da pele”;
  - 3. instabilidade afetiva acentuada (p. ex: subitamente triste ou em prantos ou sensibilidade aumentada à rejeição);
  - 4. raiva ou irritabilidade persistente e acentuada ou conflitos interpessoais aumentados;
  - 5. diminuição do interesse pelas atividades habituais (p. ex: trabalho, escola, passatempos);
  - 6. sentimento subjetivo de dificuldade em concentrar-se;
  - 7. letargia, fadiga fácil ou acentuada falta de energia;
  - 8. acentuada alteração do apetite, excessos alimentares ou avidez por determinados alimentos;
  - 9. hipersonia ou insônia;
  - 10. sentimento subjetivo de descontrole emocional;

11.outros sintoma físicos, tais como sensibilidade ou inchaço nas mamas, cefaléia, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço geral”, ganho de peso.

**Nota:** Em mulheres que menstruam, a fase lútea corresponde ao período entre a ovulação e o início da menstruação, e a fase folicular inicia-se com a menstruação. Em mulheres que não menstruam (p. ex: aquelas que sofreram histerectomia), o momento da fase lútea e folicular pode exigir uma medição dos hormônios sexuais circulantes.

- B. A perturbação interfere acentuadamente no trabalho ou na escola, ou em atividades sociais habituais e relacionamentos (p. ex: fuga de atividades sociais, redução da produtividade e da eficiência no trabalho ou na escola).
- C. A perturbação não é uma mera exacerbão dos sintomas de outro transtorno, como Transtorno Depressivo Maior, Transtorno do Pânico, Transtorno Distímico ou um Transtorno da Personalidade (embora possa estar sobreposta a qualquer um desses).
- D. Os critérios A, B e C devem ser confirmados por avaliações diárias feitas durante pelo menos dois ciclos sintomáticos consecutivos (o diagnóstico pode ser feito provisoriamente, antes dessa confirmação).

**Sensibilidade:** a sensibilidade de um teste é a proporção de pessoas com a doença que têm um resultado positivo. Quanto maior a sensibilidade de um teste, maior a probabilidade de que esse teste detecte pessoas com a doença. Testes sensíveis são úteis nas fases iniciais de um processo diagnóstico, quando um grande número de possibilidades está sendo considerado e se quer reduzi-las. Testes sensíveis são usados para excluir doenças, e são mais úteis quando o resultado é negativo.

**Especificidade:** é a proporção de pessoas sem a doença que têm resultado do teste negativo. Quanto maior a especificidade, maior a probabilidade de que pessoas sem a doença sejam excluídas pelo teste. Testes altamente específicos são necessários quando resultados falso-positivos podem lesar o paciente física, emocional ou financeiramente. São mais úteis quando seu resultado é positivo.

**Valor preditivo positivo:** é a proporção de pessoas com resultado positivo que, de fato, têm a doença de interesse. Permite estimar a probabilidade de que a doença esteja presente quando o resultado do teste foi positivo.

**Valor preditivo negativo:** é a probabilidade de o paciente não ter a doença no caso de o teste ser negativo.

**Razão de probabilidades:** é a probabilidade de encontrar determinado resultado entre as pessoas doentes, divididas pela probabilidade do mesmo resultado entre pessoas sem a doença. Expressa quantas vezes mais provável é encontrar um determinado resultado entre as pessoas doentes, comparadas com as não doentes.

**Estatística Kappa:** é uma forma de testar concordância entre os observadores. Kappa informa a proporção de concordâncias além da esperada pelo acaso.

**Curva ROC (*Receiver Operator Characteristics*):** é uma maneira de expressar a relação entre sensibilidade e especificidade de um determinado teste em uma escala contínua. É útil para determinar um ponto de corte no teste que otimize os resultados de sensibilidade e especificidade, como p. ex, a determinação do ponto de corte para considerar glicemia elevada.

## 8 Anexos

### Anexo 1 Instruções aos autores: Cadernos de Saúde Pública



CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA  
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

#### **instruções para os autores**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

#### **1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

- 1.1 Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras);
- 1.2 Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras);
- 1.3 Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras);
- 1.4 Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras);
- 1.6 Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras);
- 1.7 Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

#### **2. Normas para envio de artigos**

**2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

#### **3. Publicação de ensaios clínicos**

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.org.au)
- [ClinicalTrials.gov](http://clinicaltrials.gov)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com)
- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp/ctr)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.ictrp.org)

#### **4. Fontes de financiamento**

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **5. Conflito de interesses**

- 5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### **6. Colaboradores**

- 6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [International Committee of Medical Journal Editors](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

#### **7. Agradecimentos**

- 7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

#### **8. Referências**

- 8.1** As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).
- 8.2** Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

#### **9. Nomenclatura**

Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

- 10.1** A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.
- 10.2** Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.
- 10.3** Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

**10.4** Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

**11.1** Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir.

No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br). **11.2** Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui". **11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. Envio do artigo

**12.1** A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 110 caracteres com espaços.

**12.5** O título corrido (máximo de 70 caracteres com espaços).

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

**12.7 Resumo.** Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

**12.8 Agradecimentos.** Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências. Esse arquivo não deve conter resumo, *abstract*, identificação/afiliação dos autores, ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas) e agradecimentos/collaboração.

**12.11** O arquivo com o texto do manuscrito deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas,

mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15 Ilustrações.** O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, sendo aceito o máximo de cinco ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18 Tabelas.** As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19 Figuras.** Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsulated PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26 Formato vetorial.** O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27 Finalização da submissão.** Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28 Confirmação da submissão.** Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

### 14. Envio de novas versões do artigo

Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/index.html> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão". As modificações no texto.

### 15. Envio de novas versões do artigo

**15.1** Após a aprovação do artigo a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: [www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html](http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html).

**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

**Cadernos de Saúde Pública**

Rua Leopoldo Bulhões 1480  
Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil  
[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

© 2007 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

## Anexo 2 Instruções aos autores: Obstetrics Gynecology

### Instructions for Authors

Following are guidelines for the preparation and submission of manuscripts to *Obstetrics & Gynecology*. The manuscript should be submitted through the Internet at [ong.editorialmanager.com](http://ong.editorialmanager.com) (Editorial Manager). The following items should be included with the submitted manuscript:

- Cover letter, addressing the following points:
  - The authors' intent to submit to *Obstetrics & Gynecology*
  - Previous submissions (see I.A)
  - The role of each author if the total number exceeds the journal's limit (see I.C)
  - Institutional review board approval or exemption (see I.H)
  - Suggested reviewers and contact information
- Completed checklist
- Signed author agreement form

The submission checklist and author agreement forms may also be sent by mail or fax. Both forms are available online ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml)) or in the back of each month's journal. Authors must use the most recent version of the author agreement form. The most current version is always the one found online.

Once a manuscript is submitted through Editorial Manager, the corresponding author will be notified by e-mail. Authors submitting online should not send duplicate copies of the manuscript to the editorial office. Authors who do not have Internet access may submit hard copies of manuscripts (accomp-

panied by an electronic copy of the manuscript and artwork saved to a CD-ROM) to the following address:

**The Editor**  
***Obstetrics & Gynecology***  
 409 12th Street, SW  
 Washington, DC 20024-2188  
**Phone:** 202-314-2317  
**Fax:** 202-479-0830  
**E-mail:** [obgyn@greenjournal.org](mailto:obgyn@greenjournal.org)  
**Web:** [www.greenjournal.org](http://www.greenjournal.org)

*A Guide to Writing for Obstetrics & Gynecology*, a complementary resource to the Instructions for Authors, is available at [www.greenjournal.org/misc/guidetowriting.pdf](http://www.greenjournal.org/misc/guidetowriting.pdf) (or contact the Editorial Office to obtain a copy). First and second authors of articles published in *Obstetrics & Gynecology* are eligible to receive 10 Category 1 continuing medical education credits per article for one article per year.\*

### I. POLICIES

The following policies apply to all manuscripts submitted to *Obstetrics & Gynecology*.

#### A. Previous Submission

Original submissions will be considered for publication with the understanding that they are contributed solely to *Obstetrics & Gynecology*. If a version of the manuscript has previously been submitted for publication to *Obstetrics & Gynecology* or to another journal, comments from the peer reviewers and an indication of how the authors have responded to these comments should be included. If any of the material in the manuscript (other than an abstract of not more than 300 words) is submitted or planned for publication elsewhere in any form (including electronic media), or if the information appeared in a previous publication, the author

should identify the other submission in the cover letter and include a copy of that publication. This does not apply to documented materials from other sources such as quotations, figures, and tables. Failure to comply with this stipulation may lead to a judgment of redundant publication. Authors found responsible for redundant publication may be barred from submitting manuscripts for up to 3 years; furthermore, a statement identifying the nature and source of the redundant publication may be printed in the journal.

#### B. Presentation at Meetings

A complete report that follows presentation at a scientific meeting (eg, abstract or poster) will be considered by the journal. Researchers who present their work at such a meeting may discuss their presentations with the media. However, offering more detail about the study than was presented in the abstract or poster (eg, providing additional data or copies of tables and figures) is prohibited.<sup>1</sup> Such presentations should be indicated on the title page.

#### C. Authorship

To qualify as an author of an article published in *Obstetrics & Gynecology*, an individual must have participated sufficiently in the work described to take public responsibility for it. Such participation ordinarily includes:

- Involvement in conception or design of the project
- Important contribution(s) to critical aspects of the conduct of the research
- Drafting the article submitted and revising it for important intellectual content
- Approval of the final, submitted version

\*The American College of Obstetricians and Gynecologists is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education to provide continuing medical education for physicians.

© 2008 by The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Lippincott Williams & Wilkins.



Participation that does not qualify for authorship includes:

- Data gathering
  - Provision of financial or other support
  - Review of a preliminary draft
- The Editor may request a description of the specific contribution of each of the authors listed. This information may be published with the article.

The appropriate number of authors depends on the nature of the study. The maximum number of authors usually permitted is six on Original Research articles and four on all other types of articles. If more than these numbers of authors are desired, specific information explaining the role of each author should be included in a cover letter.

Noting that more than one author contributed equally to the work is not permitted.

If authorship is attributed to a group or collective, there must be at least one individual name included. The names of the individuals in the group or collective should be listed in an appendix, which will be published online. A reference to the online appendix will appear in the print journal.

#### D. Provision of Additional Information

During consideration of a manuscript, it may become necessary to examine original source documents such as signed consent forms, IRB minutes, research data books or logs, and statistical calculations. If the Editor requests any such material, and the author is unable or unwilling to produce it, the manuscript will be withdrawn.

#### E. Financial Disclosure

On submission, the author(s) must identify potential conflicts of interest of a financial or other nature. Authors should err on the side of full disclosure and provide as much

information as possible, regardless of dollar amount.

- The title page must identify all sources of financial support of the study, including provision of supplies or services from a commercial organization.
- Authors should disclose any financial involvement that could represent potential conflicts of interest in an attachment to the author agreement form.

#### F. Evidence-Based Medicine

Evidence-based approaches are becoming more important to the scientific literature. *Obstetrics & Gynecology* has incorporated specific guidelines for reporting randomized controlled trials (ie, CONSORT),<sup>2,3</sup> meta-analyses and systematic reviews of randomized controlled trials (ie, QUOROM),<sup>4</sup> meta-analyses and systematic reviews of observational studies (ie, MOOSE),<sup>5</sup> studies of diagnostic accuracy (ie, STARD),<sup>6</sup> and observational studies (ie, STROBE).<sup>7,8</sup>

**1) CONSORT:** A completed CONSORT checklist (available at [www.greenjournal.org/misc/consort.pdf](http://www.greenjournal.org/misc/consort.pdf)) and a flowchart of participants should be included with the submitted manuscript. Authors of randomized controlled trials should report outcome data as both absolute and relative effects. In addition to the relative risk (RR), we encourage presentation of the number needed to treat for benefit (NNT<sub>b</sub>) or harm (NNTh).<sup>9,10</sup>

**2) QUOROM and MOOSE:** Review articles must follow the QUOROM or MOOSE guidelines. Further information is available on the journal's web site ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml))

**3) STARD:** A completed STARD checklist (available at [www.greenjournal.org/misc/stard.pdf](http://www.greenjournal.org/misc/stard.pdf)) should

accompany studies of diagnostic accuracy

**4) STROBE:** Observational Studies should follow the STROBE guidelines. Further information is available on the journal's web site ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml)).

In your cover letter, be sure to indicate that you have followed the CONSORT, MOOSE, QUOROM, STARD, or STROBE guidelines, as appropriate.

#### G. Clinical Trial Registration

All clinical trials must be enrolled in a central registry in order to be considered for publication.<sup>2,11</sup> Registries approved by the International Committee of Medical Journal Editors are:<sup>12</sup>

- [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)
- [isrctn.org](http://isrctn.org)
- [www.umin.ac.jp/ctr/index.htm](http://www.umin.ac.jp/ctr/index.htm)
- [www.actr.org.au](http://www.actr.org.au)
- [www.trialregister.nl/trialreg/index.asp](http://www.trialregister.nl/trialreg/index.asp)

Authors should provide the trial registry name and URL and the registration number at the end of the abstract.

#### H. Institutional Review Board

Institutional review board (IRB) approval (or a letter from the IRB chair stating that approval for the study is not required) is required for any original research article.

#### I. Compliance with NIH and Other Research Funding Agency Accessibility Requirements

A number of research funding agencies now require or request authors to submit the postprint (the article after peer review and acceptance but not the final published article) to a repository that is accessible online by all without charge. As a service to our authors, the journal's publisher, Lippincott Williams & Wilkins, will identify to the National Library of Medicine articles that require deposit



and will transmit the postprint of an article based on research funded in whole or in part by the National Institutes of Health, Wellcome Trust, Howard Hughes Medical Institute, or other funding agencies to PubMed Central. The author agreement form provides the mechanism.

## II. ARTICLE FORMATS

Several types of articles can be submitted for publication in *Obstetrics & Gynecology*. Original Research, Case Reports, Systematic Reviews, Current Commentaries, Personal Perspectives, In the Trenches, and Letters to the Editor. Stated page limits in II.A–E include all numbered pages in a manuscript (ie, title page, précis, abstract, text, references, tables, boxes, figure legends, and appendixes). See also the table titled “Manuscript Length At A Glance.”

### A. Original Research

An original research article is a full-length report of original basic or clinical investigation. Length should not exceed 22 manuscript pages.

**1) Abstract:** Original research reports should have a structured abstract of no more than 250 words, using the following headings:

- **Objective:** Main question, objective, or hypothesis

- **Methods:** Study design, participants, outcome measures, power
- **Results:** Measurements, including odds ratios with confidence intervals and level of statistical significance when appropriate; note that the editors prefer absolute numbers and percentages (see I.E)
- **Conclusion:** Directly supported by data, along with clinical implications

**2) Headings:** Original research reports should be organized in a manner similar to their structured abstract.

- **Introduction** should orient the reader to the problem(s) addressed by the report, preferably in one to two paragraphs, and must clearly state the purpose or objective of the research. A detailed literature review should be avoided in this section.
- **Materials and Methods** should describe the research methodology in sufficient detail that others could be able to duplicate the work. This section should state that an appropriate IRB approved the research and that the subjects gave informed consent. Methods of statistical anal-
- ysis should be identified and, when appropriate, the basis (including alpha and beta error estimates) for their selection stated. Any statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. Reports in which statistical difference is lacking must provide some indication of the study's power to detect such differences, and this information must be included in the abstract.
- **Results** should present the findings in appropriate detail. Tables and figures may be used, but care should be taken to avoid duplication between text and tables or figures.
- **Discussion** should raise implications of the findings reported and compare them with those of earlier reports. It may be helpful in developing arguments to recapitulate some of the findings, but repetition of results given earlier should be avoided. Complete review of the literature is not necessary. Although some degree of speculation (eg, as to the importance of the observations) is permissible, unfounded conclusions should be avoided. A final summary is usually unnecessary, as this information should be provided in the abstract. The focus of this section should be the importance of these findings to clinicians and actual patient care.

### Manuscript Length At A Glance

Article Type	Abstract Length	Manuscript Length*
Original Research	250 words	22 pages <sup>†</sup>
Case Report	125 words	8 pages
Systematic Review	300 words	25 pages
Current Commentary	250 words	12 pages
Personal Perspectives	NA	NA
In the Trenches	NA	300 words <sup>‡</sup>

NA, not applicable.

\*Manuscript length includes all numbered pages in a manuscript (ie, title page, précis, abstract, text, references, tables, boxes, figure legends, and appendixes). Manuscript pages should be double-spaced. The average word count per page is 250 in the body of the text. The pages containing the title, précis, abstract, references, tables, boxes, figure legends, and appendixes may have fewer words, so the overall page count should be used as a guide when considering length.

<sup>†</sup>The Introduction should not exceed 1 page; the Discussion should not exceed 3 pages.

<sup>‡</sup>Length includes case only; authors submitting a case should include a title page.

ysis should be identified and, when appropriate, the basis (including alpha and beta error estimates) for their selection stated. Any statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. Reports in which statistical difference is lacking must provide some indication of the study's power to detect such differences, and this information must be included in the abstract.

**B. Case Reports**

Case reports are published twice yearly as a supplement to the February and August issues. A case report is a brief description of up to three cases of a particular condition that is unusual and instructive and not previously reported. Length should not exceed eight manuscript pages and eight references. The



case should be written in a way that preserves the confidentiality of the subjects.<sup>13</sup> The report should have a clear purpose and teaching point; simply because it is the first case reported does not usually justify publication.

**1) Abstract:** Case reports should have a structured abstract of no more than 125 words, using the following headings:

- **Background:** Importance of the subject matter and specific purpose of the report
- **Case:** Summary of pertinent features of the clinical findings, important laboratory abnormalities, treatment, and outcome
- **Conclusion:** Summary of the principal finding and why it is unique or worthy of mention, indicating relevance to clinical practice

**2) Headings:** Case report articles have three basic components.

- **Introduction** should give a brief background about why the case is important.
- **Case(s)** should be narrative and include the essential findings and patient management.
- **Comment** may include a brief review of the literature but should focus primarily on the clinical implications of the case(s) presented.

### C. Systematic Reviews

A systematic review article is a comprehensive review of publications relating to a specific clinical subject accompanied by critical analysis and conclusions. The manuscript should not exceed 25 pages, including references. Review articles must follow the MOOSE<sup>5</sup> or QUOROM<sup>4</sup> guidelines ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml)).

**1) Abstract:** Systematic review articles should have a structured abstract of no more than 300 words, using the following headings:

- **Objective:** Statement of purpose of the review
- **Data Sources:** Sources searched, including dates, terms, and constraints
- **Methods of Study Selection:** Number of studies reviewed and selection criteria
- **Tabulation, Integration, and Results:** Guidelines for extracting data, methods of correlating and integrating findings, and main results of review
- **Conclusion:** Primary conclusions and their clinical applications

**2) Heading:** Review articles should be organized in a manner similar to their structured abstract.

- **Introduction** should indicate why the topic is important and should state the specific objective(s) of the review.
- **Sources** should identify what was searched and how; if a computerized system was used, the dates searched, the language(s) covered, and the search terms used must be specified.
- **Study Selection** should identify the number and nature of reports reviewed, the basis of any selection (ie, exclusion and inclusion criteria), and the reports in the final tabulation.
- **Results** should describe how observations across studies were tabulated and integrated into a cohesive whole.
- **Conclusion** should include what can be concluded from the exercise, along with clinical implications and need for additional research.

### D. Current Commentary

Current Commentary essays address issues, opinions, experiences, or perspectives of clinical relevance to obstetrics and gynecology. Length should not exceed 12 manuscript pages and 12 references. The abstract should be a single paragraph

that states what was done, what was found, and what the findings mean.

### E. Personal Perspectives

Personal Perspectives essays offer insights into the practice of medicine, with an emphasis on the unique physician–patient relationship. Essays from various viewpoints—physician, nurse, patient—are welcome. A short essay for light reading addressing a topic pertinent to the discipline, including humor or satire, is also appropriate for this section. Length should not exceed 12 manuscript pages. Abstracts are not included in this feature.

### F. In the Trenches

In the Trenches articles feature challenging clinical cases followed by commentaries on management implications. The series is designed to highlight common clinical scenarios that are infrequently described in the ob-gyn literature. Suggestions for potential cases can be forwarded to Ingrid Nygaard, MD, Clinical Case Series Editor (e-mail: [ingrid.nygaard@hsc.utah.edu](mailto:ingrid.nygaard@hsc.utah.edu)). Case authors will work with the Series Editor to identify commentators. More detailed information is available at [www.greenjournal.org/misic/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misic/ifora.shtml).

### G. Letters to the Editor

Letters posing a question or challenge to an article appearing in *Obstetrics & Gynecology* within the last 8 weeks will be considered for publication. Letters are limited to a maximum of 400 words, including signatures and references. A word count must be provided. The maximum number of authors permitted is four. All authors' full names and the corresponding author's address, telephone and fax numbers, and e-mail address should appear at the end of the letter.

Submission of letters by e-mail ([obgyn@greenjournal.org](mailto:obgyn@greenjournal.org)) is encouraged. Hard copy submission with



accompanying compact disc or USB port also is acceptable. Do not use the Editorial Manager system to submit letters. The Editor reserves the right to shorten letters, delete irrelevant or objectionable comments, and make changes to comply with journal style. Due to the volume of letters received, the journal cannot reply to all submissions. An effort is made to publish accepted letters within 3 months of acceptance.

### **III. MANUSCRIPT SPECIFICATIONS**

The manuscript (including references, tables, and figure legends) must be double-spaced. Use a standard, 12-point typeface such as Times New Roman or Arial. Top, bottom, and side margins should be set at 1 inch. The first author's name should appear in the upper right corner of each page, and each page and line must be numbered consecutively, beginning with the title page. The use of subheadings is discouraged in all but the most complex of papers. Use of footnotes should be avoided. For direct quotations, the author and source must be acknowledged. Manuscripts should be prepared according to the following specifications:

#### **A. Title Page**

The first page should include the following information:

- Title of the article
- All author name(s), institutional, corporate, or commercial affiliations, and major degree(s)
- Corresponding author's name, address, telephone and fax numbers, and e-mail address (the corresponding author will be responsible for all correspondence and other matters relating to the manuscript)
- Source(s) of the work or study
- Disclosure of funding received for this work from any of the following organizations: National Institutes of Health, Well-

come Trust, Howard Hughes Medical Institute, and other(s).

- Running foot (short title)
- Acknowledgments

Manuscript titles should contain no more than a total of 100 characters (counting letters and spaces) and should not be declarative. Abbreviations or commercial names should not be used in the title. A short title of no more than 45 characters, including spaces (40 characters for case reports), should be provided at the bottom of the title page for use as a running foot.

Financial support of the study must be acknowledged (refer to section I.E for more information). Authors must report whether they had writing assistance and identify the entity that paid for this assistance. Acknowledgment of individuals who contributed to the study, but not sufficiently to be authors, is permitted as long as the contribution was specific and professional in nature. Written permission must be obtained from all individuals named in the acknowledgments. Acknowledgment permissions are not required to be submitted to the journal; rather, the corresponding author should keep them on file. By signing the journal's author agreement form, the corresponding author verifies that permission has been obtained from all named persons. Other acknowledgments, such as advice, secretarial services, or contribution of study subjects, are not permitted. It should be noted if the paper was part of a presentation at a meeting.

#### **B. Précis**

On the second page, a précis should be provided. It should be a single sentence of no more than 25 words, written in the present tense and stating the conclusion(s) of the report (ie, the bottom line).

#### **C. Abstract**

Abstracts should appear on the third page of the manuscript. All

information in the abstract should be consistent with the information in the text, tables, or figures.

#### **D. Abbreviations and Acronyms**

Only standard abbreviations and acronyms, such as those listed in *Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 31st edition*, in addition to the abbreviations and acronyms listed online ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml)), are allowed. Abbreviations and acronyms cannot be used in the title or précis. Abbreviations and acronyms must be spelled out the first time they are used in the abstract and again in the body of the manuscript. Abbreviations for units of measurement are given in the *American Medical Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors, 10th edition*.

#### **E. Commercial Names**

Commercial names cannot be used in the title, précis, or abstract. When referring to drugs, generic names (uncapitalized) should be used. If a commercial name must be used, it should be capitalized, and the name and location (city and state, as well as country if not in the United States) of the manufacturer should be indicated in parentheses at first mention. If a specific piece of commercial equipment, a particular instrument, or a statistical program has been used, the manufacturer's name and location should be indicated.

#### **F. Figures and Legends**

If you submit your manuscript electronically via Editorial Manager ([ong.editorialmanager.com](http://ong.editorialmanager.com)), art saved in a digital format should accompany it. Refer to the digital art guidelines and artwork checklist on the journal's web site for more direction on digital art preparation and examples of acceptable art (<http://www.greenjournal.org/misc/ifora>).



*shtml*). Hard copies of original art or photographs may be requested.

Art that is low resolution, digitized, adapted from slides, downloaded from the Internet, or images saved to PowerPoint (Microsoft Corporation, Redmond, WA) will not reproduce well. Original, high-resolution files are needed. Unacceptable art may be redrawn or removed from the article.

Each piece of art should have an accompanying legend. All legends should be grouped on a single separate page of the manuscript and not appear on the figure itself. A sentence or two is usually sufficient. Any abbreviations or symbols found in the figure should be identified in the legend and, in the case of photomicrographs, magnification and stain data should be provided. Use arrows to point out findings.

## G. Tables

Tables should be created using the table function in word processing software. Do not use tabs and spaces to create columns.

Each table should be double-spaced on a separate page, numbered by the Arabic system, and identified by a clear and concise title at the top. Tables should be grouped at the end of the manuscript, not interspersed within the text. Each table should be cited, in order by number, in the manuscript.

Information should be sufficiently detailed to allow the table to be understood by itself. Demographic information should be reported in tabular form. Do not use a table for data that can be described adequately in two or three sentences in the text. Standard rules of capitalization should be observed in the tables. Column totals should be verified and percentages should add up to 100% (or specify a reason). If one column or row of a table has the same entry for each cell, it should probably be deleted and the information be

conveyed in a footnote. If there are any blank cells in a table, they should be accounted for in a footnote. For borrowed selections, the original source should appear as a footnote. Further instructions on formatting tables are given in the *American Medical Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors, 10th edition*.

## H. Permissions and Releases

Tables and figures should be original. The use of borrowed material (eg, lengthy direct quotations, tables, or figures) is discouraged, but should it be considered essential, written permission of the copyright holder must be obtained and credit to the original source indicated. Permission is also required for material that has been adapted or modified from another source. Both print and electronic rights must be obtained. If a patient is recognizable, a signed release must be obtained from that patient. Forms for use in obtaining permission and releases can be found on the journal's website. Authors must include this documentation with the submitted manuscript (eg, by uploading scanned copies of forms or by faxing the forms to the editorial office).

## I. References

References cited should be published in peer-review publications that are generally accessible. Unpublished data, personal communications, statistical programs, papers presented at meetings and symposia, abstracts, letters, and manuscripts submitted for publication cannot be listed in the references. Information from such sources may be cited, if necessary, in the text with the sources given in parentheses. Papers accepted by peer review publications but not yet published ("in press") are not acceptable as references.

References are numbered consecutively in the order in which

they appear in the text (note that references should not appear in the abstract) and listed double-spaced at the end of the manuscript. Authors should avoid using the end-note or footnote feature in their word processing software to create the reference list. Citations should be identified on the line within parentheses.

Authors are responsible for the accuracy of all references. The format must adhere to the specifications of the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals,"<sup>1</sup> and journal names should conform to *Index Medicus* abbreviations. It is acceptable to use commercially available reference management software. The reference style of *Obstetrics & Gynecology* is closest to the International Committee of Medical Journal Editors, and the Editors recommend using this style as a template. Examples of specific types of references are available online ([www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml](http://www.greenjournal.org/misc/ifora.shtml)).

## REFERENCES

- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Available at: <http://www.icmje.org>. Retrieved April 18, 2007.
- Moher D, Schulz KF, Altman D; CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting Trials). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001;285:1987-91.
- Hopewell S, Clarke M, Moher D, Wager E, Middleton P, Altman DG, Schulz KF; CONSORT Group. CONSORT for reporting randomised trials in journal and conference abstracts. *Lancet* 2008;371:281-3.
- Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet* 1999;354:1896-900.
- Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational stud-



- ies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA* 2000;283:2008–12.
6. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: The STARD Initiative. Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy. *Ann Intern Med* 2003;138:40–44.
  7. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandebroucke JP, for the STROBE initiative. The strengthening the reporting of observational studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007;370:1453–57.
  8. Vandebroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *PLoS Med* 2007;4:e297. doi:10.1371/journal.pmed.0040297
  9. Nuovo J, Melnikow J, Chang D. Reporting number needed to treat and absolute risk reduction in randomized controlled trials. *JAMA* 2002;287:2813–4.
  10. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2005.
  11. DeAngelis CD, Drazen JM, Frizelle FA, Haug C, Hoey J, Horton R, et al. Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *JAMA* 2004;292:1363–4.
  12. Council of Science Editors. CSE endorsement of principles: ICMJE's statement on clinical trial registration. Available at: [http://www.councilscienceeditors.org/editorial\\_policies/cse\\_editorial\\_policies.cfm#Paragraphnine](http://www.councilscienceeditors.org/editorial_policies/cse_editorial_policies.cfm#Paragraphnine). Retrieved April 18, 2007.
  13. Pitkin RM, Scott JR. Privacy and publication. *Obstet Gynecol* 2001;98:198.



## Anexo 3 Instruções aos autores: Revista de Saúde Pública

### Instruções aos Autores



#### **Artigos**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- STROBE para estudos observacionais
- Health economics checklist

#### Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que

#### **Originais**

serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

## ARTIGOS DE REVISÃO

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descriptivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

## COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências

- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.**

#### **Preparo dos manuscritos**

- Idiomas
- Dados de identificação
- Resumos
- Descritores
- Agradecimentos
- Referências
- Tabelas
- Figuras

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores".

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

#### **Idioma**

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos os manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

#### **Dados de identificação**

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

**Descritores** - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "[Descritores em Ciências da Saúde](#)" ([DeCS](#)), quando acompanharem os resumos em português, e do [Medical Subject Headings \(MeSH\)](#), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

**Agradecimentos** - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

**Referências** - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

**Exemplos:**

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. Rev Saude Publica. 2008; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>). Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

**Citação no texto:** Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

**Exemplos:**

Segundo Lima et al9 (2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.<sup>12,15</sup>

**A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.**

**Tabelas** - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou , por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

**Figuras** - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de

outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

### **Submissão online**

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP ([www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção “submissão de artigo”. Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá [cadastrar-se](#). Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção “submissão de artigos” e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção “consulta/ alteração dos artigos submetidos”. Ao todo são oito situações possíveis:

- **Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- **Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- **Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- **Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- **Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- **Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- **Aprovado**
- **Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de “consulta/ alteração dos artigos submetidos”, o autor tem acesso às seguintes funções:

“**Ver**”: Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

“**Alterar**”: Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em “aguardando documentação”.

“**Avaliações/comentários**”: Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

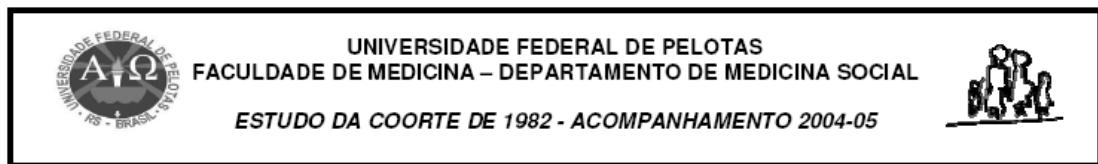
“**Reformulação**”: Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

**Verificação dos itens exigidos** na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.

7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "[responsabilidade de autoria](#)"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

## Anexo 4 Questionário da visita 2004-05 para a coorte de 1982



### NÚMERO DO QUESTIONÁRIO (etiqueta)

*Meu nome é <...>. Eu trabalho para a Faculdade de Medicina. O/A <nome> está? (se sim, prosseguir) Eu posso falar com ele/a? (se sim, prosseguir). Ol, bom dia/tarde/noite! (se apresente novamente). Estamos entrevistando os nascidos em 1982, que é um trabalho que a Faculdade de Medicina tem desenvolvido ao longo dos anos, em Pelotas. (Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar). Neste estudo pretendemos entrevistar todos que nasceram em 1982 e, para isso, precisamos de tua colaboração e compreensão. Tua participação é muito importante. Podemos conversar? (agradecer se sim ou não. Se marcou p/outro dia – anotar no diário de campo e questionário) Dia e Hora da entrevista agendada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ h*

1. Número da coorte:	_____
2. Setor censitário:	_____
3. Nome do/a jovem:	_____
4. Sexo:	masculino (1) feminino (2)

GOSTARIA DE MEDIR A TUA PRESSÃO ARTERIAL			
5. Pressão arterial: [informar o resultado]		5a. Sistólica: _____	5b. Diastólica: _____
EU VOU TE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ASSUNTOS COMO A TUA SAÚDE, HÁBITOS E OPINIÕES.			
A. Desde <MÊS> do ano passado, tu consultaste com... Ler as opções		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?	
6. Clínico geral?  (0) Não (1) Sim		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?  CID _____  (1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INSS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN	
7. Nutricionista?  (0) Não (1) Sim		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?  CID _____  (1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INSS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN	
8. Psicólogo/a?  (0) Não (1) Sim		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?  CID _____  (1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INSS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN	
9. Psiquiatra?  (0) Não (1) Sim		B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?  CID _____  (1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INSS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN	

<b>10. Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, tu consultaste com outro profissional médico?</b>		<b>(0) Não (1) Sim (9) Não lembro</b>
<b>A. SE SIM: Qual era a especialidade?</b>	<b>B. SE SIM: Qual foi o motivo da consulta?</b>	<b>C. SE SIM: Onde consultaste?</b>
11. _____  Cód. ____ [99=IGN]	_____  [9999=IGN] CID _____	(1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto de outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INPS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN
12. _____  Cód. ____ [99=IGN]	_____  [9999=IGN] CID _____	(1) Particular (2) Posto do bairro (3) Posto de outro bairro (4) Hospital/Faculdade/INPS (5) Convênio (6) Escola (9) IGN

AGORA EU GOSTARIA DE FALAR CONTIGO SOBRE OS ALIMENTOS QUE COSTUMAS COMER. COMO EXISTEM MUITOS TIPOS DE ALIMENTOS, AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR SOBRE ALGUNS E MAIS TARDE ENTÃO CONVERSAMOS SOBRE OUTROS. GOSTARIA DE PEDIR TAMBÉM QUE TUAS RESPOSTAS SEJAM SOBRE OS TEUS HÁBITOS DE ALIMENTAÇÃO. NÃO QUEREMOS SABER OS HÁBITOS ALIMENTARES DOS TEUS PAIS, IRMÃOS OU OUTRAS PESSOAS DA TUA FAMÍLIA. NÃO ESTAMOS ANALISANDO SE COMES BEM OU MAL, O QUE NOS INTERESSA É SABER COMO TEM SIDO TUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, DE <MES> DE 2004 ATÉ <MÊS> DE 2005. VOU LISTAR OS NOMES DE ALGUNS ALIMENTOS E PEÇO QUE ME DIGAS SE COMES ESSES ALIMENTOS, QUANTAS VEZES E EM QUE QUANTIDADE. POR EXEMPLO: COMES ARROZ? QUANTAS VEZES? E QUANDO TU COMES, QUANTAS COLHERES DE SOPA CHEIAS DE ARROZ TU COMES?

Comes...?	A. Quantas vezes?	B. Por ?	C. Quantas... tu comes/vez?
13. Arroz	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Colher de sopa cheia
14. Feijão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Concha
15. Macarrão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Pegador
16. Farinha de mandioca	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Colher
17. Pão	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Francês ou 2 fatias
18. Pão feito em casa	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Fatia
19. Pão feito com farinha integral ou centeio	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Fatia
20. Bolacha doce ou recheada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Unidade
21. Bolacha salgada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Unidade
22. Bolo	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Fatia
23. Polenta	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Pedaço
24. Batata frita	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Porção
25. Batata cozida	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Unidade
26. Aipim	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Pedaço
27. Pipoca estourada	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Saco
28. Lentilha, ervilha, grão de bico	N 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	D S M A	Colher

<b>29. Desde que tu completaste 10 anos, baixaste hospital alguma vez?</b>		<b>(0) Não (1) Sim (9) não lembro</b>
<b>A. SE SIM: Qual foi o motivo?</b>	<b>B. SE SIM: Com que idade?</b>	<b>C. SE SIM: Essa hospitalização foi por? Ler as opções</b>
30. _____ CID _____	---	(1)convênio (2)particular (3)SUS (9)IGN
31. _____ CID _____	---	(1)convênio (2)particular (3)SUS (9)IGN
32. _____ CID _____	---	(1)convênio (2)particular (3)SUS (9)IGN

33. Desde <dia da semana> de duas semanas atrás, tu tomaste algum remédio inclusive vitamina ou remédio para a dor ou febre?			
(0) Não (1) Sim (9) Não lembro			
A. SE SIM: Qual o remédio?	B. SE SIM: Por qual motivo, doença?	C. SE SIM: Foi receitado p/ médico?	D. SE SIM: Estás tomando este remédio por um mês ou mais?
34. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
35. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
36. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
37. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN
38. _____ Cód. _____	CID _____	(0) Não (1) Sim (9) IGN	(0) Não (1) Sim (9) IGN

VAMOS FALAR EM MAIS ALGUNS ALIMENTOS...																	
Comes...?	A. Quantas vezes?										B. Por?	C. Quantas... tu comes/vez?					
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Folha	
39. Alface	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Folha	
40. Couve	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Colher	
41. Repolho	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Colher	
42. Laranja ou bergamota	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade média	
43. Banana	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade média	
44. Mamão ou Papaia	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Fatia / meio pap.	
45. Maçã	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade	
46. Melancia ou melão ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Fatia	
47. Abacaxi ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Fatia	
48. Abacate ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	½ unidade	
49. Manga ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade	
50. Morango ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade	
51. Uva ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Cacho	
52. Pêssego ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade média	
53. Goiaba ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade média	
54. Pêra ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade	
55. Tomate	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Unidade	
56. Chuchu	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Colher	
57. Abóbora	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Pedaço	
58. Pepino ao natural	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Fatia	
59. Vagem	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Colher	
60. Cenoura	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Colher	
61. Beterraba	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Fatia	
62. Couve-flor	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A	Ramo	

63. Desde <mês> do ano passado, tu consultaste com dentista?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não lembro
64. SE SIM: Onde consultaste?			
	(1) Particular	(2) Posto do bairro	
	(3) Posto de outro bairro	(4) Hospital/Faculdade/INPS	
	(5) Convênio	(6) Escola	(9) IGN
65. SE SIM: Quais os motivos desta consulta?			
Espera a resposta e marque o que for relatado, não leia as alternativas	Não	Sim	IGN
a. Aplicação de flúor	(00)	(01)	(99)
b. Revisão ou manutenção (limpeza, etc.)	(00)	(01)	(99)
c. Aparelho	(00)	(01)	(99)
d. Obturar, restaurar um dente ou tratar uma cárie	(00)	(01)	(99)

e. Retirar algum dente	(00)	(01)	(99)
f. Outro, qual?	Cód.		
<b>66. Tu estás satisfeito/a com os teus dentes?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>67. Tu usaste aparelho alguma vez na vida?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>68. Agora vou te perguntar sobre alguns problemas que podem ser causados pelos dentes. Nos últimos 6 meses, isto é, desde &lt;MÊS&gt;, os teus dentes... Ler as opções de pergunta</b>	Não	Sim	IGN
a. te atrapalharam para comer?	(0)	(1)	(9)
b. te causaram dor ao tomar líquidos quentes ou gelados?	(0)	(1)	(9)
c. dificultaram a tua fala?	(0)	(1)	(9)
d. te impediram de escovar os dentes ou usar fio dental?	(0)	(1)	(9)
e. te impediram de trabalhar ou estudar normalmente?	(0)	(1)	(9)
f. te deixaram nervoso/a ou irritado/a?	(0)	(1)	(9)
g. te impediram de sair para te divertir?	(0)	(1)	(9)
h. atrapalharam o teu sono?	(0)	(1)	(9)
i. te impediram de praticar esporte?	(0)	(1)	(9)
j. fizeram tu teres vergonha de sorrir ou falar?	(0)	(1)	(9)
<b>69. Alguma vez na vida, tu tiveste chiado no peito?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>70. SE SIM: Desde &lt;MES&gt; do ano passado, tu tiveste chiado no peito?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>71. SE SIM 70: Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, quantas crises de chiado no peito tu tiveste?</b>	crises		
<b>72. SE SIM 70: Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, quantas noites deixaste de dormir bem por causa do chiado no peito?</b>	(0) Nunca	(1) Menos de 1 noite/semana	(2) 1 ou mais noite/semana
<b>73. SE SIM 70: Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, o chiado no peito foi tão forte que não conseguiste dizer mais de duas palavras entre cada respiração?</b>	(0) Não	(1) Sim	
<b>74. Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, tu tiveste tosse seca à noite sem estar gripado(a)?</b>	(0) Não	(1) Sim	
<b>75. Desde &lt;MÊS&gt; do ano passado, tu tiveste chiado durante ou depois de fazer exercícios físicos?</b>	(0) Não	(1) Sim	
<b>76. Alguma vez na vida tu tiveste asma ou bronquite?</b>	(0) Não	(1) Sim	
<b>77. Alguma vez na vida o médico disse que tu tinhas asma ou bronquite?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>78. Alguma vez na vida tu quebraste algum osso?</b>	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN
<b>A. SE SIM: Qual osso quebrou?</b>	<b>B. SE SIM: Com que idade?</b>		
79.	cód.	anos	
80.	cód.	anos	
81.	cód.	anos	
82.	cód.	anos	
<b>83. O teu pai ou a tua mãe natural tem ou tiveram alguns dos seguintes problemas de saúde que eu vou te ler:</b>			
a. Gordura no sangue, colesterol alto?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
b. Pressão alta, hipertensão?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
c. Infarto do coração?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
d. Diabetes, açúcar no sangue?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
e. Derrame?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
f. Asma?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
g. Câncer?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei
<b>h. SE TEM/TIVERAM CÂNCER: Qual tipo ou onde?</b>	CID _____		
<b>84. Na família do teu pai ou da tua mãe natural tem alguma descendência ou origem como: portuguesa, espanhola... ou alguma outra? [esperar o relato e marcar qual origem]</b>	(99) IGN		
a. alemã	(00) Não	(01) Sim	
b. italiana	(00) Não	(01) Sim	
c. árabe/libanesa	(00) Não	(01) Sim	
d. portuguesa	(00) Não	(01) Sim	
e. espanhola	(00) Não	(01) Sim	
f. africana	(00) Não	(01) Sim	
g. oriental (japonesa, chinesa)	(00) Não	(01) Sim	
h. brasileira	(00) Não	(01) Sim	
<b>i. Outra, qual? [escreva]</b>	Cód. _____		

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O QUE FAZES E PENSAS					
<b>85. Tu praticas alguma religião que eu vou te dizer:</b> Ler as opções de pergunta					
a. Católica?	(00) Não	(01) Sim			
b. Espírita?	(00) Não	(01) Sim			
c. Umbanda?	(00) Não	(01) Sim			
d. Evangélica ou protestante?	(00) Não	(01) Sim, qual? [nome]		Cód.	
e. Outra? SE SIM: [escreva nome]				Cód.	
<b>86. No último mês, tu foste a algum culto, missa, sessão ou igreja?</b>			(00) Não	(99) não lembro	
(01) Sim, qual?				Cód.	
<b>87. Em qual religião foste criado/a?</b>			(00) Nenhuma	(01) Católica	(02) Espírita
			(03) Umbanda		Cód.
			( ) Outra		
<b>88. A tua cor ou raça é?</b> Ler as opções (1) branca (2) preta ou negra (3) mulata (4) amarela (5) indígena					
<b>89. Tu gostas de morar no teu bairro ou gostarias de te mudar?</b> (1) Gosta (2) Quer mudar (9) IGN					
<b>90. Há quanto tempo tu moras neste bairro?</b> _____ anos _____ meses					
<b>91. No teu bairro tem alguma briga ou rixa com grupos de outro bairro?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>92. Alguma vez sentiste medo ou insegurança no teu bairro?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN					
<b>93. Quantas vezes tu lembras de ter mudado de casa na tua vida?</b> vezes					
<b>94. SE MUDOU: Pensando nestas mudanças, tu dirias que elas melhoraram ou pioraram a tua vida?</b> (0) Pioraram (1) Melhoraram (2) Sem mudanças					
<b>95. O que tu achas que é mais importante hoje para ser alguém na vida?</b>					
(01) ter estudos, se formar		(03) ter bom emprego	(05) conhecer gente importante		
(02) estudos e com ele conseguir bom emprego		(04) ter dinheiro	(06) se casar com rico/a		
(07) ter uma família que me ajude, estruturada		(10) ter bons amigos			
( ) outra			Cód.		
<b>96. Se precisares, tens amigos ou parentes que te empreste dinheiro?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>97. Tu já moraste fora de Pelotas?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>98. SE SIM: Por quanto tempo moraste fora de Pelotas?</b> meses					
<b>99. Tu queres morar fora de Pelotas?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>100. Tu já moraste em outra casa que não dos teus pais ou responsáveis?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>101. SE SIM: Que idade tu tinhast?</b> anos					
<b>102. SE SIM: Por que foste morar em outro local sem eles?</b>					
(01) Porque casei/amiguei		(02) Para estudar	(03) Para trabalhar	(04) Porque quis morar só	
(05) Por dificuldades financeiras da família			(06) Porque não me dava bem com algum familiar		
( ) Outro			Cód.		
<b>103. Alguma vez tu participaste de forma ativa de uma das seguintes coisas que eu vou te dizer:</b>					
a. Associação de bairro?	(0) Não (1) Sim				
b. Sindicato?	(0) Não (1) Sim				
c. Algum protesto ou abaixo assinado?	(0) Não (1) Sim				
d. De campanha eleitoral?	(0) Não (1) Sim				
e. De grupos políticos na escola ou faculdade ou de partido político?	(0) Não (1) Sim				
f. De grupos de jovens?	(0) Não (1) Sim				
<b>104. Tu já moraste em alguma instituição para menores ou foste detido/a ou preso/a pela polícia?</b>					
(0) Não			(1) Sim	(2) está preso/a	
105. SE SIM OU ESTA PRESO/A: Por que? (01) roubo			(02) brigas em família	(03) pais não cuidavam	
( ) outro				cód.	
<b>106. Alguma vez na vida tu fumaste todos os dias?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>107. SE SIM: Com que idade tu começaste a fumar?</b> anos					
<b>108. SE SIM: Tu ainda fumas?</b> (0) Não (1) Sim					
<b>109. SE PAROU DE FUMAR: Com que idade tu paraste de fumar?</b> anos					
<b>110. SE PAROU DE FUMAR: Quantos cigarros tu fumavas por dia?</b>					
<b>111. SE AINDA FUMA: Na última semana, quantos dias tu fumaste?</b> Dias					
<b>112. SE AINDA FUMA: Quantos cigarros por dia tu fumaste na última semana?</b> Cigarros/dia					
<b>113. Das pessoas que moram aqui, alguém fuma?</b> (0) Não (1) Sim					

<b>114. SE SIM: Quem fuma? [marcar somente as pessoas mencionadas]</b>										
a. Pai	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA							
b. Mãe	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA							
c. Esposo (a) / Companheiro (a)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA							
d. Irmão (â)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA							
e. Outro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA							
<b>115. No teu local de trabalho ou estudo, as pessoas costumam fumar perto de ti?</b>										
(0) Não      (1) Sim      (2) Não trabalha nem estuda										

ANTES DE FALAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, VAMOS FALAR EM MAIS ALGUNS HÁBITOS ALIMENTARES												
Comes...?	A. Quantas vezes?										B. Por	C. Quantas.. tu comes/vez?
116. Ovos	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
117. Leite	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
118. Iogurte	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
119. Queijo	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
120. Bife	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
121. Carne de porco	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
122. Frango	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
123. Peixe fresco	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
124. Camarão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
125. Bauru ou Cheesburguer	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
126. Bife de guisado	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A
127. Salsicha ou Lingüica	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A

<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS. PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS TU DEVES SABER QUE:</b>												
ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL</u> .												
ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR <u>UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL</u> .												
→ EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS												
<b>128. Atualmente tu trabalhas fora de casa?</b> (0) Não      (1) Sim												
<b>SE ESTÁ TRABALHANDO: AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES QUANDO ESTÁS TRABALHANDO.</b>												
129. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas <b>FORTES</b> no teu trabalho? Por ex.: trabalhar em obras, levantar e carregar objetos pesados, trabalhar com enxada, etc. _____ dias/semana												
130. <b>SE FAZ A.F. FORTES:</b> Nos dias em que tu fazes estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ min												
131. Quantos dias por semana tu caminhás no teu trabalho? _____ dias/semana												
132. <b>SE CAMINHA:</b> Nos dias em que caminhás, quanto tempo no total duram essas caminhadas por dia? _____ min												
133. Quantos dias por semana tu fazes outras atividades físicas <b>MÉDIAS</b> fora as caminhadas no teu trabalho? Por ex.: levantar e carregar objetos leves, varrer, aspirar, etc. _____ dias/semana												
134. <b>SE FAZ A.F. MEDIAS:</b> Nos dias em que tu fazes estas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ min												

<b>AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSES APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES QUANDO ESTÁS NO PÁTIO DA TUA CASA, COMO TRABALHAR NO JARDIM OU VARRER O PÁTIO.</b>												
135. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas <b>FORTES</b> no pátio ou jardim da tua casa? Por ex.: capinar, cortar lenha, cavar, lavar e esfregar o chão, carregar objetos pesados, etc. _____ dias p/ sem.												
136. <b>SE FAZ A.F. FORTES:</b> Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ minutos												
137. Quantos dias por semana fazes atividades físicas <b>MÉDIAS</b> no pátio ou jardim da tua casa? Por ex.: levantar e carregar pequenos objetos, limpar vidros, varrer, lavar, etc. _____ dias p/ sem.												
138. <b>SE FAZ A.F. MEDIAS:</b> Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? _____ minutos												

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSE APENAS NAS TAREFAS QUE TU FAZES DENTRO DE CASA, POR EXEMPLO: LEVANTAR E CARREGAR PEQUENOS OBJETOS, LIMPAR VIDROS, VARRER.	
139. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas MÉDIAS dentro da tua casa?	____ dias p/ semana
140. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	____ minutos

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSE APENAS NAS ATIVIDADES QUE FAZES NO TEU TEMPO LIVRE (LAZER).	
141. Quantos dias por semana tu fazes caminhadas no teu tempo livre?	____ dias p/ semana
142. SE CAMINHA: Nos dias em que tu fazes essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?	____ minutos
143. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas FORTES no teu tempo livre? Por ex.: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos, etc.	____ dias p/ sem.
144. SE FAZ A.F. FORTES: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	____ minutos
145. Quantos dias por semana tu fazes atividades físicas MÉDIAS foras as caminhadas no teu tempo livre? Por ex.: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão, etc.	____ dias p/ sem.
146. SE FAZ A.F. MÉDIAS: Nos dias em que tu fazes essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia?	____ minutos

AGORA EU GOSTARIA QUE TU PENSASSE COMO TU TE DESLOCAS DE UM LUGAR AO OUTRO QUANDO ESTE DESLOCAMENTO DURA PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. PODE SER A IDA E VINDA DO TRABALHO OU QUANDO VAIS FAZER COMPRAS, VISITAR A AMIGOS OU IR A ESCOLA.	
147. Quantos dias por semana tu usas a bicicleta para ires de um lugar a outro?	____ dias p/ semana
148. SE USA BICICLETA: Nesses dias, quanto tempo no total tu pedalas por dia?	____ minutos
149. Quantos dias por semana tu caminhas para ires de um lugar a outro?	____ dias p/ semana
150. SE CAMINHA: Nesses dias, quanto tempo no total tu caminhas por dia?	____ minutos

AGORA VAMOS FALAR SOBRE DIVERSÃO E O QUE PODE TER OCORRIDO CONTIGO	
151. Gostaria de saber, quantas vezes no <u>último mês</u> tu... Ler as opções de pergunta	vezes
a. foste a festas, discotecas, baile, avenida?	_____
b. fizeste visitas em outros bairros?	_____
c. encontraste amigos na rua do teu bairro?	_____
d. foste ao cinema?	_____
e. ficaste?	[00= sem namorado] _____
f. namoraste?	_____
g. passear, festejar com a tua família (c/pais, filho, companheiro/a)?	_____
h. visitaste familiares ou amigos que moram na zona rural?	_____
152. Desde <MÊS> do ano passado... Ler as opções de pergunta	
a. tiveste algum problema de saúde que não te deixou fazer as tuas tarefas normais?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
b. morreu algum parente próximo?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
c. enfrentaste dificuldades financeiras mais graves do que as habituais?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
d. tiveste que mudar de casa contra tua vontade?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
e. terminaste namoro firme ou casamento?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
f. tiveste algum problema de nervos ou emocional?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
153. Desde <MÊS> do ano passado, te sentiste discriminado/a em algum local ou por alguma pessoa por... Ler as opções de pergunta	
a. Tua cor ou raça?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
b. Tua religião ou culto?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
c. Doença ou deficiência física?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
d. Ser pobre ou ser rico?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
e. Tua opção ou preferência sexual?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
f. Ser homem ou ser mulher?	(0) Não (1) Sim (9) IGN
AGORA VAMOS FALAR SOBRE ACIDENTES E BRIGAS	
154. Alguma vez na vida, tu tiveste algum acidente de carro, moto, bicicleta ou atropelamento, no qual tu precisaste ir ao médico ou pronto socorro?	(0) Não (1) Sim

155. Desde <MÊS> do ano passado, tu participaste de alguma briga com agressão física?	(0) Não	(1) Sim
156. SE SIM: Tu ou alguma das outras pessoas que estavam brigando usaram alguma arma?	(0) Não	(1) Sim
157. SE SIM 156: Que tipo de arma foi usada... Ler as opções de pergunta		
a. Arma de fogo?	(0) Não	(1) Sim
b. Faca ou canivete?	(0) Não	(1) Sim
c. Outra arma, qual?	cód.	
158. Alguma vez na vida, tu foste assaltado/a?	(0) Não	(1) Sim
159. SE SIM: Quantas vezes?		
160. SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, tu foste assaltado/a?	(0) Não	(1) Sim
<b>AGORA EU VOU TE MOSTRAR UNS ROSTOS QUE VARIAM DE UMA PESSOA QUE ESTÁ MUITO FELIZ (FIGURA 1) ATÉ UMA PESSOA MUITO TRISTE (FIGURA 7).</b>		
161. Qual desses rostos mostra melhor como tu te sentiste, na maior parte do tempo, no último ano?		

**** APENAS PARA AS MULHERES ****					
<b>AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR A RESPEITO DA TUA MENSTRUAÇÃO</b>					
(8) NSA					
162. Tu estás grávida?	(0) Não	(1) Sim	(9) Não sei		
163. Com que idade tu menstruaste pela primeira vez?	anos				
164. Tu já tentaste engravidar e não conseguiste ou tiveste que fazer tratamento para engravidar?	(0) Não	(1) Sim			
165. Alguma vez o teu médico falou que tu tens cisto no ovário?	(0) Não	(1) Sim			
166. Qual a data da tua última menstruação?	/ /				
167. Nos últimos 3 meses a tua menstruação foi regulada, ou seja, veio todos os meses?	(0) Não	(1) Sim	(2) Está grávida	(3) não, porque tomo contraceptivo todos os meses	
168. Alguns dias antes da menstruação tu costumas ou costumavas ficar... Ler as opções					
a. braba ou irritada?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	
b. ansiosa ou tensa?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	
c. chorando fácil?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	
d. deprimida?	(0) Não	(1) Um pouco	(2) Mais ou menos	(3) Bastante	
169. SE TEVE ALGUM DOS SINTOMAS ACIMA: Isto que tu me disseste que sentia quando estava menstruada, te atrapalha no convívio com outras pessoas? Ler as opções	(1) Um pouco	(3) Bastante			
	(2) Mais ou menos	(0) Não			
170. Tu achas que tens TPM?	(0) Não	(1) Sim			
171. SE SIM: Tu já fizeste ou estás fazendo tratamento para TPM ou síndrome pré-menstrual?	(0) Não	(1) Sim			
172. Tu tens excesso de pêlos, ou pêlos mais grossos e/ou escuros no rosto ou no corpo?	(0) Não	(1) Sim			
173. SE SIM: De acordo com a figura que vou te mostrar, tu podes me dizer em quais lugares do teu corpo tu tens excesso de pêlos, ou pêlos mais grossos e ou escuros? Me diz apenas qual o número que aparece na figura e de qual local estás me falando. [marcar número falado, restante assinalar sem pêlos]					
Lábio superior	(0) sem pêlos	(1)	(2)	(3)	(4)
Queixo	(0) sem pêlos	(1)	(2)	(3)	(4)
Peito	(0) sem pêlos	(1)	(2)	(3)	(4)
Abdômen	(0) sem pêlos	(1)	(2)	(3)	(4)
Coxa ou antebraço	(0) sem pêlos	(1)	(2)	(3)	(4)
174. Alguma mulher da tua família tem excesso de pêlos?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA(adotiva)	(9) IGN	

**** APENAS PARA OS HOMENS ****					
(8) NSA					
175. Tem alguém que está grávida de ti?	(0) Não (1) Sim (9) Não sei				
176. Tu já prestaste ou prestas serviço militar?	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA (deficientes)		
177. SE SIM: Tu achas que <foi ou é> uma experiência boa que te <ajudou ou ajuda> na vida ou foi uma experiência ruim?	(0) Ruim (1) Boa				

178. Quando tu eras criança, até os 10 anos, como te sentias em relação ao teu peso? Ler as opções					
(1) muito magro/a	(2) magro/a	(3) normal	(4) um pouco gordo/a	(5) gordo/a	(6) muito gordo/a
(9) IGN					
179. Como tu te sentes em relação ao teu peso atual? Ler as opções					
(1) muito magro/a	(2) magro/a	(3) normal	(4) um pouco gordo/a	(5) gordo/a	(6) muito gordo/a
(9) IGN					

<b>MOSTRE PARA O/A ENTREVISTADO/A AS FIGURAS DA IMAGEM CORPORAL</b>																
<b>180. Qual destas figuras tu identificas mais com o teu corpo?</b>																
<b>181. Qual destas figuras se parece com o que tu gostarias que fosse teu corpo?</b>																
<b>182. Alguma vez tu foste gordo/a?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>183. SE SIM: Com que idade?</b>	____ anos															
<b>184. Tu tens acne ou espinhas que te incomodam?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>185. SE SIM: Tu estás tratando as espinhas ou acnes agora?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>AGORA VOU TE PERGUNTAR ALGUMAS COISAS SOBRE AMIZADE, PESSOAS QUE MORAM NA TUA CASA E OUTROS RELACIONAMENTOS.</b>																
<b>186. A maioria dos teus amigos ou amigas são mais velhos ou mais novos do que tu?</b>	(0) Velhos/as	(1) Novos/as	(2) Mesma idade	(8) NSA												
<b>187. Tu e tuas amigas e amigos têm o mesmo jeito de pensar?</b>	(0) Não    (1) Sim    (8) NSA															
<b>188. Tu tens bons amigos/as com menos ou mais condições econômicas que tu?</b>	(1) com mais	(2) com menos	(3) com mais e menos	(4) igual												
<b>189. Tu te sentes apoiado/a por teus amigos/as quando estás com problemas?</b>	(0) Não    (1) Sim    (8) NSA															
<b>190. Quantas pessoas moram nesta casa?</b>																
<b>191. O teu pai natural mora nesta casa?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>192. SE PAI NATURAL NÃO MORA NA CASA: O teu pai natural está vivo ou faleceu?</b>	(1) Vivo	(2) Faleceu	(8) Sem contato com pai	(9) Não sabe												
<b>193. SE PAI NATURAL ESTÁ VIVO: Qual a idade do teu pai natural?</b>	____ anos															
<b>194. SE PAI NATURAL MORREU: Quando teu pai faleceu, que idade ele tinha?</b>	____ anos															
<b>195. SE NÃO SABE OU NÃO TEM CONTATO COM O PAI NATURAL: Quando tu perdeste o contato com ele, que idade tu tinhas?</b>	____ anos															
<b>196. A tua mãe natural mora nesta casa?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>197. SE MÃE NATURAL NÃO MORA NA CASA: A tua mãe natural está viva ou faleceu?</b>	(1) Viva	(2) Faleceu	(8) Sem contato com mãe	(9) Não sabe												
<b>198. SE MÃE NATURAL MORREU: Quando tua mãe faleceu, que idade ela tinha?</b>	____ anos															
<b>199. SE NÃO SABE OU NÃO TEM CONTATO COM A MÃE: Quando tu perdeste o contato com ela, que idade tu tinhas?</b>	____ anos															
<b>200. A tua mãe e teu pai natural moram juntos?</b>	(0) Não    (1) Sim    (2) nunca juntos															
<b>200A. SE O PAI NÃO MORA COM A MAE: Os teus pais se separaram?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>201. SE SIM: Que idade tu tinhas quando teus pais se separaram?</b>	____ anos															
<b>202. Tens irmãos/ãs morando nesta casa?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>203. Tens avós tuas morando contigo?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>204. Tens avôs teus morando contigo?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>205. Tu és solteiro/a, casado/a, amigado/a ou separado/a?</b>	(1) Solteiro/a	(2) Casado/a	(3) Amigado/a	(4) Separado/a												
<b>206. SE É CASADO/A OU AMIGADO/A: &lt;Teu marido ou tua esposa&gt; mora nesta casa?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>207. Tem mais alguém morando nesta casa?</b>	(0) Não    (1) Sim															
<b>208. SE SIM: Quem são estas outras pessoas?</b>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>Tio/a = 01</td> <td>Filho/a = 07</td> </tr> <tr> <td>Sogro/a = 02</td> <td>Padrasto/madrasta = 10</td> </tr> <tr> <td>Cunhado/a = 03</td> <td>Sobrinho/a = 11</td> </tr> <tr> <td>Primo/a = 04</td> <td>Amigo/a = 05</td> </tr> <tr> <td>Noivo/a ou namorado/a do/a jovem = 18</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enteado/a = 06</td> <td>Empregada/o = 19</td> </tr> </table> <hr/> <hr/> <hr/>				Tio/a = 01	Filho/a = 07	Sogro/a = 02	Padrasto/madrasta = 10	Cunhado/a = 03	Sobrinho/a = 11	Primo/a = 04	Amigo/a = 05	Noivo/a ou namorado/a do/a jovem = 18		Enteado/a = 06	Empregada/o = 19
Tio/a = 01	Filho/a = 07															
Sogro/a = 02	Padrasto/madrasta = 10															
Cunhado/a = 03	Sobrinho/a = 11															
Primo/a = 04	Amigo/a = 05															
Noivo/a ou namorado/a do/a jovem = 18																
Enteado/a = 06	Empregada/o = 19															

<b>SE JOVEM NÃO MORA COM COMPANHEIRO/A</b>											<b>(8) NSA</b>	
209. Tu já tiveste namorado/a?												(0) Não (1) Sim
210. SE SIM: Quantos namorados/as tu tiveste?												
211. SE SIM 209: Tu estás namorando alguém agora?												(0) Não (1) Sim
212. SE SIM 209: Tu já moraste com algum/a namorado/a?												(0) Não (1) Sim
213. SE SIM 212: Com quantos namorados/as moraste junto?												
214. SE MOROU: Que idade tu tinhas quando vocês foram morar juntos pela primeira ou única vez?												

<b>SE JOVEM MORA COM COMPANHEIRO/A</b>											<b>(8) NSA</b>	
215. Quantos namorados tu tiveste?												
216. Há quanto tempo tu e teu/tua companheiro/a estão juntos?												meses e/ou anos
217. Tu já moraste antes com algum/a namorado/a?												(0) Não (1) Sim
218. SE SIM: Com quantos namorados moraste junto?												
219. SE SIM: Que idade tu tinhas quando vocês foram morar juntos pela primeira vez?												anos

<b>VAMOS FALAR SOBRE MAIS ALGUNS ALIMENTOS E BEBIDAS...</b>												
Comes...?	A. Quantas vezes?										B. Por	C. Quantas... tu comes/vez?
	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
220. Cachorro quente	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Unidade
221. Pizza	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Pedaço
222. Maionese	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Colher de chá
223. Salgados como kibe, pastel, empada	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Unidades
224. Sorvete ( )	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Bola
225. Açúcar	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Colher de sobremesa
226. Balas	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Unidade
227. Chocolate em pó ou Nescau	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Colher
228. Chocolate em barra ou bombom	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Unidade pequena
229. Pudim ou doces	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Pedaço
230. Refrigerantes	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
231. Café	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Xícara
232. Suco de laranja	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
233. Limonada	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
234. Suco da fruta ou polpa	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
235. Cerveja	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
236. Vinho	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Copo
237. Cachaça/ Whisk/ Vodka	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D S M A Dose

<b>APLICAR PARA TODOS JOVENS</b>												
238. Tu já te sentiste pressionada/o por teus pais para namorar sério ou casar?												(0) não (1) casar (2) namorar sério
239. Tu tens algum filho/a?												(0) Não (1) Sim
240. SE SIM: Quantos filhos/as?												
241. SE MAIS DE UM: Todos os teus filhos são <do/a mesmo/a pai/mãe>?												(0) Não (1) Sim
<b>PARA QUEM TEM FILHO/A: AGORA VOU TE FAZER PERGUNTAS PARA CADA FILHO/A QUE TIVESTE</b>												

SE TEM FILHO(S): AGORA VOU TE FAZER PERGUNTAS PARA CADA FILHO(A)								
a) Qual a tua idade quando nasceu o/a... Ler opções		b) Foi uma gravidez planejada por ti e teu/tua companheiro/a?	c) O que aconteceu com a criança desta gravidez? Ler as opções	d) Data Nascimento? [99/99/99 - não sei]	e) Peso ao nascer? [9999 - não sei]	f) Tipo de parto?	g) Até que idade mamou no peito? [< 1 mês ou nunca mamou 000]	h) Mora junto contigo?
242. Primeiro/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
243. Qual o nome completo do teu primeiro filho/a?								
244. Segundo/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
245. Qual o nome completo do teu segundo filho/a?								
246. Terceiro/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
247. Qual o nome completo do teu terceiro filho/a?								
248. Quarto/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
249. Qual o nome completo do teu quarto filho/a?								
250. Quinto/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
251. Qual o nome completo do teu quinto filho/a?								
252. Sexto/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
253. Qual o nome completo do teu sexto filho/a?								
254. Sétimo/a filho/a?	---	(0) Não (1) Sim	(1) nasceu viva, está viva (2) nasceu viva e morreu (3) nasceu morta (9) não sei	— / — / —	— g	(0) Normal (1) Cesariana (9) IGN	anos meses (777) ainda mama	(0) Não (1) Sim
255. Qual o nome completo do teu sétimo filho/a?								

AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE TEUS ESTUDOS				
256. Tu estás estudando ou estudaste este ano, em 2005? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim</span>				
257. SE SIM: Em que série tu estás? _____ série do (1) fundamental (2) médio (4) Pós-grad. ano da (3) Faculdade (44) Cursinho pré-vestibular <span style="float: right;">(66) Curso profissionalizante ano do (5) Curso Técnico</span>				
258. SE SIM: Tu estudas em <escola / universidade> pública ou particular? <span style="float: right;">(1) Pública (2) Particular</span>				
259. SE SIM: Até quando pretendes estudar?  (00) Não pretendo estudar mais (01) Faculdade (02) Curso técnico (03) Pós-graduação ( ) _____ série _____ grau (04) até quando puder estudar/for possível ( ) outro cód.				
260. Até que série tu completaste? _____ série _____ grau				
<b>SE NÃO ESTUDOU EM 2005</b> <span style="float: right;">(8) NSA</span>				
261. Tu pretendes voltar a estudar <no ano que vem ou este ano>? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim (8) NSA</span>				
262. SE SIM: Até quando pretendes estudar?  (01) Faculdade (02) Curso técnico (03) Pós-graduação ( ) _____ série _____ grau (04) até quando puder estudar/for possível ( ) outro cód.				
263. Alguma vez tu repetiste de ano na escola? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim</span>				
264. SE SIM: Quantas vezes?				
265. SE SIM: Em que série e grau tu estavas quando repetiste o ano pela primeira vez? _____ série _____ grau				
<b>AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE TRABALHO</b>				
266. Tu trabalhaste, sendo pago/a, no último mês? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim (2) Estava em licença</span>				
267. SE NÃO: Tu estás procurando emprego? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim</span>				
268. SE NÃO ESTA PROCURANDO EMPREGO: Por que tu não estás procurando emprego?  (01) porque estudo (02) não consegui emprego (03) por doença ou acidente (04) casei (05) engravidiei (06) ajudar em ou cuidar a casa (07) não precisei (10) porque não quer ( ) outro cód.				
<b>PARA QUEM TRABALHOU NO ÚLTIMO MÊS OU ESTEVE EM LICENÇA (último mês trabalhado)</b> <span style="float: right;">(8) NSA</span>				
269. No último mês, quantas horas tu trabalhaste por dia? _____ horas por dia				
270. Que tipo de firma ou empresa tu trabalhaste no último mês? _____ cód.				
271. Que tipo de trabalho tu fizeste? Descreva detalhadamente o tipo de trabalho no último mês  _____ _____ _____ cód.				
272. Do dinheiro que recebestes, tu ajudaste a tua família? <span style="float: right;">(0) Não (1) Sim</span>				
273. SE SIM: No último mês, quanto tu destes para tua família? (em Reais) <span style="float: right;">R\$</span>				
274. Tu és empregado/a, patrão/oa ou trabalhas por conta própria?  (1) Empregado/a (2) Empregador/a (3) Conta própria/autônomo (4) Estágio remunerado (5) Estágio não remunerado				
275. SE EMPREGADO/A: Estás trabalhando com carteira assinada ou sem carteira? <span style="float: right;">(1) Com carteira (2) Sem carteira</span>				

SE CONTA PRÓPRIA/AUTÔNOMO		(8) NSA
276. O teu negócio é? Ler as opções	(1) em local fixo (2) sem local fixo	
277. Tu trabalhaste em casa para fora ou trabalhou fora de casa?	(1) Em casa p/fora (2) Fora de casa	
278. No mês passado, tu pagaste o INSS para ti?	(0) Não (1) Sim	
<b>AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO SOBRE O/A CHEFE DA FAMÍLIA. TODAS AS TUAS RESPOSTAS SÃO PARA UMA PESQUISA E NÃO SERÃO DIVULGADAS PARA NINGUÉM.</b>		
279. Quem é o chefe da família? Parentesco com <nome>		
(01) pai natural (02) mãe natural (03) pai social (04) mãe social (05) avô		
(06) avô (07) não tem chefe (10) sogro (11) sogra (12) o/a jovem		
(13) marido/esposa do/a jovem ( ) outro: _____ cód. _____		
280. SE O CHEFE DA FAMÍLIA NÃO É O/A JOVEM: Até que série o/a <chefe da família> completou na escola?	série ____ grau	
SE NÃO TEM UM CHEFE DE FAMÍLIA		(8) NSA
281. Quem ganha mais na sua casa? parentesco com <nome>		
(01) pai natural (02) mãe natural (03) pai social (04) mãe social (05) avô		
(06) avô (10) sogro (11) sogra (12) o/a jovem (13) marido/esposa dele/a		
( ) outro: _____ cód. _____		
282. SE A PESSOA QUE GANHA MAIS NÃO FOR O JOVEM: Até que série <a pessoa que ganha mais na casa> estudou?	série ____ grau	
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE QUANTO GANHAM AS PESSOAS DA CASA		
283. No mês passado, quanto receberam as pessoas que moram na casa? parentesco com <nome>		
a) Pessoa1: _____ Cód. _____	Reais	
b) Pessoa2: _____ Cód. _____	Reais	
c) Pessoa3: _____ Cód. _____	Reais	
d) Pessoa4: _____ Cód. _____	Reais	
e) Pessoa5,6,...: _____ Cód. _____	Reais	
284. A família teve alguma outra fonte de renda?	(0) Não (1) Sim	
285. SE SIM: De quanto foi?	Reais	
286. Alguém que mora aqui contigo está desempregado?	(0) Não (1) Sim (8) NSA	
287. SE SIM: Tem alguém procurando emprego?	(0) Não (1) Sim	
AGORA VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUMAS COISAS DA TUA CASA		
288. Vocês têm rádio em casa? SE SIM, Quantos?	____	
289. Vocês têm televisão colorida em casa? SE SIM, Quantas?	____	
290. Vocês têm carro? SE SIM, Quantos?	____	
291. Vocês têm aspirador de pó?	(0) Não (1) Sim	
292. Vocês têm empregada doméstica mensalista? SE SIM, Quantas?	____	
293. Vocês têm máquina de lavar roupa?	(0) Não (1) Sim	
294. Vocês têm videocassete ou DVD?	(0) Não (1) Sim	
295. Vocês têm aparelho de som?	(0) Não (1) Sim	
296. Vocês têm computador?	(0) Não (1) Sim	
297. SE TEM COMPUTADOR: Vocês têm Internet?	(0) Não (1) Sim	
298. Vocês têm geladeira?	(0) Não (1) Sim	

299. Vocês têm freezer separado, geladeira duplex?	(0) Não (1) Sim														
300. Quantos banheiros têm na casa?															
301. SE TIVER BANHEIRO: Quantos banheiros com chuveiro têm na casa?															
302. Vocês têm água encanada em casa? Ler opções	(0) Não	(1) Sim, dentro de casa	(2) Sim, no quintal												
303. Como é a privada da casa? Ler opções	(1) Sanitário com descarga	(2) Sanitário sem descarga													
	(3) Casinha / fossa negra	(0) Não tem													
304. Esta casa é própria, alugada ou emprestada?	(1) Própria	(2) Alugada	(3) Emprestada (4) Posseiro cód.												
	( ) Outro														
305. Quantas peças na casa são usadas para dormir?															
306. Quantas pessoas dormem na mesma peça contigo? [excluir jovem] (00) dorme sozinho	pessoas														
307. SÓ OBSERVAR: Qual o tipo de casa?	(01) Tijolo com reboco	(02) Tijolo sem reboco	(03) Apartamento												
	(04) Mista (madeira e tijolo)	(05) Madeira regular	(06) Madeira irregular												
	( ) Outro		cód.												
308. Pensando na tua infância e quando tu eras mais jovem, tu achas que a tua vida melhorou, piorou ou não mudou em relação à... ler as opções de pergunta															
a. Dinheiro?	(1) melhorou	(2) piorou	(3) não mudou												
b. Trabalho? (conseguir e se manter)	(1) melhorou	(2) piorou	(3) não mudou												
c. Local onde mora?	(1) melhorou	(2) piorou	(3) não mudou												
d. Vida em família?	(1) melhorou	(2) piorou	(3) não mudou												
e. Lazer, divertimento, amizades?	(1) melhorou	(2) piorou	(3) não mudou												
309. Comparando com a vida que teus pais tiveram, tu dirias que agora tu tens menos ou mais dificuldades financeiras?	(1) menos dificuldades	(2) mais dificuldades	(3) igual												
310. Na última semana, tu ajudaste em casa com alguma destas coisas: Ler as opções															
a) Cuidar de crianças?	(0) Não (1) Sim														
b) Limpeza da casa?	(0) Não (1) Sim														
c) Preparo de comida?	(0) Não (1) Sim														
d) Fazer compras, pagar contas?	(0) Não (1) Sim														
e) Lavar louça?	(0) Não (1) Sim														
f) Lavar roupa?	(0) Não (1) Sim														
g) Construção, manutenção ou conserto da casa?	(0) Não (1) Sim														
311. Tu dirias que de forma geral é bom saber se conformar ou aceitar algumas coisas na vida?	(0) Não (1) Sim														
312. Tu és canhoto ou escreves com a mão direita?	(1) canhoto	(2) destro	(3) ambidestro												
313. Tu usas óculos, lentes de contato ou fizeste cirurgia corretiva a laser?	(0) não	(1) óculos	(2) lentes	(3) ambos	(4) cirurgia										
<b>VAMOS ENTÃO FALAR NO ÚLTIMO GRUPO DE ALIMENTOS E PARA ESTES TU VAIS ME DIZER SE COMES E QUANTAS VEZES. AGORA NÃO PRECISA DIZER O TAMANHO OU NÚMERO DE PORÇÕES</b>															
Comes...?	A. Quantas vezes? Anote só a freqüência			B. Por											
314. Milho verde	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
315. Pimentão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
316. Requeijão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
317. Manteiga ou margarina	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
318. Visceras como rím, fígado, coração, moela, mondongo	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
319. Frango frito	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
320. Peixe enlatado como sardinha, atum	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
321. Bacon/Toucinho	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
322. Alho	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
323. Cebola	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
324. Carnes conservadas em sal como carne seca, charque, bacalhau	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
325. Alimentos enlatados como ervilha, azeitona, palmito	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
326. Frios como mortadela, salame, presunto	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
327. Churrasco	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A
328. Chimarrão	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	D	S	M	A

329. Tu tens o hábito de comer a gordura da carne?	(0) Não	(1) Sim				
330. Tens o hábito de comer a pele da galinha ou frango?	(0) Não	(1) Sim				
331. Depois que o teu prato já está servido, tu costumas colocar mais sal na comida?	(0) Não	(1) Sim				
332. Qual destas coisas tu usas mais seguido no pão, torrada ou bolacha? Ler as opções						
(01) Manteiga	(02) Margarina	(03) Maionese	(04) Requeijão	(0) Não	(1) Sim	
(05) Patê	(06) Doce de leite	(00) Nenhum	( ) _____ + _____ cód. _____	(0) Não	(1) Sim	
( ) Outro _____			cód. _____	(88) NSA		
333. Quando tomas refrigerante, qual tipo tomas? Ler opções	(1) Diet/light	(2) Normal	(3) Os dois	(8) Não toma		
334. Quando tomas leite, ele é integral, semi-desnatado ou qualquer um?	(1) Integral	(2) Semi-desnatado	(3) Desnatado	(4) Qualquer um	(8) Não toma	
335. Usas adoçante no café, chá ou suco?	(0) Não					(1) Sim
336. Desde <MES> do ano passado, fizeste alguma coisa para perder ou ganhar peso? (0) Não	(1) Sim, perder	(2) Sim, ganhar				
337. SE FEZ PARA PERDER OU GANHAR: O que fizeste para <perder ou ganhar> peso? marcar o que for relatado						
a. Tomou remédio	(0) Não	(1) Sim				
b. Fez dieta ou regime	(0) Não	(1) Sim				
c. Fez exercícios ou esporte	(0) Não	(1) Sim				
d. Tomou algum tipo de chá	(0) Não	(1) Sim				
e. Outros, qual?	Cód.					
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO MÊS.</b>						
<b>GOSTARIA QUE TU ME RESPONDESSES SIM OU NÃO. (pedir para ficar sozinho/a com ele/a)</b>						
No último mês, tu... Ler as opções de pergunta						
338. Tiveste dores de cabeça freqüentes?	(0) Não	(1) Sim				
339. Tiveste falta de apetite?	(0) Não	(1) Sim				
340. Dormiste mal?	(0) Não	(1) Sim				
341. Tens te assustado com facilidade?	(0) Não	(1) Sim				
342. Tiveste tremores nas mãos?	(0) Não	(1) Sim				
343. Tens te sentido nervosa(o), tensa(o) ou preocupada(o)?	(0) Não	(1) Sim				
344. Tiveste má digestão?	(0) Não	(1) Sim				
345. Sentiste que as tuas idéias ficam embaralhadas de vez em quando?	(0) Não	(1) Sim				
346. Tens te sentido triste ultimamente?	(0) Não	(1) Sim				
347. Choraste mais do que de costume?	(0) Não	(1) Sim				
348. Conseguiste sentir algum prazer nas tuas atividades diárias?	(0) Não	(1) Sim				
349. Tiveste dificuldade de tomar decisões?	(0) Não	(1) Sim				
350. Achaste que teu trabalho diário é penoso e causa sofrimento?	(0) Não	(1) Sim				
351. Achaste que tinhas um papel útil na vida?	(0) Não	(1) Sim				
352. Perdeste o interesse pelas coisas?	(0) Não	(1) Sim				
353. Te sentiste uma pessoa sem valor?	(0) Não	(1) Sim				
354. Alguma vez pensaste em acabar com a tua vida?	(0) Não	(1) Sim				
355. Te sentiste cansada(o) o tempo todo?	(0) Não	(1) Sim				
356. Sentiste alguma coisa desagradável no estômago?	(0) Não	(1) Sim				
357. Te cansaste com facilidade?	(0) Não	(1) Sim				
<b>AGORA EU GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS MEDIDAS COMO PESO E ALTURA</b>						
358. Peso do/a jovem:						kg
Marque as roupas que o entrevistado(a) usava durante as medidas						
a. Calça de abrigo	(0) Não	(1) Sim	Calça abrigo _____ g			
b. Calça de brim	(0) Não	(1) Sim	Calça brim _____ g			
c. Saia de brim	(0) Não	(1) Sim	Saia de brim _____ g			
d. Bermuda de brim	(0) Não	(1) Sim	Bermuda de brim _____ g			
e. Vestido	(0) Não	(1) Sim	Vestido _____ g			
f. Moleton	(0) Não	(1) Sim	Moleton _____ g			
g. Camisa ou camiseta	(0) Não	(1) Sim	Camiseta _____ g			

h. Outra(s) : _____	Outra(s) _____ g
---------------------	------------------

**\*\*\* PARA MULHERES \*\*\***

**359. SE A JOVEM ESTÁ GRÁVIDA ANOTE:** Quantos meses de gestação tu estás? \_\_\_\_\_ meses

**360. SE A JOVEM TEVE BEBÊ RECENTEMENTE:** Há quantos meses tu ganhaste neném? \_\_\_\_\_ meses

361. Altura do/a jovem: _____, _____ cm
362. Circunferência da cintura do/a jovem: _____, _____ cm
363. Espirometria do/a jovem: 1. _____ (%) 2. _____ (%) 3. _____ (%)
364. Pressão arterial2 do/a jovem: 364a. Sistólica: _____ 364b. Diastólica: _____ 364c. P脉so: _____
365. Podemos contar com tua colaboração para os exames de sangue? (0) Não (1) Sim (9) Não sei
366. SE NÃO: Tu podes me dizer os motivos? SE SIM → 367 (0) Não quero dizer
367. Qual (is)? _____ _____ _____

**MUITO OBRIGADA POR TUA COLABORAÇÃO. FOI MUITO IMPORTANTE TU TERES PARTICIPADO NESTA ETAPA DO ESTUDO.**

→ AS PRÓXIMAS PERGUNTAS SÃO PARA VOCÊ ENTREVISTADOR/A

<b>368. O/A ENTREVISTADO/A FICOU SOZINHO/A DURANTE A ENTREVISTA?</b>		
(1) não, outra pessoa ficou junto todo tempo	(2) não, outra pessoa saiu e voltou	(3) sim
(4) não, outra pessoa ficou junto e respondeu algumas perguntas      (5) não, mãe ou responsável respondeu quase todo questionário		
<b>369. O/A ENTREVISTADO/A TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUE LHE PAREÇA IMPORTANTE?</b>		
(0) não    (1) sim, qual? _____		
<b>370. NA TUA OPINIÃO, QUAL A COR DO/A ENTREVISTADO/A?</b>		
(1) branca (2) preta ou negra (3) mulata (4) amarela (5) indígena		
<b>371. NOME DO ENTREVISTADOR:</b> _____		Cód. _____
<b>372. DATA DA ENTREVISTA:</b> _____ / _____ / 200 _____		
<b>373. NA TUA OPINIÃO COMO FOI O PREENCHIMENTO DO CONFIDENCIAL?</b>		
(0) totalmente secreto    (1) pediu ajuda para o entrevistador    (2) pediu ajuda para outras pessoas    (3) foi feito em forma de entrevista		
(4) houve recusa do confidencial    (5) alguém lendo junto e não opina    (6) alguém lendo junto e opina    (7) jovem com alguma deficiência, não feito		

## Anexo 5 Comunicado à imprensa

### Síndrome Pré-menstrual ou TPM em mulheres jovens

A síndrome pré-menstrual - SPM ou TPM como é mais conhecida foi estudada em um grupo de mulheres que vêm sendo acompanhadas desde o seu nascimento, em 1982. Este trabalho foi desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, em 2007, quando essas mulheres foram visitadas em suas casas.

Nessa visita foi perguntada uma lista com 22 sintomas e as mulheres também preencheram um formulário que deveria incluir o registro desses sintomas durante dois meses.

Com as informações fornecidas pelas mulheres que participaram, foi possível constatar que a TPM não está relacionada com a idade que as meninas começaram a menstruar. Enquanto a TPM foi observada em 23 meninas entre as 131 que menstruaram antes dos 10, essa freqüência foi parecida com aquelas que menstruaram mais tarde, onde 187 entre as 1470 aquelas que menstruaram entre 11 e 14 anos também apresentavam sintomas de TPM

Outro resultado comparou as respostas dos 22 sintomas perguntados na primeira entrevista com os mesmos sintomas preenchidos no registro por dois meses. Essa comparação mostra que os sintomas referidos por grande parte dessas mulheres na primeira entrevista, aparecem com menor intensidade quando foi pedido a elas que prenchessem o registro no dia em que estivessem sentindo o sintoma. Isso parece demonstrar que muitas pessoas valorizam muito o desconforto pré-menstrual que sentiram nos últimos três meses, mesmo não sendo tão forte como seria esperado levando em conta a primeira entrevista.

Além desses resultados, uma revisão sobre o uso de anticoncepcionais orais como um possível alívio para TPM mostra melhora nos sintomas pré-menstruais incluídos nos estudos, mas cabe destacar que a qualidade metodológica desses estudos foi baixa e a quase totalidade deles teve alguma forma de suporte financeiro de algum laboratório farmacêutico.