

Síndrome pré-menstrual: influências na equipe de enfermagem de centro cirúrgico

Premenstrual syndrome: influences in the nursing team of surgical centers

Síndrome premenstrual: influencias en el equipo de enfermería de centros quirúrgicos

Ana Lúcia De Mattia*
Bruna Telles**

Carla Affonso Madureira Santos***
Maura Castello Bernauer****

RESUMO: Este é um estudo descritivo, exploratório, com método quantitativo e análise de frequência absoluta e relativa dos dados. Apresentou como objetivo identificar as manifestações da síndrome pré-menstrual da equipe de enfermagem e se estas interferem no desempenho adequado do trabalho. A pesquisa foi realizada com 30 mulheres trabalhadoras do Centro Cirúrgico de um Hospital Privado de grande porte da cidade de Santos. Foi aplicado um formulário contendo 15 perguntas estruturadas. Obteve-se como resultados que, da amostra estudada, a maioria apresentava idade entre 28 e 32 anos, com formação de auxiliares de enfermagem. Dos sintomas pesquisados, entumescimento das mamas teve maior frequência, seguido por sensação de peso na pelve, dores abdominais e irritabilidade; a maioria com mais de 5 sinais e sintomas, fato que caracteriza a síndrome pré-menstrual, e estas manifestações não influenciam a ausência no trabalho com 26 (87,0%) da amostra. A pesquisa identificou as manifestações da SPM da equipe de Enfermagem, porém estas não referem interferência no desempenho profissional adequado.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de enfermagem. Centro Cirúrgico Hospitalar – recursos humanos. Síndrome pré-menstrual.

ABSTRACT: This is a descriptive and exploratory study with a quantitative method using an analysis of data in terms of absolute and relative frequency. It aims to identify signals of premenstrual syndrome of nursing teams and verify whether these interfere in the adequate performance of work tasks. The research was carried out with 30 hardworking women of the Surgical Center of big Private Hospital of Santos city. A form was applied containing 15 structured questions. Most study subjects had from 28 to 32 years of age and were trained as nursing assistants. From the investigated symptoms, breasts intumescing was the most frequent, followed by a weight sensation in the pelvis, abdominal pains and irritability; most subjects had more than 5 signals and symptoms of premenstrual syndrome, problems that do not influence absence from work: 26 (87.0%) of the sample did work in spite of this. Thus, the research identified symptoms of premenstrual syndrome, but these do not interfere in the adequate professional performance.

KEYWORDS: Nursing, team. Surgery Department, Hospital – manpower. Premenstrual syndrome.

RESUMEN: Este es un estudio descriptivo y exploratorio con un método cuantitativo usando para el análisis de datos el cálculo de la frecuencia absoluta y relativa. Intenta identificar señales del síndrome premenstrual de equipos de enfermería y verificar si éstos interfieren en la adecuada realización de tareas de trabajo. La investigación fue realizada con 30 mujeres trabajadoras del Centro Quirúrgico de un grande Hospital Privado de la ciudad de Santos. Un cuestionario conteniendo 15 preguntas estructuradas fue aplicado a los sujetos. La mayor parte de los sujetos de estudio tenía 28-2 años de edad y fueron entrenados como ayudantes de enfermería. De los síntomas investigados, el entumecimiento de la mama fue el más frecuente, seguido de una sensación de peso en la pelvis, dolores abdominales e irritabilidad; la mayor parte de los sujetos tenían más de 5 señales y síntomas del síndrome premenstrual, problemas que no influyeran en la ausencia al trabajo: 26 (el 87.0%) de la muestra realmente trabajaba a pesar de esto. Así, la investigación identificó síntomas del síndrome premenstrual, pero éstos no interfieren en la actuación profesional adecuada.

PALABRAS LLAVE: Grupo de enfermería. Servicio de Cirugía en Hospital – recursos humanos. Premenstrual Syndrome.

*Professora e Doutora pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Santos. Orientadora do Trabalho de conclusão de curso. E-mail: almattia@uol.com.br

**Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Pedro de Toledo. E-mail: brunatelles@uol.com.br

***Enfermeira do Centro de Emergência e Internação de São Vicente e da Clínica de Enfermagem da Universidade Paulista-Santos. E-mail: carlaams@ig.com.br

****Mestranda em Educação na Universidade Católica de Santos.

Introdução

As primeiras referências da Síndrome Pré-Menstrual (SPM) foram feitas por Hipócrates, que observou o aparecimento da cefaléia e agitação no período pré-menstrual. Carney (1981) diz que a primeira classificação desses e de outros sintomas, que surgem na fase pós-ovulatória do ciclo, com intensidade progressiva e cessam com o início do fluxo menstrual como Tensão Pré-Menstrual (TPM), foi feita por Frank em 1931. A partir de então, vários estudos foram desenvolvidos tentando explicar a origem desses sintomas. Em 1953, Greene e Dalton propuseram o termo Síndrome Pré-menstrual (Approbato, 2002, p. 197).

Segundo Approbato (2002), a SPM costumava ser confundida com a depressão, devido aos inúmeros sintomas semelhantes. Por isso, em 1987, a síndrome foi reclassificada no manual diagnóstico e estatístico da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III-R), no qual foi definida como distúrbio disfórico (perturbações do humor) da fase lútea tardia: *Late Luteal Phase Dysphoric Disorder* (LLPDD).

Modernamente, as primeiras descrições do problema sob a denominação de TPM aparecera em 1931, quando se notava que as mulheres, na última fase do ciclo menstrual, experimentavam tensão emocional e desconforto físico. Foram inventadas teorias psicológicas para explicar o fenômeno, incluindo condições neuróticas, de identidades femininas, conflitos, estressores etc., como a base desse transtorno (Soares, 2000).

Desde 1987, é classificada pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*) como Desordem Disfórica Pré-Menstrual (DDPM) (Viana, Martins, Geber, 2001, p. 218).

A Organização Mundial de Saúde ainda não reconheceu a TPM como uma entidade patológica; enquanto isso, a classificação norte-americana já diferencia SPM da DDPM. Essa deficiência, contudo, deverá ser corrigida na 11ª edição do Código Internacional das Doenças (CID).

Também já se falou em SPM, em que os principais sintomas físicos seriam o dolorimento e tumefação das mamas (mastalgia), cefaléia e alterações do humor, os quais acometeriam cerca de 75% das mulheres durante 3 a 10 dias anteriores à menstruação. A partir do DSM-IV, esse distúrbio passou a se chamar Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. Nessa classificação, o TDPM está incluído em Transtornos Depressivos Sem Outra Especificação (Soares, 2000).

Segundo Gonzalez (2001), a SPM causa alterações físicas, psicológicas ou comportamentais que interferem nas atividades da vida diária. Não tem etiologia conhecida, podendo ser originada de desequilíbrio de estrogênio, progesterona, hipoglicemia, excesso de aldosterona, níveis elevados de estrogênio, aumento da atividade renina-angiotensina ou das glândulas suprarrenais, suspensão de endorfinas endógenas, alterações centrais nas catecolaminas e/ou deficiência vitamínica. A paciente portadora de SPM pode apresentar alterações comportamentais (tensão, irritabilidade, flutuações do humor, ansiedade, crises de choro, depressão, insônia etc.), fadiga, edema, ganho ponderal, lúpersensibilidade das mamas, acne, aumento do apetite, cefaléia, dor nas articulações etc.

Crítérios para Diagnóstico da TPM pela American Psychiatric Association, 1994

Devem estar presentes cinco dos seguintes sintomas, sendo

pelo menos um deles um dos quatro primeiros:

1. Depressão
2. Ansiedade
3. Labilidade emocional
4. Irritabilidade
5. Diminuição do interesse em atividades habituais
6. Dificuldade de concentração
7. Perda de energia ou fadiga fácil
8. Alteração do apetite e desejos alimentares pouco comuns
9. Insônia ou sonolência
10. Baixa auto-estima
11. Sintomas físicos

“Na maioria dos ciclos menstruais durante o ano anterior, sintomas (por exemplo: humor acentuadamente deprimido, ansiedade acentuada, acentuada instabilidade afetiva, interesse diminuído por atividade) ocorrem regularmente durante a última semana da fase lútea (e apresentaram remissão alguns dias após o início da menstruação). Esses sintomas devem ser suficientemente severos para interferir acentuadamente no trabalho, na escola ou atividades habituais e devem estar inteiramente ausentes por pelo menos uma semana após a menstruação” (DSM-IV).

Segundo Montes, Vaz (2003), os sintomas pré-menstruais são uma expressão de traços vulneráveis de personalidade que surgem em resposta a um determinado estímulo desencadeante. Para o autor, a forma como esses sintomas pré-menstruais se apresentam é expressa por traços de personalidade, que têm, por vezes, natureza depressiva e de ansiedade. Apresenta dois modelos teóricos para justificar a SPM: a) deficiência de progesterona; b) modelo psicogênico induzido pelo estresse. O primeiro modelo tem por base a deficiência de progesterona como fator desencadeante da SPM.

Em 1990, definiram SPM como sendo um grupo de perturbações caracterizadas por manifestações somáticas, afetivas, cognitivas e comportamentais, as quais aparecem na fase pós-ovulatória do ciclo menstrual. Em 1991, a SPM foi caracterizada como sendo uma recidiva cíclica de sintomas às vezes incapacitantes que começam logo após a ovulação e geralmente desaparecem com o início da menstruação (Approbato, 2002, p. 197).

A SPM é um complexo de sintomas que surge entre 10 e 14 dias antes da menstruação e desaparece com o início do fluxo, só se caracterizando como doença se afetar o dia-a-dia da mulher. Já foram catalogados mais de 150 sintomas, que incidem de maneira variada e inconstante. Em relação à época de vigência, descrevem-se dois padrões. Em um deles, os sintomas aumentam gradualmente, para desaparecerem com o início da menstruação e, no outro, a resolução é mais lenta, persistindo durante a fase folicular. Haveria, ainda, mais dois tipos, a incidência de sintomas graves apenas em alguns dias da fase lútea ou em dois períodos distintos, por volta da ovulação e logo antes da menstruação (Nogueira, Pinto e Silva, 2000).

Novas hipóteses para o mecanismo dessa doença surgiram com o uso dos inibidores da receptação da serotonina. As pacientes apresentam melhora dos sintomas a partir do primeiro ciclo e parece que os melhores resultados são com o tratamento intermitente, característica da resposta a essas medicações. Isso sugere que a via serotoninérgica esteja envolvida na patogênese da SPM e que possivelmente exista um fenômeno de tolerância dos receptores (Approbato, 2002).

Berenstein (2001) afirma que a TPM caracteriza-se por apresentar um conjunto de sintomas que

podem ser físicos, psíquicos e/ou comportamentais, que acometem as mulheres em sua fase de vida reprodutiva, exclusivamente nos dias que antecedem sua menstruação. Com a vinda do fluxo, melhoram ou desaparecem. São conhecidos e descritos quatro tipos principais TPM:

- Tipo A (ansiedade): predominância de sintomas ansiosos, como pressa, agitação, instabilidade de humor e agressividade.
- Tipo C (compulsão por comida): predominância da compulsão alimentar irresistível, em especial, por doces, principalmente por chocolate.
- Tipo D (depressão): predominância de sintomas depressivos nos 15 dias que antecedem a menstruação.
- Tipo H (hídrico): ocorrência de inchaço nos seios (deixando as mamas extremamente doloridas), distúrbio do sistema nervoso central, causando dores de cabeça e musculares.

Atualmente, na sociedade como um todo, a força de trabalho feminina no Brasil atinge aproximadamente 60%, superando, assim, a masculina. Estima-se que 85% das mulheres apresentam algum sintoma pré-menstrual em alguma época de sua vida. Desse grupo, de 30% a 40% procuram ajuda médica: 18 a 20 anos (11%), de 21 a 30 anos (55%) e de 31 a 40 anos (35%).

Inclusive, Approbato (2002) diz também, que os sintomas podem ser divididos em dois grupos:

- Somáticos: os mais comuns estão os estados congestivos devido à retenção hídrica, afetando principalmente as mamas, abdômen e pelve e outros, como enxaqueca, aumento da secreção vaginal, dores vagas generalizadas, anorexia, aumento do

apetite, diarreia, constipação, sudorese, acne, herpes, insônia, crises asmáticas, aumento de peso temporário, dores lombares e ciáticas, distúrbios alérgicos, crises cíclicas de hipertrofia da tireóide, aerofagia, estado hipoglicêmicos e crises convulsivas.

- Psíquicos: incapacidade de concentração, labilidade afetiva, perturbações do sono, agressividade, irritabilidade, tensão nervosa, humor variável, depressão, ansiedade, crises de choro e desânimo.

Classificação

Na SPM, pode ocorrer predominância de um outro sintoma, o que levou Abraham (1983) a classificá-la em quatro subgrupos: SPM-A, SPM-H, SPM-C, SPM-D.

SPM-A: quadro de maior frequência, sendo nesse o predomínio da sintomatologia emocional com intensa ansiedade, irritabilidade e tensão nervosa, levando a padrões de comportamento alterado em relação a si mesma, à família e ao grupo social.

Essa teoria baseia-se no fato de que os estrogênios têm ação estimuladora sobre o sistema nervoso central.

SPM-H: caracterizada por alterações do metabolismo hídrico, manifestada por edema, dores abdominais, mastalgia e ganho de peso.

SPM-C: tem como sistemas preponderante a cefaléia, habitualmente acompanhada de aumento de apetite, desejo incontrolável de ingerir alimentos doces, fadiga, palpitações e tremores.

SPM-D: manifesta-se por intensa depressão, acompanhada de insônia, choro fácil, esquecimento e confusão.

Approbato (2002) cita que, em 1990, Mortola sugeriu o diagnóstico com base numa somatória de

pontos, que determinam a presença e a intensidade dos sintomas. Como por exemplo:

- 0 – não apresenta tal sintoma
- 1 – apresenta o sintoma com baixa intensidade
- 2 – apresenta o sintoma com média intensidade
- 3 – apresenta o sintoma com grande intensidade

Se a paciente apresentar a somatúria igual ou superior a 40 pontos em pelo menos dois ciclos no período de um ano, poderia ser diagnosticada como portadora da SPM.

Ainda, Wender et al (2001), diz que a Desordem Disfórica Pré-Menstrual representa a forma mais grave da SPM e é classificada segundo os critérios da quarta edição do DSM-IV.

Critérios para diagnóstico do Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (segundo a Associação Americana de Psiquiatria-APA)

A – No período de um ano, os sintomas devem ocorrer em dois ciclos, durante a última semana, e terminar com o início do fluxo, raramente persistindo por um ou mais dias.

B – Pelo menos cinco dos seguintes sintomas devem estar presentes e devem durar por quase todo período:

- Importante labilidade afetiva (choro, tristeza, irritabilidade, raiva).
- Ansiedade, tensão.
- Diminuição do interesse e das atividades habituais.
- Cansaço fácil.
- Dificuldade de concentração.
- Importante alteração do apetite, bulimia e interesse por alimentos especiais (sal, chocolate e hidratos de carbono em geral).

- Sonolência ou insônia.
- Outros sintomas físicos (mastalgia, cefaléia, dores musculares, distensão abdominal, sensação de inchaço).

C – O distúrbio deve interferir intensamente no relacionamento com as pessoas e com o trabalho rotineiro.

D – O distúrbio não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outras doenças, como depressão, síndrome do pânico, ou alteração da personalidade, mas pode sobrepor-se aos sintomas destas doenças.

E – Critérios A, B, C, D são confirmados por auto-avaliações prospectivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos (o diagnóstico pode ser feito, provisoriamente, até sua confirmação).

Nas indústrias que empregam mulheres, como a do vestuário e da eletrônica leve, os percentuais são ainda maiores. A *Texas Instruments*, por exemplo, cujos componentes eletrônicos são montados por mulheres, registra redução na produtividade das operárias na fase pré-menstrual. Dalton relata estudos que revelam que durante a fase pré-menstrual ocorre uma deteriorização da firmeza dos braços e das mãos, o que representa um fator adverso para as mulheres cujo trabalho exige destreza manual.

Coutinho (1996) afirma que algumas mulheres se sentem ameaçadas profissionalmente pelas alterações físicas ou psíquicas da fase pré-menstrual destaca uma paciente jovem que trabalhava como trapezista que precisava desempenhar acrobacias perigosas, mas que se sentia insegura, distraída, indisposta, pesada, lerda no período que antecedia seu ciclo menstrual, e temia morrer em consequência de um salto mal dado durante um perigoso número. Não me-

nos ameaçadora era a tensão pré-menstrual de uma juíza de Direito que se sentia absolutamente insegura e desequilibrada emocionalmente durante o período. Julgar, condenar e penalizar réus na fase pré-menstrual passou a ser para ela motivo de grande preocupação, um verdadeiro pesadelo, pois temia cometer injustiças.

As alterações do psiquismo podem, sem dúvida nenhuma, levar a portadora de SPM a provocar danos físicos e morais tanto a si mesma quanto a terceiros. É evidente que as alterações endócrinas que levam a mulher a um comportamento anormal fogem ao seu controle, assim como os seus atos. Esse raciocínio tem levado algumas mulheres que praticaram crimes a alegarem a fase pré-menstrual como defesa ou justificativa para o ato criminoso (Coutinho, 1996, p. 103).

A Síndrome da Tensão Pré-Menstrual difere dos outros problemas médicos, por não se restringir à relação do indivíduo consigo mesmo, mas por refletir também no relacionamento interpessoal e complexo de sociedade, seja promovendo uma deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e baixa produtividade no trabalho (Approbato, Silva, Perini et al, 2001).

Aproximadamente 80% das mulheres em fase reprodutiva apresentam sintomas na fase pré-menstrual, sendo que apenas de 3% a 5% de forma a ponto de impedir a rotina ou o trabalho. É encontrada uma grande variabilidade no grau dos sintomas. Muitas mulheres não têm nenhuma perturbação, enquanto outras sofrem sintomas graves e incapacitantes. A SPM também pode ser fator de produtividade reduzida, relacionamentos interpessoais alterados, acidentes relacionados ao trabalho e ausências não previstas, interfe-

rindo no desempenho adequado da equipe de Enfermagem. Diante desses problemas, fazemos o seguinte questionamento: será que os sinais e sintomas da SPM interferem no desempenho adequado da equipe de Enfermagem?

A nossa hipótese é que os sintomas da SPM interferem no desempenho adequado da equipe de Enfermagem, no que diz respeito à produtividade reduzida, relacionamento interpessoal, acidentes e ausência não prevista.

Assim, este estudo teve como objetivo identificar as manifestações da SPM da equipe de Enfermagem e se interferem no desempenho adequado.

Material e método

Este é um estudo descritivo, exploratório, de campo, com abordagem quantitativa e não experimental. Foi realizado em uma instituição hospitalar, particular, de grande porte, a qual o centro cirúrgico atende todas as especialidades médicas, na cidade de Santos.

A amostra foi constituída por 30 mulheres da equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico, que concordaram espontaneamente em participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, segundo a Resolução n. 196/96, do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada por um formulário, contendo 15 perguntas referentes à identificação pessoal, sinais e sintomas da SPM.

Resultados e discussão

Participaram deste estudo 30 profissionais da área da Enfermagem que atuam em Centro Cirúrgico, sendo 2 (7,0%) com idades entre 18 e 22 anos, 3 (10,0%) com idades entre 23 e 27 anos, 11 (37,0%) com idades entre 28 e 32

anos, 7 (23,0%) com idades entre 33 e 37 anos, 2 (7,0%) com idades entre 38 e 42 anos, 1 (3,0%) com idades entre 43 e 47 anos e 4 (13,0%) com idades entre 48 e 52 anos.

Segundo algumas estimativas, 5% das mulheres norte-americanas têm TPM tão severa que ficam literalmente incapacitadas. E um número muito maior tem alguma dificuldade com a TPM: entre um terço e metade das mulheres adultas com menos de 50 anos experimentam desconfortos psicológicos e físicos antes da menstruação. Em outras palavras, a TPM afeta cerca de 10 a 14 milhões de mulheres (Domar, Dreher, 1997).

A mulher sofre, hoje, uma maior sobrecarga existencial pela quantidade de papéis que a ela foram agregados. A revolução hormonal feminina, porém, não foi acompanhada por uma evolução masculina e social. A mulher não abandonou alguns papéis, ao contrário, assumiu e acumulou novas tarefas e, com isso, novas patologias (Berenstein, 2001).

Da amostra, 25 (83,0%) são Auxiliares de Enfermagem, 3 (10,0%), Técnicas de Enfermagem e 2 (7,0%), Enfermeiras.

O Gráfico 1 demonstra que do total da população investigada, 14 mulheres tiveram menarca entre 11 e 13 anos, o que corresponde a

46,6% das 30 mulheres pesquisadas. Três mulheres (10,0%) tiveram menarca com idade menor de 10 anos, 11 (36,6%) tiveram menarca com idade entre 14 e 16 anos e 2 (7,0%) tiveram menarca com idade maior de 17 anos.

Conforme Ferreira, Ferreira (2001), a menarca ocorre em média aos 12,88 anos. Nas mulheres pesquisadas, 10% tiveram menarca precoce e 43,3% tiveram menarca tardia. Esses achados demonstram que a idade da menarca não tem relação com o surgimento da Síndrome Pré-menstrual, pois essas mulheres não tiveram, obrigatoriamente, mais de cinco sintomas.

O Gráfico 2 demonstra que o intervalo entre os ciclos menstruais das 30 mulheres pesquisadas variou: 1 (3,3%) foi menor que 19 dias, 10 (33,3%) foram de 20 a 27 dias, 14 (46,6%), de 28 a 34 dias, nenhuma apresentou intervalo de 35 a 41 dias, de 42 a 46 dias e maior que 47 dias, 3 (10,0%) não souberam dizer pois encontravam-se em menopausa e 2 (6,6%) tiveram intervalos irregulares.

O Gráfico 3 demonstra que, das 30 mulheres pesquisadas, 9 (30,0%) tinham a duração do ciclo menstrual entre 1 e 3 dias, 14 (47,0%) tinham duração do ciclo entre 4 e 6 dias, 4 (13,0%) tinham duração do ciclo entre 7 e 9 dias, nenhuma apresentou duração de

Gráfico 1. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo idade da menarca, Santos, 2004

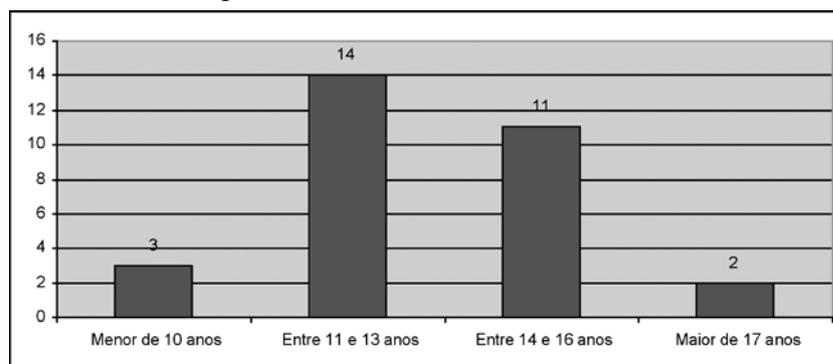
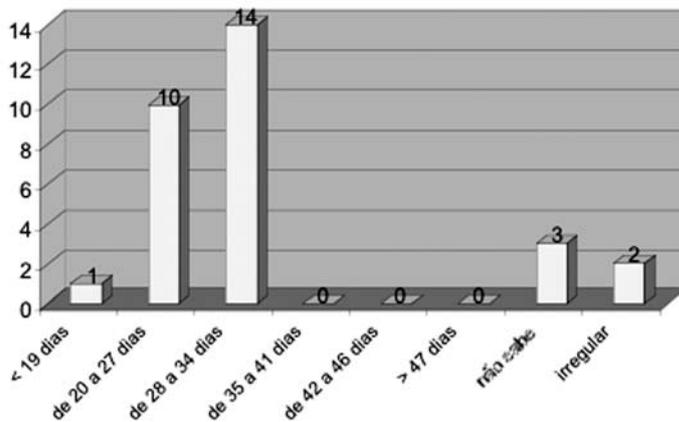


Gráfico 2. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo intervalo entre os ciclos menstruais, Santos, 2004

ciclo maior que 10 dias, 3 (10,0%) não responderam porque estavam no período de menopausa.

A totalidade das mulheres (30) que apresentam sinais e sintomas da SPM manifestam pelo menos um dos sintomas da SPM; 5 (16,6%) apresentaram mais de 14 sintomas citados no questionário. Das 18 mulheres que apresentaram pelo menos 5 sintomas que caracterizam a SPM, apresentaram apenas um sintoma físico, e em 16 (93,3%) apresentaram associação dos dois tipos de sintomas (físicos e psíquicos). A distinção entre as esferas somáticas e psíquicas não é fácil, mas, nesta avaliação, mais de 16 (93,3%) apresentaram sintomas dessas duas naturezas, associando

irritabilidade ou depressão com quadros dolorosos ou edema.

A Tabela 1 demonstra que, das 30 mulheres estudadas, 18 (60,0%) apresentaram mais que 5 sinais e sintomas que caracterizam a SPM e que esses surgem nos dias que antecedem o ciclo menstrual, destacando os sintomas de maior incidência:

1. Dores abdominais: 61,1%
2. Sensação de peso ou pressão na pelve: 72,2%
3. Inchaço (edema): 55,5%
4. Acne: 55,5%
5. Dores de cabeça (cefaléia): 50,0%
6. Intumescimento das mamas: 66,6%

7. Depressão: 61,1%

8. Labilidade emocional (instabilidade): 66,6%

9. Irritabilidade: 66,6%

10. Nervosismo: 55,5%

Os sintomas físicos de maior incidência em nossa pesquisa vêm confirmar o que Coutinho (1996) cita: "os componentes físicos mais importantes são aqueles relacionados com a retenção de sal e água, responsável por distensão abdominal, dor ou hipersensibilidade nos seios, com ou sem um aumento perceptível do volume, dor na região lombar, edema de pés e mãos e aumento de peso. Em algumas pacientes, não se consegue demonstrar o aumento na retenção de água e, por isso, admite-se que a sintomatologia é provocada pelo deslocamento de líquidos do compartimento intravascular ou intracelular para o extracelular, onde se acumula. Em outras, a retenção de fluidos é evidente".

A progesterona é responsável por um leve relaxamento muscular, com conseqüente aumento de gases, que, acrescido de edema, leva a mulher a sentir-se pesada e inchada na segunda fase do ciclo menstrual (Ferreira, Ferreira, 2001, p. 312).

Já Coutinho (1996) cita que ocorrem alterações endócrinas, hemodinâmicas, como retenção de sal e água, e formação de edemas nas mamas, na cabeça, nas nádegas e no abdômen.

A cefaléia é atribuída a distúrbio da transmissão serotoninérgica; o estrogênio estimularia a produção de adrenoceptor na vasculatura, bloquearia a recaptação da serotonina, inibindo a enzima da degradação da monoaminoxidase, levando a vasodilatação das artérias cerebrais, por liberação de peptídeos vasoativos, conforme Nogueira, Silva (2000).

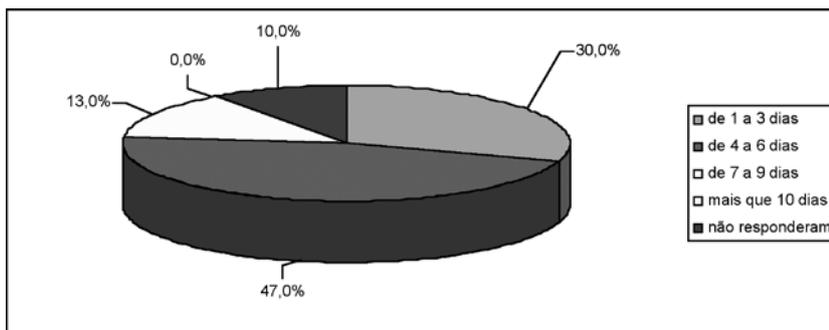
Gráfico 3. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo duração do ciclo menstrual, Santos, 2004

Tabela 1. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo a sintomatologia da SPM, Santos, 2004

SINTOMAS	N°	%
01. Dores abdominais	14	46,6
02. Sensação de peso ou pressão na pelve	14	46,6
03. Inchaço	13	43,3
04. Constipação	05	16,6
05. Náusea	04	13,3
06. Vômito	01	3,3
07. Acne	14	46,6
08. Dores de cabeça	13	43,3
09. Tonteira	02	6,6
10. Desmaios	00	0,0
11. Entorpecimento	00	0,0
12. Sudorese fácil	01	3,3
13. Intumescimento das mamas	18	60,0
14. Ganho de peso periódico	07	23,3
15. Diminuição do volume de urina	01	3,3
16. Diminuição da libido (desejo sexual)	03	10,0
17. Alterações do apetite	04	13,3
18. Depressão	12	40,0
19. Ansiedade	09	30,0
20. Labilidade emocional (instabilidade)	14	46,6
21. Irritabilidade (ataques de choro)	14	46,6
22. Diminuição do interesses em atividades habituais	05	16,6
23. Dificuldade de concentração	06	20,0
24. Perda de energia ou fadiga fácil	05	16,6
25. Insônia ou sonolência	04	13,3
26. Baixa auto-estima	03	10,0
27. Nervosismo	14	46,6
28. Descontrole das ações e emoções	08	26,6
TOTAL	208	—

A mastalgia cíclica pode ser grave a ponto de interferir nas atividades físicas e nas relações sexuais, estando associada à alta incidência de mamografias desnecessárias em pacientes jovens (Ferreira, Ferreira, 2001, p. 312).

Segundo Coutinho (1996), na segunda semana pós-ovulatória, o útero começa a dar sinais de atividade contrátil semelhante à que

se observa nos últimos meses da gravidez, com contrações isoladas, ocasionais, chamadas *Braxton-Hicks*. À medida que se aproximam os dias da menstruação, a atividade contrátil aumenta, tanto na intensidade quanto na frequência das contrações. Enquanto não tiver expulsado os restos endometriais, o útero continua a contrair-se regularmente por 4 a 5 dias, desen-

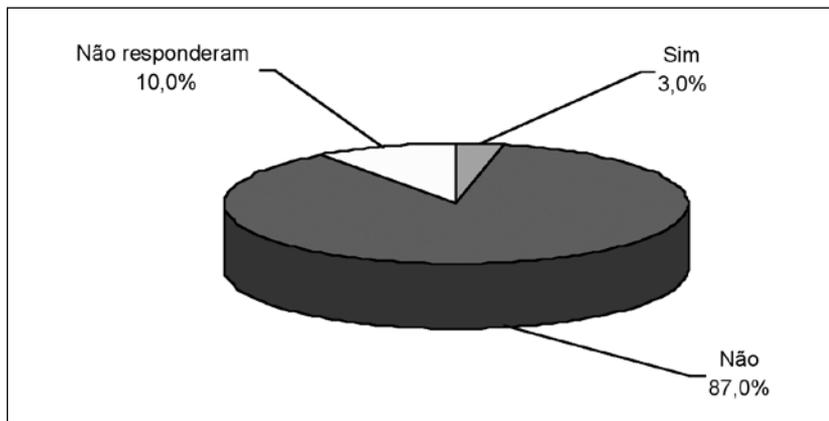
volvendo atividade semelhante à de um trabalho de parto. Isso vem esclarecer as sensações de desconforto que algumas mulheres da pesquisa citam como habitual durante o período pré-menstrual, quando citam dores abdominais e sensação de peso e pressão na pelve.

A distinção entre as esferas somática e psíquica não é fácil. Na avaliação de Nogueira, Silva (2000), mais de 75% das mulheres de sua pesquisa apresentavam sintomas dessas duas naturezas, associando irritabilidade ou depressão, com quadros dolorosos ou edema. O quadro clínico da SPM em geral compõe-se de irritabilidade e/ou depressão, que podem ser acompanhados de cansaço e dores de cabeça ou nas mamas, quase sempre havendo associação de sintomas físicos e psíquicos, com duração de 3 a 7 dias, sendo difícil atribuí-lo a uma etiologia única, à luz dos conhecimentos atuais, o que só vem confirmar os dados igualmente encontrados em nossa pesquisa.

O Gráfico 4 demonstra que 1 (3,0%) das 30 estudadas relatou que os sinais e sintomas da SPM interferem no desempenho profissional, causando ausência do trabalho, 26 (87,0%) relataram que os sinais e sintomas não interferem no desempenho profissional, não causando ausência do trabalho e 3 (10,0%) não responderam à questão.

A intensidade do sintoma pode incomodar a paciente até no sentido de promover danos no relacionamento interpessoal. A eficiência reduzida no emprego, na escola, em concursos ou competições esportivas, durante determinados dias, pode gerar insegurança e perdas importantes. A possibilidade de conflitos conjugais, agressividade dirigida a filhos, colegas e amigos, implica atos injustos, desatenções, acarretando sérios prejuízos psicológicos, familiares, sociais e profissionais (Ferreira, Ferreira, 2001).

Gráfico 4. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo ausência do trabalho, Santos, 2004



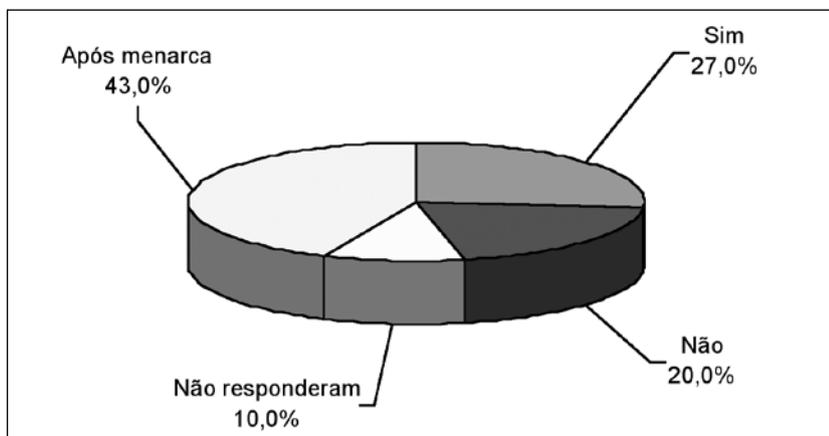
Os sintomas da SPM são muitos e variados. As queixas físicas comuns incluem cefaléia tensional, enxaqueca, mastalgias, aumento do volume abdominal, aumento do peso. Entre as mudanças de comportamento são comuns a não-participação em atividades sociais e profissionais e o aumento ou a diminuição da libido.

O Gráfico 5 demonstra que, das 30 mulheres pesquisadas, 8 (27,0%) apresentaram sinais e sintomas que caracterizam a SPM desde a menarca, 6 (20,0%) não apresentaram sinais e sintomas que caracterizam a SPM depois da me-

narca, relatando, também, que os sinais e sintomas da SPM aparecem com idade entre 20 e 33 anos, 13 (43,0%) relataram que os sinais e sintomas que caracterizam a SPM apareceram após a menarca e 3 (10,0%) não responderam à questão, sendo que uma delas encontrava-se no período de menopausa.

O Gráfico 6 demonstra que 12 (40,0%) tinham em sua família a presença de outras mulheres que apresentavam sinais e sintomas da SPM, 11 (37,0%) não tinham em sua família a presença de outras mulheres na família que apresentavam sinais e sintomas da SPM

Gráfico 5. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo a presença/ausência de sinais e sintomas da SPM desde a menarca, Santos, 2004



e 7 (23,0%) não responderam a pergunta, sendo que 3 (10,0%) encontravam-se no período da menopausa.

Sabe-se que o fato de a mãe apresentar SPM aumenta o risco de a filha também ser sintomática. Mais que os fatores genéticos, os fatores socioculturais provavelmente estejam envolvidos (Wender et al, 2001).

O Gráfico 7 demonstra que 20 mulheres (67,0%) já engravidaram e 10 mulheres (33,0%) não engravidaram.

O Gráfico 8 demonstra que 12 (40,0%) não pariram, 3 (10,0%) tiveram parto normal, 12 (40,0%) tiveram parto cesárea e 3 (10,0%) tiveram tanto parto normal quanto parto cesárea.

O Gráfico 9 demonstra que 3 (10,0%) das mulheres pesquisadas tiveram o desaparecimento dos sinais e sintomas após gravidez e/ou parto, 11 (37,0%) não tiveram o desaparecimento dos sinais e sintomas após gravidez e/ou parto e 16 (53,0%) não responderam à questão.

Segundo Berenstein (2001), as cólicas podem ser provocadas por fatores de ordem orgânica ou psicossomática. Entre as mulheres mais jovens, o colo do útero é imaturo, ou seja, muito fechado. Assim, esse órgão precisa fazer mais esforço para expelir o sangue menstrual. Geralmente essa condição muda após o primeiro parto. Isso pode ocorrer porque o útero não é um órgão estático. O menstrual é composto de 10% de sangue e 90% de água. Por vezes, essa fórmula se altera, com maior presença de sangue e formação de coágulos, mais difíceis de serem eliminados. Existe, também, o fator cultural; as chamadas cólicas psicogênicas acontecem geralmente em mulheres com baixa tolerância a dor. A expectativa em relação aos tais dias é de grande ansiedade.

Gráfico 6. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo presença de outras mulheres na família que apresentam sinais e sintomas da SPM, Santos, 2004

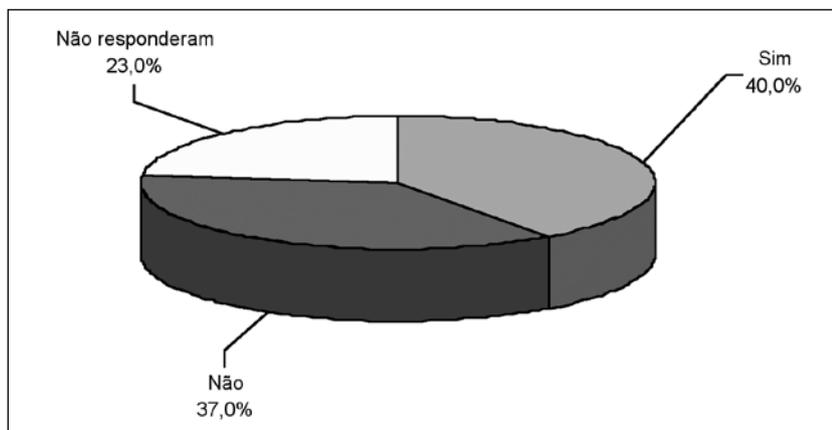


Gráfico 7. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo já ter ou não engravidado, Santos, 2004

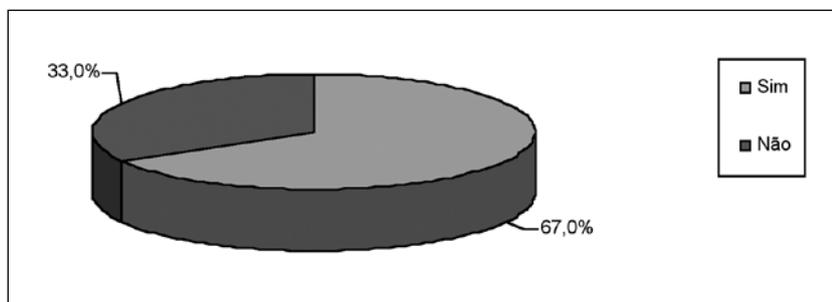
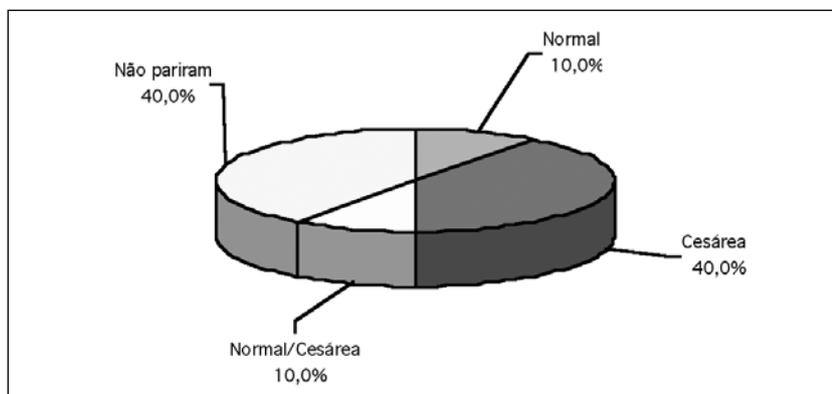


Gráfico 8. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo paridade e tipo de parto, Santos, 2004



O Gráfico 10 mostra que, das 30 estudadas, 8 (27,0%) usavam método contraceptivo de barreira (camisinha, diafragma, espermici-

da), 2 (7,0%) faziam uso de DIU, 8 (27,0%) foram submetidas a laqueadura/vasectomia, 7 (23,0%) faziam uso de métodos contraceptivos hor-

monais, enquanto que 4 (13,0%) faziam uso de métodos contraceptivos hormonais associados a método de barreira e 3 (10,0%) não responderam à pergunta, sendo que uma delas encontrava-se no período da menopausa.

Ferreira, Ferreira (2001) relatam que não podemos considerar nas mulheres que estão na menopausa ou naquelas que fazem uso de contraceptivo hormonal, os sintomas como sendo característicos da SPM; podem ser distúrbios psicológicos ou doenças orgânicas não diagnosticadas. Pois não existe um marcador biológico confiável para isso. A anamnese vai salientar o caráter cíclico dos sintomas, com alívio ao se instalar a menstruação. Não foi possível configurar quadros bem delimitados, que pudessem indicar etiologia comum. A paciente deve ser submetida a um exame físico para se excluírem doenças orgânicas cujas manifestações são semelhantes a da TPM, tais como: doenças ginecológicas e da mama, distúrbios psiquiátricos, neurológicos, gastrintestinais e endócrinos.

O Gráfico 11 demonstra que em 11 (37,0%) não ocorreram mudanças nos sinais e sintomas da SPM após o uso de métodos contraceptivos, 8 (30,0%) tiveram o aumento dos sinais e sintomas da SPM após o uso de métodos contraceptivos, 3 (10,0%) tiveram diminuição dos sinais e sintomas da SPM após o uso de métodos contraceptivos, 7 (23,0%) não responderam à questão, sendo que três delas encontravam-se no período de menopausa.

Conclusões

Esta pesquisa nos possibilitou as seguintes conclusões: a maior frequência de idade das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC está entre 28 e 32 anos, sendo elas a grande maioria de Auxiliares de Enfermagem. A maioria apresen-

Gráfico 9. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo desaparecimento dos sinais e sintomas da SPM após gravidez e/ou parto, Santos, 2004

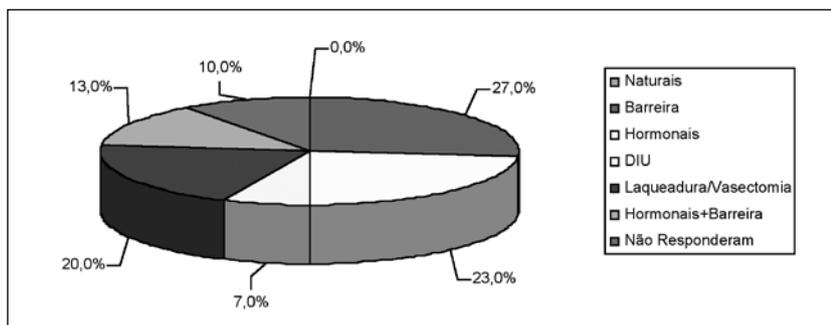


Gráfico 10. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo uso de métodos contraceptivos, Santos, 2004

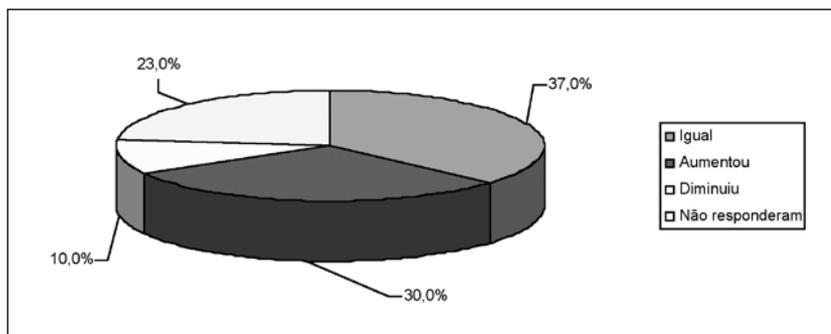
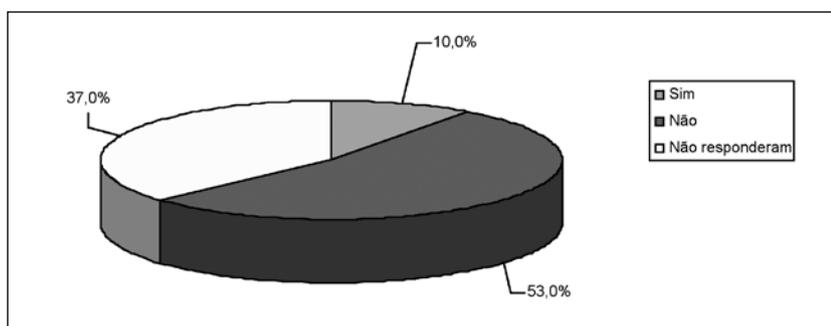


Gráfico 11. Distribuição das mulheres da Equipe de Enfermagem de CC, segundo mudança dos sinais e sintomas após o uso de métodos contraceptivos, Santos, 2004



tou a menarca entre 11 e 13 anos e no que se refere a intervalo dos ciclos menstruais, a maior frequência apresentou-se entre 28 e 34 dias, e a duração do ciclo menstrual de 4 a 6 dias, utilizando 4 absorventes íntimos por dia.

Mulheres pesquisadas apresentaram um total de 208 sintomas, sendo em média 7,4 sintomas por mulher. Dos sintomas pesquisados, entumescimento das mamas aparece em maior frequência, seguido de dores abdominais, sensação de

peso ou pressão na pelve, acne, labilidade emocional, irritabilidade, nervosismo; a maioria apresenta estes sintomas após a menarca, sendo convergentes os resultados de sintomatologia ou não em mulheres da família. A maioria já apresentou gravidez com parto tipo cesárea e disseram não ter mais sintomatologia após o parto.

Quanto aos métodos contraceptivos, a maioria utilizava métodos de barreira, seguidos de contraceptivos hormonais, sendo que a maioria respondeu que a utilização desses métodos manteve igual ou aumentou os sinais da SPM.

Algumas mulheres pesquisadas apresentaram como concepção que a menstruação é algo ruim, embora elas digam que a SPM não tem interferência nas ausências do trabalho.

Acreditamos que o problema é particularmente aflitivo para mulheres em posição de comando, uma vez que todos os sintomas descritos contribuem para influenciar negativamente no desempenho profissional, porque retiram da mulher a serenidade necessária para a tomada de decisões e o equilíbrio para o enfrentamento de situações difíceis.

Os resultados de nossa pesquisa nos estimulam a propor aos profissionais de enfermagem registros diários de sinais e sintomas da SPM, por todo o ciclo menstrual, prospectivamente, por no mínimo 2 ciclos, para obter-se um diagnóstico. Independentemente de qual registro se utilize, é importante que haja uma intensificação dos sintomas no período pré-menstrual. Todas as mulheres devem receber o máximo de informações sobre o assunto, devem reduzir o estresse o quanto possível, alimentar-se com dieta balanceada (ingerir menos açúcar, cafeína e sal) e seguir um programa de exercício físico e regular. Caso os sintomas persistirem, trazendo prejuízo às funções

da mulher, indica-se tratamento médico individualizado.

As mulheres encontram-se no limiar do desconforto físico e emocional advindo da SPM. A sobrecarga de estresse, o trabalho

domiciliar e as obrigações conjugais, necessidade financeira e pressão social acabam influenciando a mulher diariamente com recursos na produtividade de suas tarefas.

Propomos, então, uma pesquisa qualitativa que demonstre a influência dos sinais e sintomas da SPM na produtividade da mulher.

REFERÊNCIAS

- Abraham GE. Nutritional factors in the etiology of the premenstrual tension syndromes. *JReprod Med* 1983;28:446-64.
- Approbato MS et al. Síndrome pré-menstrual. *Femina* 2002 Abr;30(3):197-9.
- Approbato MS, Silva CDA, Perini G. et al. Síndrome pré-menstrual e desempenho escolar. [capturado em 2004 Abr 12]. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 2001 Ago;23(7):459-62. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- Berenstein E. A inteligência hormonal da mulher. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Carney MWP. Distúrbio menstrual: um problema psicogênico. *Clin Obstet Ginecol* 1981;8:107-7.
- Coutinho E. Menstruação, a sangria inútil. São Paulo: Editora Gente; 1996.
- Dalton K, Gree R. The premenstrual syndrome. *Br Med J* 1953,1:481-8.
- Domar AD, Dreher H. Equilíbrio mente/corpo na mulher. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- Ferreira CRC, Ferreira DC. Tensão pré-menstrual. In: Camargos AF, Melo VH. *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed; 2001.
- Gonzalez H. *Enfermagem em ginecologia e obstetrícia*. 5ª ed. São Paulo: SENAC São Paulo; 2001.
- Montes RM, Vaz CE. Condições afetivo-emocionais em mulheres com síndrome pré-menstrual através do Z-Teste e do IDATE [capturado em 12 Abr 2004]. *Psic Teor Pesq* [online] 2003 Set/Dez;19(3):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br> ISSN 0102-3772.
- Nogueira CWM, Silva JLP. Prevalência dos sintomas da síndrome pré-menstrual. [capturado em 2004 Abr 12]. *Rev Bras Ginecol Obstet* [online] 2000 Jul;22(6):347-51. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- Soares CN. Depressão puerperal, tensão pré-menstrual e depressão na menopausa. In: Almeida O, Fragas R, Miguel E. *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- Viana LC, Martins M, Geber S. *Ginecologia*. 2ª ed. Minas Gerais: Medsi; 2001.
- Wender COM, Freitas F, Valiati B, Accetta SG, Campos LS. Síndrome pré-menstrual. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire H, Passos EP. *Rotinas em ginecologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.
-

Recebido em 20 de março de 2008
Versão atualizada em 24 de abril de 2008
Aprovado em 27 de maio de 2008