

Prevalência da Síndrome de Tensão Pré-Menstrual e do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual entre Estudantes Universitárias

Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder Among Undergraduate Students

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de¹, CANTILINO, Amaury², GONÇALVES, Clara Rezende Krause³, MOURA, Renata Tenório⁴, SOUGEY, Everton Botelho⁵

RESUMO

A síndrome de tensão pré-menstrual e o Transtorno Dísfórico Pré-menstrual afetam milhares de mulheres em todo o mundo em idade reprodutiva. O objetivo do estudo foi avaliar a prevalência da síndrome de tensão pré-menstrual e o Transtorno Disfórico Pré-menstrual entre universitárias. Estudo do tipo corte transversal descritivo e analítico, realizado entre abril de 2007 e maio de 2008, em 109 universitárias. Os instrumentos utilizados foram: Questionário contendo questões sócio-econômicas, Escala de Sintomas Menstruais, Escala de Auto-avaliação de Síndrome do Transtorno pré-menstrual de Steiner e o Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão. Na análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher, as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. A faixa etária predominante foi de 18 a 25 anos em 92,7% dos casos, 83,5% eram solteiras, 29,4% das acadêmicas tomaram algum tipo de medicação e dentre estas 15,6% referiram ser estes medicamentos para depressão. A prevalência da Síndrome de tensão pré-menstrual foi de 67% e o Transtorno disfórico pré-menstrual foi de 3%. Entre as universitárias com o Transtorno disfórico pré-menstrual observou-se um predomínio de sintomas depressivos e alteração de humor, sendo necessária a ampliação deste estudo para identificar melhor esta relação.

PALAVRAS CHAVE: Síndrome de Tensão Pré-Menstrual, Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Saúde da mulher, Sintomas depressivos, Universitárias.

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Professora Assistente da Universidade Católica de Pernambuco e da Faculdade Integrada do Recife.

²Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do núcleo de pesquisa em Transtornos Afetivos do Hospital das Clínicas - UFPE.

^{3,4}Graduadas em Fisioterapia.

⁵Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria-CCS/UFPE.

Correspondência: Valéria Conceição Passos de Carvalho.

Endereço: Rua Guedes Pereira, 77. Edf. Amazone. Aptº. 401. Casa Amarela. CEP. 52.060-150. Recife-PE. E-mail: valeriapassos@gmail.com

Trabalho desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Departamento de Neuropsiquiatria/Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

ABSTRACT

The Premenstrual Syndrome and the Premenstrual Dysphoric Disorder affect thousands of women in reproductive age around the world. The objective of the study was to evaluate the prevalence of The Premenstrual Syndrome and the Premenstrual Dysphoric Disorder in a menstrual cycle, in a population of undergraduate students. The cross-sectional descriptive and analytical study was carried between April of 2007 and May of 2008, in 109 undergraduate students. The instruments used for accomplishing this research were: a questionnaire with social-economic data, the Menstrual Symptom questionnaire, a self-report questionnaire of premenstrual syndrome of Steiner and the Self- Rating Hamilton Depression Questionnaire. Statistical analysis was descriptive and analytical, using the Qui-square test or Fisher's accurate test. All the conclusions have been taken to the level of significance of 5%. The Predominant age span was between 18 and 25 years of age in 92,7% of the cases; 83.5% were single woman; 29.4% of the academics had taken some type of medication and amongst these 15.6% mentioned the taking of depression medicines. A prevalence of Premenstrual Syndrome was 67% and Premenstrual Dysphoric Disorder around 3%. A predominance of symptoms of depression and emotional upheavals was observed amongst the undergraduate students with Premenstrual Dysphoric Disorder. Further studies are needed to better identify this relation.

KEY WORDS: Premenstrual Syndrome; Premenstrual Dysphoric Disorder, Women's Health, Symptoms of depression, Undergraduate student.

INTRODUÇÃO

A síndrome de tensão pré-menstrual (STPM) e o Transtorno Dísfórico Pré-menstrual (TDPM) afetam milhares de mulheres em todo o mundo. Sendo a STPM apontada como a disfunção mais comum dentre as mulheres que se encontram em idade reprodutiva, entretanto, poucos estudos revelam estimativas acerca da prevalência dos sinais e sintomas destas síndromes e seu impacto na qualidade de vida na comunidade.¹

A STPM é um transtorno psiconeuroendócrino que apresenta um conjunto de sinais e sintomas físicos, emocionais e comportamentais, de caráter cíclico, que pode variar na quantidade e intensidade. Já a TDPM é uma condição premenstrual definida pela combinação de alterações graves no comportamento, humor, cognição e sintomas somáticos que ocorrem de forma repetida somente na fase lútea do ciclo menstrual, os mesmos se apresentam de forma tão intensa que prejudicam a mulher e repercutem na sua funcionalidade (aspectos sociais, familiares e/ou ocupacionais), provocando sofrimento².

A inclusão de critérios para o TDPM no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV), ocorreu no intuito de ajudar aos profissionais da área de saúde a reconhecê-la como uma entidade clínica distinta com sinais de irritabilidade, raiva, disforia e labilidade de humor³, desta forma diferenciando-a da Síndrome de Tensão pré-menstrual (STPM) que é caracterizada primariamente por sintomas físicos e mudanças menores de humor.⁴

Dados epidemiológicos apontam que cerca de 75% das mulheres em idade reprodutiva vivenciam alguns sintomas da STPM, e destas em torno de 3% a 8% irão vivenciar uma extrema alteração de humor, interferindo no seu estilo de vida.^{5,6} A TDPM geralmente inicia-se cedo, na faixa etária em que a mulher se encontra em menacme, tornando-se uma doença crônica. Os sintomas assemelham-se aos distúrbios psíquicos, em particular a depressão. Interferindo de maneira expressiva na funcionalidade e qualidade de vida destas mulheres.^{7,8}

No período pré-menstrual temos uma elevação nas taxas de admissão hospitalar, atendimento em emergências, tentativas e suicídio,

crimes violentos, acidentes, prescrições de antidepressivos e uso abusivo de cigarros e outras drogas. Também é descrito aumento na frequência de crises de pânico, de bulimia e agravamento de sintomas ansiosos, depressivos, obsessivo-compulsivos, impulsos para compras excessivas ou mesmo agravamento e aparecimento de sintomas psicóticos no período pré-menstrual^{6,9}.

O diagnóstico diferencial entre a TDPM e STPM pode ser difícil, pois não existe nenhum tipo de exame laboratorial que possa comprovar o diagnóstico de uma ou outra síndrome, bem como exames físicos. Entretanto, a maioria dos ginecologistas ou psiquiatras elaboram o seu diagnóstico através da avaliação dos sintomas exacerbados no período menstrual, sejam eles sintomas físicos ou sintomas depressivos¹⁰.

Quanto à etiologia da síndrome, segundo Nogueira e Silva (2000)⁵ e Montes e Vaz (2003)¹¹, não há um fator único e entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento desta síndrome, além das causas neuroendócrinas, temos: fluxo menstrual abundante, hereditariedade, a história de vários ciclos menstruais não interrompidos por gravidez, eventos pós-traumáticos e fatores sócio-culturais¹².

Por estes e outros muitos sintomas é que a menstruação, muitas vezes é indesejada, ou até são procurados métodos para a interrupção proposital da mesma¹³. Para esta síndrome o tratamento é apenas sintomático. A terapia passa por educação, aconselhamento psicológico, exercícios físicos, avaliação dietética e, se necessário, intervenção farmacológica¹⁴.

A pesquisa teve por objetivo identificar a prevalência da STPM e do TDPM entre as acadêmicas do curso de graduação em fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco e descrever os principais sinais e sintomas característicos mais prevalentes em cada uma destas síndromes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Departamento

de Neuropsiquiatria do Centro de Ciências da Saúde/CCS-UFPE.

É um estudo transversal e descritivo e analítico, prospectivo. Desenvolvido na Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) Recife-PE, no período de fevereiro a Maio de 2008, e aprovado pelo comitê de ética de pesquisas com seres humanos CAAE: nº 0050.0.0961.172-07). A amostra do estudo foi composta por 109 acadêmicas, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foram excluídas mulheres com amenorréia (não menstruam, incluindo gravidez) e mulheres que apresentavam ciclos irregulares (menor que 25 dias ou maior que 35 dias).

A coleta de dados foi realizada através de uma abordagem das universitárias na sala de aula, onde, primeiramente, foram explicados os objetivos da pesquisa com posterior distribuição dos instrumentos do estudo. Foi garantido o sigilo das informações contidas, de forma que as universitárias não fossem identificadas.

Os instrumentos utilizados para realização desta pesquisa foram: um questionário que abordava questões sócio-econômicas, história clínica, hábitos de vida e escalas específicas para o fim da pesquisa, contendo questões fechadas e estruturadas em tópicos para facilitar o ordenamento lógico das idéias. As escalas aplicadas foram a Escala de Sintomas Menstruais (MSQ) contendo 23 questões, a Escala de Auto-avaliação de Síndrome do Transtorno pré-menstrual de Steiner contendo 36 itens, a qual foi usada para definir o diagnóstico de TDPM.^(5, 8, 9)

Para a definição da presença ou ausência da TDPM na escala de Steiner, foram seguidos os critérios listados no DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition), onde é obrigatória a presença de cinco ou mais sintomas, nos dois últimos ciclos menstruais, sendo necessária a presença de todos os sintomas relatados nos itens 1,2,3 e 4^(3,4) (QUADRO 1).

Os sintomas de humor, sintomas depressivos e físicos do MSQ, foram investigados

separadamente (QUADRO 2). Para indicar a presença dos sintomas, considerou-se a marcação das alternativas de número 2 a 6 (2-mínimo; 3-suave; 4-moderado; 5- severo e 6-extremo), de modo que a marcação da alternativa número 1 (não aplicável, ausente,sem alterações), indica que a

entrevistada não apresenta os sintomas, Desta forma foi possível classificar a voluntária como apresentando os sintomas se as resposta entre a categoria 2 a 6, corresponderem a 50% ou mais das resposta em cada categoria ¹⁵

QUADRO 1. Critérios listados no DSM IV, apêndice b, para diagnóstico do transtorno disfórico pré-menstrual (Fonte: Steiner, 2000)

1	Humor deprimido, sentimento de desesperança ou pensamentos de auto depreciação;
2	Ansiedade marcante, tensão, ou sentimento de estar 'no limite';
3	Instabilidade afetiva marcante;
4	Raiva ou irritabilidade pronunciada, ou aumento significativo de conflitos pessoais;
5	Interesse diminuído nas atividades usuais;
6	Dificuldade de concentração
7	Letargia, cansaço pronunciado, falta de energia habitual;
8	Mudança significativa no apetite, seja no sentido de diminuição ou de aumento
9	Aumento ou diminuição importante no sono;
10	Sentimento de estar 'fora de controle';
11	Sintomas físicos, como dor mamária, dor de cabeça, dor muscular ou articular, ganho de peso

QUADRO 2. Critérios de classificação na Escala de Sintomas Menstruais (MSQ)

ITEM	CATEGORIA	CARACTERÍSTICAS
1, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 18 e 21	Humor e Cognição	Riso; choro; estresse, irritabilidade; dificuldade de concentrar-se e esquecimento.
5, 9, 11, 17, 19, 20 e 22	Sintomas Depressivos	Sente-se só; deprimida; mais sensível; intolerante; isolamento no próprio trabalho; pouca vontade de falar ou locomover-se; pontos de vista pessimista; dificuldade para dormir; perda do interesse por atividades habituais.
2, 7, 8, 10, 12, 16 e 23	Sintomas Físicos	Mastalgia; desconforto abdominal; edema generalizado, cansaço físico; susceptível as mudanças de temperatura e dor)

E para a classificação de presença ou ausência de sintomas depressivos, utilizada no Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D), estabeleceu-se como o ponto de corte o valor de no valor de 10 indicando a presença de sintomas depressivos^(16, 17).

Foi realizada uma análise descritiva e analítica para expor os resultados obtidos. A apresentação das variáveis mensuradas foi feita através de tabelas ou gráficos. E para análise das variáveis quantitativas foi aplicado o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher quando o qui-quadrado não podia ser aplicado. Todas as

conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os software utilizados foram o Excel 2000 e o SPSS v8.0⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS

O perfil sócio – bio-demográfico da amostra revela uma faixa etária predominante de 18 a 25 anos em 92,7% (n=101) dos casos, 83,5% (n=91) eram solteiras, e a maioria é natural da região metropolitana do Recife 61,5% (n=67). Temos ainda que 78%(n=85), são apenas estudantes, não exercendo nenhuma atividade remunerada, 62,4%(n=68) são da raça branca, 72,

5% (n=79) referem ser católicas e que 30,3% (n=33) praticam algum tipo de atividade física (tabela 1).

Ao serem investigados os antecedentes pessoais, verificou-se que 29,4%(n=32) das acadêmicas utilizavam medicamentos, e destas 15,6%(n=5) referiram ser estes medicamentos para depressão. Além disso, temos que 6 acadêmicas foram diagnosticadas com depressão e 4 com síndrome do pânico (Figura 1).

Na tabela 2, estão expostos os dados de distribuição das acadêmicas quanto a sua história sexual e reprodutiva. Nesta verifica-se que 92,7% (n=101) menstruaram pela primeira vez entre os 10 e 15 anos de idade, que 79,4% (n=85) referiram ter ciclo menstrual regular, 69,2% (n=74) referem ter um intervalo de menstruação entre 26 e 30 dias, sendo o fluxo sanguíneo moderado para 66,4% (n=71). Temos também que 16,5% (n=18) referem problemas ginecológicos, que 69,7% (n=76) tem vida sexual ativa, tendo maioria iniciado a vida sexual entre 10 e 15 anos. Com relação a

utilização de métodos contraceptivos, destaca-se o uso dos mesmos para 88,2% (n=67) dos casos, sendo os principais: camisinha (46,1%, n=35) e pílula (35,5%, n=27). E por fim, temos que 5,3% (n=4) têm filhos e que nenhuma delas tiveram complicações na gravidez ou parto.

Quando questionadas acerca de hábitos da vida diária, verifica-se o consumo de álcool por parte de 51,4% (n= 56) das acadêmicas e que apenas 1,8% (n=2) referem ser fumantes.

A prevalência de TDPM foi de 3% (n=4), a prevalência de STPM foi de 67% (n=73) e 29% (n=32) não apresentaram nenhuma das síndromes em questão (Figura 2).

Quando correlacionadas a distribuição das entrevistadas quanto às escalas de MSQ e STPM segundo a prevalência de TDPM, não foi possível observar associações significativas. E ao se correlacionar as características de antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo a presença da TDPM, também não foi possível se verificar diferenças significantes (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto aos dados sócio-bio-demográficos.

Dados Sócio-Bio-Demográficos	N	%
Idade (em anos)		
18- 25	101	92,7
26- 35	6	5,5
36- 45	1	0,9
> 45	1	0,9
Estado Civil		
Solteira	91	83,5
Casada	5	4,6
União consensual	2	1,8
Não respondeu	1	0,9
Outros	10	9,2
Naturalidade		
Região Metropolitana do Recife	67	61,5
Outros	42	38,5

Ocupação		
Estudante	85	78,0
Outros	9	8,3
Não responderam	15	13,8
Renda		
Sim	12	11,0
Não	87	79,8
Não se aplica / Não quis Informar	10	9,2
Cor		
Branca	68	62,4
Parda	26	23,9
Amarela	8	7,3
Negra	4	3,7
Indígena	1	0,9
Não responderam	1	0,9
Outros	1	0,9
Religião		
Católica	79	72,5
Espírita	13	11,9
Evangélica	9	8,3
Não responderam	4	3,7
Outras	4	3,7
Atividade Física		
Sim	33	30,3
Não	74	67,9
Não responderam	2	1,8

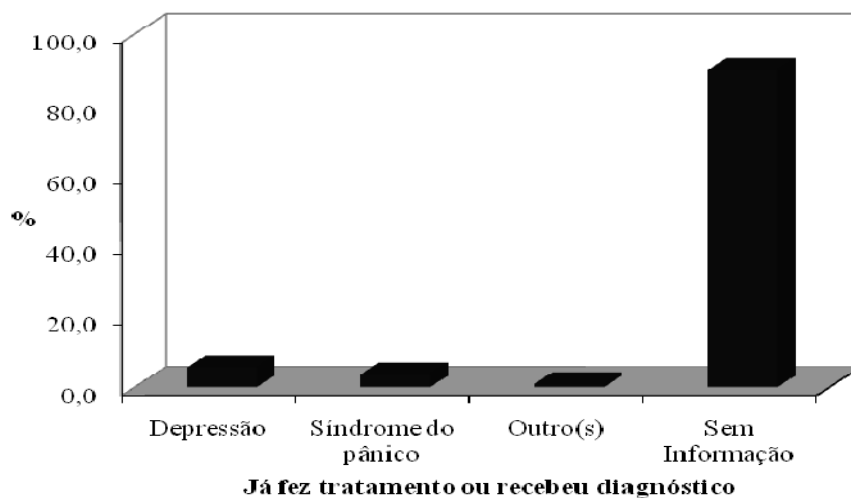


Figura 1. Características dos antecedentes pessoais das acadêmicas do curso de fisioterapia em relação a diagnóstico para distúrbios neuro-psiquiátricos.

Tabela 2 - Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto aos dados da história sexual e reprodutiva.

Dados da História Sexual e Reprodutiva	N	%
Idade da primeira menstruação		
10 - 15	101	92,7
16 - 20	3	2,8
Outros	3	2,8
Não responderam	2	1,8
Ciclo Menstrual		
Regular	85	79,4
Irregular	20	18,7
Não se aplica / Não quis Informar	2	3,7
Intervalo da menstruação		
20 - 25 dias	19	17,8
26 - 30 dias	74	69,2
Mais de 30 dias	7	6,5
Não responderam	7	6,5
Fluxo sanguíneo		
Pequeno	17	15,9
Moderado	71	66,4
Grande	19	17,8

Problemas Ginecológicos

Sim	18	16,5
Não	88	80,7
Não responderam	3	2,8

Atividade Sexual

Sim	76	69,7
Não	29	26,6
Não responderam	4	3,7

Início da atividade sexual

10 - 15 anos	3	3,9
16 - 20 anos	59	77,6
21 - 25 anos	14	18,4

Uso de Contraceptivo

Sim	67	88,2
Não	9	11,8

Método Contraceptivo

Camisinha	35	46,1
Pílula	27	35,5
Anticoncepcional injetável	6	7,9
Coito interrompido	2	2,6
Tabelinha	2	2,6
Outros	4	5,3

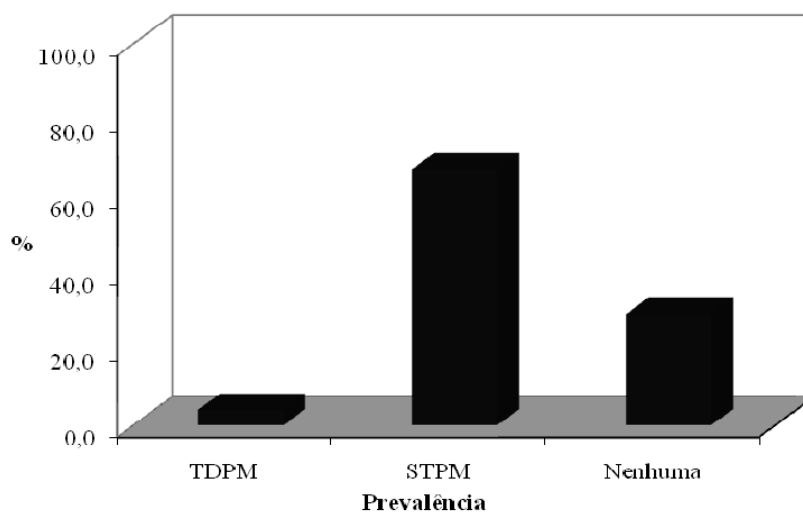


Figura 2. Distribuição da prevalência do TDPM e STPM entre as acadêmicas do curso de fisioterapia.

Tabela 3 - Distribuição das às acadêmicas entrevistadas quanto às escalas do MSQ e STPM e quanto aos antecedentes pessoais, hereditários e doenças segundo TDPM.

Escalas do MSQ e STPM	TDPM				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Depressão					
Não	46	48,4	0	0,0	0,121
Sim	49	51,6	4	100,0	
Ansiedade					
Não	15	15,8	0	0,0	1
Sim	80	84,2	4	100,0	
Labilidade do Humor					
Não	31	32,6	0	0,0	0,306
Sim	64	67,4	4	100,0	
Sintomas Somáticos					
Não	13	13,7	0	0,0	1,000
Sim	82	86,3	4	100,0	
Habilidades					
Não	21	22,1	0	0,0	0,576
Sim	74	77,9	4	100,0	
Dor					
Não	21	22,1	0	0,0	0,576
Sim	74	77,9	4	100,0	
Antecedentes Pessoais e Hereditários e Doenças	TDPM				Valor de p
	Não		Sim		
	N	%	N	%	
Medicamentos					
Sim	31	32,6	1	25,0	1,000
Não	64	67,4	3	75,0	
Medicamentos para Depressão					
Sim	4	12,9	1	100,0	0,156
Não	27	87,1	0	0,0	
Já fez tratamento ou recebeu diagnóstico para					
Depressão	5	5,3	1	25,0	-
Síndrome do pânico	3	3,2	0	0,0	
Outro(s) transtorno(s) psiquiátrico(s)	1	1,1	0	0,0	
Não se aplica / Não quis Informar	86	90,5	3	75,0	

DISCUSSÃO

O perfil sócio-biodemográfico das entrevistadas na presente pesquisa revela-se semelhante ao encontrado em outros estudos conduzidos em outras universidades brasileiras, onde a média de idade das universitárias brasileiras se encontra em torno dos 19 aos 23 anos, refletindo o ingresso das mulheres muito cedo nas universidades, em pleno período fértil e ainda solteiras.^{5,19,20,21} Este período pode ser propício aos distúrbios psíquicos com aumento progressivo do uso de antidepressivos e o consumo abusivo de álcool e outras drogas.⁶

Observou-se que uma pequena porcentagem de acadêmicas utiliza medicação e que apenas 15,6% destas utilizam drogas antidepressivas. A literatura refere um aumento no consumo de psicofármacos principalmente no período pré-menstrual e atualmente os mais utilizados relacionam-se aos ansiolíticos, entretanto, neste estudo não pode ser observado o aumento do consumo destes.^{2,9,12}

De forma geral o início da menstruação aparece entre 12 e 13 anos de idade cronológica. A idade média da menarca encontrada no Brasil foi de 13,02 (\pm 0,09), com ciclos menstruais regulares e fluxo moderado²¹, corroborando com os dados do presente estudo.

A atividade sexual da mulher brasileira tem se iniciado na maioria das capitais no período da adolescência, o que favorece a utilização mais precoce de métodos anticoncepcionais.²² A utilização de métodos contraceptivos é comum entre as mulheres sexualmente ativas, sendo que entre as mais jovens o método de escolha é o anticoncepcivo oral, que decai com o avançar da idade, pois mulheres acima de 30 anos preferem a ligação tubária²³, a amostra desta pesquisa é composta por jovens sexualmente ativas e que relatam como método contraceptivo mais utilizado a pílula.

No estudo a prevalência de TDPM foi de 3% e a de STPM foi de 67%, o que reflete a média de outros estudos conduzidos.^{1,3,6,11} Os critérios

utilizados na presente pesquisa seguem a DSM-IV e corresponde ao diagnóstico atribuído aos sintomas depressivos e de alteração do humor. Tais sintomas são recorrentes durante a fase lútea do ciclo menstrual e interferem de maneira significativa no seu funcionamento social, ocupacional e sexual.^{1,7,11}

Estudos relacionados à prevalência da STPM demonstram prevalências mais altas quando os critérios diagnósticos são menos rígidos, incluindo mulheres que relatam quatro ou mais sintomas. Como esperado, estudos, realizados em serviços de ginecologia mostraram prevalências superiores às encontradas em outros estudos^{1,11,12,18}

É comum indivíduos com sintomas depressivos experimentarem diminuição do rendimento no estudo, no trabalho e em seus afazeres cotidianos. Muitos convivem com os sintomas por longo período de tempo sem procurar ajuda especializada, pois não sabem que seu estado é manifestação de uma doença que deve ser diagnosticada e adequadamente tratada.^{3,9} E apesar do pequeno número de acadêmicas portadoras de distúrbios neuro-psiquiátricos, os mesmos não estiveram associados à TDPM. O mesmo comportamento de não associação entre a TDPM e os antecedentes hereditários e morbidade pode ser observado.

A condução de estudos que utilizem amostras populacionais, ao contrário de estudos de prevalência realizados em serviços de saúde, deve favorecer um maior esclarecimento da relação entre a TDPM e os sintomas depressivos. No momento segue em andamento um estudo do Programa de Saúde Mental da Mulher da UFPE que está utilizando uma amostra estimada em 1000 acadêmicas avaliadas.

CONCLUSÃO

A prevalência de TDPM foi de 3% e de STPM foi de 67% entre as acadêmicas do estudo, sendo esta condizente com outros estudos conduzidos no Brasil e no exterior. Não foi possível

observar uma relação estatisticamente significativa entre o TDPM os antecedentes hereditários e comorbidades, apesar de que os dados revelam uma importante prevalência de sintomas depressivos e de alteração de humor, podendo os mesmos influenciar de forma negativa as atividades da vida diária e acadêmica das entrevistadas. Este estudo preliminar sugere a existência de uma estreita relação entre a TDPM e os sintomas depressivos, sendo necessária a ampliação deste estudo para identificar melhor esta relação.

REFERÊNCIAS

1. Wittchen HU, Becker E, Lieb R, Krause P. Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Méd.* 2002 32; 1:119-32.
2. Rapkin AJ, Winer AS. The Pharmacologic management of premenstrual dysphoric disorder. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 9; 3:429-45.
3. Steiner M, Born L. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder: an update. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2000 15 Suppl 3:S5-17.
4. Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder. An update. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 18; 4:244-50.
5. Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. *RBGO*, 2000 22; 6:347-351.
6. Valadares GC, Ferreira LV, Correia Filho H, Romano-Silva MA. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão – conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006 33; 3:117-123.
7. Pires MLN, Calil HM. Associação entre transtorno disfórico pré-menstrual e transtornos depressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 1999 21; 2:118-127
8. Melo NR, Machado RB, Fernandes CE. Irregularidades menstruais – inter-relações com o psiquismo. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2006 33; 2:55-9.
9. Landén M, Eriksson E. How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders? *Depress Anxiety* 2003. 17; 3:122-9.
10. Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2003 19; 3:261-67.
11. McHichi AKH, Tahiri SM, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of premenstrual dysphoric disorder symptoms: population of women in Casablanca. *Encephale* 2002 28; 6:525-30.
12. Freeman,EW, Sondheimer AJ. Premenstrual Dysphoric Disorder: Recognition and treatment. *Primary Care Companion. J Clin Psychiatry* 2003 5; 1:29-40
13. Ribeiro CP, Hardy E, Hebling EM. Preferências de mulheres brasileiras quanto a mudanças na menstruação. *RBGO* 2007 29; 2:74-9.
14. Sampaio HAC. Aspectos nutricionais relacionados ao ciclo menstrual. *Ver. Nutr.* 2002 15; 3:309-317.
15. Webster SK, Martin HJ, Uchalik D, Gannon L. The Menstrual Symptom questionnaire and spasmodic/congestive dysmenorrhea: measurement of an invalid construct. *J Behav Med.* 1979 2; 1-1.
16. Moraes JLR, Ximenes RCC, Passos MP dos, Sougey EB. Validação da Versão Brasileira do Questionário de Auto-Avaliação da Escala de Hamilton para Depressão (QAEH-D) [Tese de Doutorado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2008.
17. Vieira Filho AHG, Tung TC, Artes R. Escalas de avaliação de transtorno pré-menstrual. *Rev. Psiq. Clín.* [serial on line] Ed. Especial 1998 set/out 25; 5. Available from: URL: <http://hcnet.usp.br/jpq/revista>.
18. Jerrold H. Zar. *Biostatistical Analysis*. Third edition, 1996. Prentice Hall, New Jersey.
19. Steiner M. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for

management. *J Psychiatry Neurosci* 2000 25; 5:459-68.

20. Cavestro JM, Rocha FL. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006 55; 4:264-67.

21. Cerchiari EAN, Caetano D, Faccenda O. Prevalência de transtorno mentais menores em estudantes universitários. *Estud. Psicol. (Natal)*. 2005 10; 3:413-420.

22. Amaral M.A, Fonseca RMGS. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2006 40; 4:469-476.

23. Costa JSD, D'elia PB. Moreira MR. Prevalência de uso de métodos contraceptivos e adequação do uso de anticoncepcionais orais na cidade de Pelotas. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996 12;3:339-344.

