Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós-
menopausa cadastradas em uma unidade de saúde
pública do Estado do Acre**

Andréa Ramos da Silva

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.**

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

**São Paulo
2009**

**Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós-
menopausa cadastradas em uma unidade de saúde
pública do Estado do Acre**

Andréa Ramos da Silva

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

Área de Concentração: Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina d'Andretta Tanaka

**São Paulo
2009**

Dedicatória

*A meu esposo Lenildo Frota Bessa,
pelo apoio, carinho, amor,
compreensão e mais ainda, pelas
palavras de tranquilidade proferidas
nos momentos em que a
caminhada era difícil.*

Agradecimentos especiais

A Deus em primeiro lugar, que está presente em minha vida em todos os momentos, que sempre atende as minhas orações, permite que eu tenha força para enfrentar as dificuldades e ilumina meu caminho, e certamente sem o qual eu não teria chegado até aqui.

Às mulheres que participaram desse estudo, de coração aberto colaboraram e sem as quais não seria possível a realização da pesquisa.

Professora Ana Cristina d'Andretta Tanaka pelo apoio e amizade, mas também pela atenção, orientação, confiança e incentivo durante esses três anos. Muito obrigada.

Professora Terezinha de Freitas Ferreira pela valiosa contribuição durante o período da pesquisa.

Aos meus pais, Aurimar e Raimundinha, meu irmão, André Luiz, minha sogra, Lucineide Frota Bessa e a todos meus familiares que estiveram ao meu lado, apoiando-me em todas as horas e torcendo a cada passo conquistado. Amo vocês.

Ao Professor Pascoal Torres Muniz pelo empenho e dedicação para a realização do Mestrado e Doutorado por meio do convênio firmado entre a Universidade Federal do Acre e a Faculdade de Saúde Pública da USP.

Aos Coordenadores do Mestrado e Doutorado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Prof. Délsio Natal e Prof^a. Néia Schor, pela oportunidade concedida e apoio prestado durante o curso.

A todos do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, em especial às agentes comunitárias de saúde, pelas informações fornecidas e pelo auxílio na pesquisa de campo.

Aos secretários da Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Nailton Cardoso e Vanessa de Jesus, pela atenção, cordialidade, apoio e eficiência.

À acadêmica de Enfermagem Ana Paula Valentim, pelo entusiasmo, motivação e apoio em uma das fases mais especiais da pesquisa.

Às colegas do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto por terem assumido algumas de minhas atividades nos períodos de ausência.

Aos colegas de pós-graduação (Danúzia, Isabela, Cristieli, Thiago e Suleima), pela amizade e auxílio durante essa caminhada.

Sonhar tudo o que quiser sonhar.

Essa é a beleza da mente. Fazer o que quiser fazer. Essa é a força da vontade humana. Testar seus limites com confiança. Essa é a coragem de alcançar a meta.

Bernard Edmonds

Silva AR. Perfil de saúde de mulheres na pré, peri e pós-menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2009.

Resumo

Introdução - O climatério é o período da vida das mulheres marcado por inúmeras transformações e mudanças, que caracterizam o término do período reprodutivo. É exatamente este o seu significado, a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva das mulheres. Para algumas, é visto como uma fase natural, sinal de maturidade, enquanto para outras é representado por perdas, aproximação da velhice e sinônimo de doenças.

Objetivo - Descrever o perfil de saúde das mulheres na pré, peri e pós-menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre.

Métodos - Estudo de corte transversal desenvolvido com 265 mulheres na faixa etária dos 35 aos 65 anos cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco. Foram feitas análises descritivas segundo características sociodemográficas, atividades de lazer e recreação, características de saúde e doença, história gineco-obstétrica e sintomas ligados a perimenopausa e pós-menopausa. Para análise bivariada utilizou-se o teste de qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$.

Resultados - A média de idade foi de 45,9 anos. Quanto ao estado civil 57,4% eram casadas e 30,9% possuíam como renda familiar per capita de $\frac{1}{2}$ a 1 salário mínimo. Obteve-se que 74% não realizavam a prática de atividade física, 67,9% consideravam-se saudáveis, 95,5% já haviam se internado alguma vez e 66,8% afirmaram consultar o médico regularmente. Ressalta-se que 30,9% encontravam-se em sobrepeso e 30,2% eram obesas. A prevalência de hipertensão arterial foi de 28,3% e de diabetes *mellitus* foi de 7,2%. As médias de idade a menarca, número de gestações, número de filhos vivos e idade da menopausa foram 13,3 anos, 3,5, 2,8 e 47,5 anos, respectivamente. A secura vaginal esteve presente em 18,5%, 29,8% apresentaram diminuição do desejo sexual, 52,4% relataram irritação/impaciência e 53,2% ganharam peso. Durante a pré-menopausa as mulheres apresentaram menos doenças quando comparadas com aquelas que já se encontravam em transição menopausal. A diminuição do desejo sexual, a tristeza, a dificuldade de concentração e o esquecimento apresentaram associação com a fase de perimenopausa ($p < 0,05$). A irritação e as ondas de calor associaram-se estatisticamente ($p < 0,05$) com as fases de peri e pós-menopausa.

Conclusão - Considerando a relevância da temática, estratégias de intervenção e controle devem ser implementadas baseadas em ações multissetoriais que envolvam a melhoria da qualidade de vida e assistência às mulheres na peri e pós-menopausa.

Descritores: Saúde da mulher; Menopausa; Pré, Peri e Pós-menopausa

Silva AR. The health profile of women in pre, peri and postmenopause who were registered at a public health unit of the State of Acre [master's degree dissertation]. São Paulo: Faculty of Public Health at the University of Sao Paulo (USP); 2009.

Abstract

Introduction - The climacteric is a period in women's lives marked by countless changes and transformations which characterize the end of the reproductive period. This is exactly what it means, the transition from the reproductive to the non-reproductive phase of a woman's life. Some see it as a natural phase or as a sign of maturity, while others see it as loss, or as signal of old age arrival and also as synonym of diseases. **Objective** - To describe the profile of the health of women in pre, peri and postmenopause, who were registered at a public health unit of the State of Acre. **Methods** - A cross-sectional study was analyzed which had 265 women, ages 35 to 65, registered at the Family Health Module Ruy Lino, in the municipal district of Rio Branco. Descriptive analyses were performed according to social-demographic characteristics, leisure activities and recreation, health and disease characteristics, gynecological/obstetric history and symptoms linked to perimenopause and postmenopause. The qui-square test was used for the bivariate analysis with $p < 0.05$. **Results** - The average age was 45.9 years. As for marital status 57.4% were married; 30.9% had an average family monthly income of US\$ 270.00 dollars. The results showed that 74.0% were not engaged in any kind of physical activity, 67.9% considered themselves healthy, 95.5% had already been hospitalized some time or other and 66.8% said they went to the doctor on a regular basis. We would like to emphasize that 30.9% were overweight and 30.2% were obese. The arterial hypertension prevalence was of 28.3% and the diabetes mellitus prevalence was of 7.2%. The averages for age, menarc, number of gestations, number of alive children and menopause age were 13.3 years, 3.5, 2.8 and 47.5 years, respectively. Vaginal dryness was reported in 18.5% of the cases, 29.8% reported decreased sexual desire, 52.4% reported feeling irritated or impatient and 53.2% gained weight. During the pre-menopausal women reported having fewer diseases when compared to those who were already in the transition to menopausal. Decreased sexual desire, sadness, lack of concentration and the forgetfulness were symptoms linked to perimenopause ($p < 0.05$). Irritation and heat waves were statistically linked to ($p < 0.05$) perimenopause and to postmenopause. **Conclusion** - Intervention and control strategies should be implemented relying on multisectorial actions which include life quality improvement and assistance to women in menopausal transition and postmenopause, if we are to take into account the relevance of this theme.

Key Words: Women's health; Menopause; Pre, Peri and Postmenopause.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 CLIMATÉRIO	16
1.2 TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E MENOPAUSA	17
1.3 REPERCUSSÕES DO HIPOESTROGENISMO	20
CLIMATÉRICO	
1.4 A SAÚDE DA MULHER NA PRÉ, PERI E PÓS-MENOPAUSA	25
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	30
3.2.1 Módulo de Saúde da Família Ruy Lino - Caracterização da Organização	31
3.2.2 Caracterização da população estudada e do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino	32
3.3 PROCEDIMENTO DE CAMPO	33
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
3.4.1 Recusas e Perdas	35
3.5 VARIÁVEIS	35
3.5.1 Variável dependente	35
3.5.2 Variáveis independentes	36

3.6 ANÁLISE DOS DADOS	46
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1.1 Caracterização das mulheres quanto às condições sociodemográficas e econômicas	48
4.1.2 Caracterização das mulheres quanto à história gineco-obstétrica e sintomatologia referida	56
4.1.3 Caracterização das mulheres quanto ao estilo de vida	68
4.1.4 Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à saúde	76
4.1.5 Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à doença	86
4.1.6 Caracterização das mulheres quanto ao estado menopausal	94
4.1.7 Caracterização das mulheres quanto à influência do estado menopausal em relação a variáveis relacionadas à saúde e doença	97
4.1.8 Caracterização das mulheres quanto a sintomas (dor nas articulações, diminuição do interesse sexual, tristeza, dificuldade de concentração e esquecimento) segundo o estado menopausal	101
4.1.9 Caracterização das mulheres quanto aos sintomas (ondas de calor, dificuldade para dormir, secura vaginal e irritação) segundo o estado menopausal	106
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

ANEXOS	129
Anexo 1 - Questionário	129
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	134
Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da Universidade Federal do	135
Acre	
Anexo 4 - Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde	136
Pública da Universidade de São Paulo	
Anexo 5 - Figuras da pesquisa de campo e coleta de dados	137
Anexo 6 - Figuras do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino	139
Anexo 7 - Mapa representativo da Unidade de Saúde	140

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização das mulheres quanto aos dados sociodemográficos e econômicos	50
Tabela 2 - Caracterização quanto à profissão das mulheres	55
Tabela 3 - Caracterização das mulheres quanto à história ginecológica e sintomatologia climatérica referida	59
Tabela 4 - Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados ao estilo de vida	73
Tabela 5 - Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à saúde	79
Tabela 6 - Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à doença	90
Tabela 7 - Caracterização das mulheres segundo o estado menopausal	95
Tabela 8 - Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à saúde e doença segundo o estado menopausal	99
Tabela 9 - Caracterização das mulheres quanto a sintomas referidos (dor nas articulações, diminuição do interesse sexual, tristeza, dificuldade de concentração e esquecimento) segundo o estado menopausal	103
Tabela 10 - Caracterização das mulheres quanto a sintomas referidos (ondas de calor, secura vaginal, irritação e dificuldade para dormir) segundo o estado menopausal	107

Lista de Figuras

Figura 1 - Parque do Tucumã	71
Figura 2 - Lazer no Parque do Tucumã	72
Figura 3 - Caminhadas no Parque do Tucumã	72
Figura 4 - Coleta de dados	137
Figura 5 - Participante do estudo	137
Figura 6 - Aferição da pressão arterial	138
Figura 7 - Verificação do peso	138
Figura 8 - Módulo de Saúde da Família Ruy Lino	139
Figura 9 - Chapéu de palha na área externa ao Módulo	139
Figura 10 - Mapa ilustrativo do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino	140

Siglas Utilizadas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CID 10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

FSP - Faculdade de Saúde Pública

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

INCA - Instituto Nacional de Câncer

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PSF - Programa de Saúde da Família

SAERB - Serviço de Água e Esgoto de Rio Branco

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SESSACRE - Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento do Acre

TH - Terapia Hormonal

UFAC - Universidade Federal do Acre

USP - Universidade de São Paulo

WHI - Women's Health Initiative

WHO - World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

1.1 CLIMATÉRIO

Nos últimos 16 anos, a esperança de vida no Brasil aumentou em cinco anos, passando, segundo o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2007), de 67 anos (1991) para 72 anos (2007). Assim, a população brasileira tornou-se mais longeva.

Dessa forma, as mulheres passaram a viver mais tempo, experimentando modificações em seus corpos que muitas gerações anteriores não conseguiram (BRÊTAS e VIGETA, 2004).

O climatério é o período da vida das mulheres marcado por diversas transformações e mudanças que caracterizarão o término do período reprodutivo. É exatamente este o seu significado - a transição entre a fase reprodutiva e a não-reprodutiva das mulheres. No entanto, ainda que um fenômeno fisiológico, para algumas é percebido como uma fase natural e sinal de maturidade, enquanto para outras mulheres significa perdas, aproximação da velhice e sinônimo de doenças.

Climatério é uma palavra de origem grega que significa “crise” ou “transição” (CAMPOLIM, 2002).

Segundo NOTELOVITZ (1986) o climatério pode ser dividido didaticamente em três décadas. A primeira fase, denominada pré-menopáusica, corresponde ao período de 35 a 45 anos, representado por hemorragia uterina disfuncional e síndrome da tensão pré-menstrual. A segunda fase, perimenopáusica, atinge a faixa etária dos 46 aos 55 anos. Nesta etapa podem ocorrer sinais e sintomas, tais como fogachos, distúrbios do sono, secura vaginal, entre outros, culminando com a menopausa. A última fase, chamada pós-menopausa compreende o período que se segue a interrupção da menstruação, entre 56 e 65 anos, quando se intensificam os sintomas e a ocorrência de doenças cardiovasculares.

Apesar de apresentar uma classificação didática do climatério, NOTELOVITZ (1986) não apresentou embasamento científico por meio de estudos hormonais e ultrassonográficos que justificassem tal classificação, ao contrário de outros pesquisadores, como GRACIA et al. (2005).

1.2 TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E MENOPAUSA

GRACIA et al. (2005) definiram o estágio reprodutivo como aquele que se inicia com a menarca e se estende até a menopausa. A partir dos 36 - 37 anos, começa a fase de transição menopausal precoce, caracterizada por irregularidades menstruais (aumento do ciclo menstrual em sete dias), decorrentes de delicadas alterações hormonais, como

redução da inibina ovariana, aumento compensatório do hormônio folículo estimulante (FSH), sem a evidência de qualquer alteração sanguínea do hormônio luteinizante (LH) e estradiol (estrogênio).

Entretanto, com o avançar da idade, as concentrações sanguíneas de inibina, FSH e LH aumentam e de estradiol diminuem, caracterizando o estágio da transição menopausal tardia, quando se iniciariam importantes alterações menstruais, tais como amenorréias prolongadas (até 11 meses). Após um período de amenorréia mínimo de 12 meses firma-se o diagnóstico de menopausa - última menstruação -, tendo início a fase do envelhecimento ovariano denominado pós-menopausa, que se estende até o fim da vida da mulher (GRACIA et al., 2005).

Para ALDRIGHI et al. (2002), a transição menopausal é caracterizada pela redução irreversível na produção de estradiol ovariano, enquanto a pós-menopausa representa o estágio de total ausência deste esteróide, resultando em sintomas desagradáveis ou agravos à saúde da mulher.

Conforme relata a feminista e escritora GREER (1994), o uso da palavra “menopausa” para denominar o clímax dessa mudança de vida teria ocorrido pela primeira vez em 1816, por obra do médico francês C. P. L. de Gardanne, que descreveu a síndrome de *la Ménésausie*.

BURGER et al. (2008) definem a menopausa como a cessação permanente da menstruação, que é resultado da perda da atividade folicular ovariana, reconhecida pela ocorrência consecutiva de doze meses de amenorréia. Para os mesmos autores, a perimenopausa é o período imediato que antecede a menopausa, quando se estabelecem mudanças endócrinas, biológicas e clínicas que culminam com a menopausa.

BRÊTAS e VIGETA (2004) consideram que a menopausa ainda é um assunto tabu para a mulher, principalmente por ser constrangedor, íntimo e relacionado à sua sexualidade. A menopausa dependeria da visão socialmente construída acerca dela e que poderia ser acompanhada por uma conotação negativa de perdas. CAMPOLIM (2002), por sua vez, entende que a menopausa é vista como uma síndrome, por reunir um conjunto de sintomas típicos sem caracterizar doença.

Vários estudos nacionais e internacionais já foram e continuam sendo realizados com a finalidade de definir a idade de ocorrência natural da menopausa e alguns dados ainda são bastante controversos, devido principalmente à diversidade de fatores que podem contribuir para o início da menopausa (PEDRO et al., 2003a; ALDRIGHI et al., 2005; KAPUR et al., 2009).

Para ALDRIGHI et al. (2005) de acordo com pesquisa realizada, obtiveram que a idade da menopausa foi de 48,6 anos, enquanto

para MONTGOMERY (2006) a última menstruação ocorre no Brasil por volta dos 50 anos.

PEDRO et al. (2003a), em estudo de base populacional realizado em Campinas, SP, constataram que a média etária da ocorrência da menopausa natural foi de 51,2 anos.

As causas das diferenças entre as idades de ocorrência da menopausa em diferentes países e regiões ainda não são claras, embora fatores socioeconômicos possam estar indiretamente envolvidos, por meio da educação, renda, nutrição ou estado de saúde, entre outros (PEDRO et al., 2003a; ALDRIGHI et al., 2005; KAPUR et al., 2009).

1.3 REPERCUSSÕES DO HIPOESTROGENISMO CLIMATÉRICO

O progressivo hipoestrogenismo que caracteriza o climatério, além de alterações menstruais, interfere no organismo feminino, causando sintomas desagradáveis, como ondas de calor, atrofia cutâneo-mucosa, alteração da distribuição de gordura corporal e distúrbios na qualidade do sono, bem como expõe a mulher a maiores agravos à saúde, como o cardiovascular e a osteoporose (ALDRIGHI et al., 2002).

A esse respeito, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEGRASGO, 2004) considera que as mulheres sofrem inúmeras transformações no período peri e pós-menopausa, tanto físicas, quanto psíquicas. À medida que a mulher atinge uma idade próxima da menopausa, as principais alterações biológicas que surgem são decorrentes do nível reduzido de folículos ovarianos e do consequente hipoestrogenismo. Assim, instalam-se mudanças dos ciclos menstruais e diminuição dos ciclos ovulatórios, que culminam com a finalização completa das menstruações. As alterações endócrinas que compõem esse quadro são também graduais, e têm forte impacto sobre as funções psíquicas e vegetativas, podendo levar a sérias repercussões em longo prazo.

Na visão de SHERMAN & MILLER (2005), sintomas, especialmente os vasomotores, são comuns durante a transição menopausal e podem afetar até 66% de todas as mulheres durante esse período, embora sua frequência possa variar significativamente dependendo da raça/etnia, estado menstrual, índice de massa corporal, atividade física, tabagismo, entre outros.

Os fogachos, ou mais comumente chamados de ondas de calor, são os mais frequentes sintomas vasomotores relatados. Caracterizam-se pela elevação da temperatura da pele, decorrente de vasodilatação periférica, sendo geralmente acompanhados de aumento transitório dos batimentos cardíacos, bem como associados a queixas

psicossomáticas, como irritabilidade, cefaléia, depressão e dificuldades com o sono (FEBRASGO, 2004).

Para SCLOWITZ et al. (2005), os fogachos consistem em sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que se espalha pelo tórax, pescoço e face, podendo ser acompanhados de sudorese profusa e sendo piores à noite. Durante a onda de calor, há elevação da temperatura. Quando ocorrem no período noturno são muito desagradáveis, pois ocasionam irritabilidade e insônia.

No que se refere aos distúrbios do sono, ALDRIGHI et al. (2005) constataram que a insônia é decorrente da intensificação das ondas de calor após a menopausa e são causa de desmotivação e irritabilidade.

SOARES (2006) reforça que os calores noturnos podem representar uma causa frequente de insônia em mulheres na transição para a menopausa e na pós-menopausa, apesar de algumas mulheres não identificarem sua presença.

No que tange aos aspectos emocionais, deve-se considerar que a ausência da menstruação, símbolo da fertilidade, pode ser interpretada por algumas mulheres como o término de um período de vida saudável e que a partir desse momento há uma maior aproximação da senescência, do aparecimento de doenças graves e alterações biológicas.

A importância excessiva dada à juventude e vitalidade externas, valorizando a mulher apenas através de seus dotes físicos, os tabus existentes quanto à manutenção da atividade sexual após a menopausa são fatores que contribuem para que a mulher seja desvalorizada. Ao perder a possibilidade de ser mãe, sente também perder a feminilidade e a capacidade de se relacionar com o mundo externo (HALBE, 1995, p.26).

Entre as alterações do humor, nota-se que algumas são mais comuns no climatério, podendo ser citadas a irritabilidade, a ansiedade, nervosismo e a depressão. O surgimento da depressão com o hipoestrogenismo climatérico, contudo, ainda não está completamente estabelecido, sendo necessários mais estudos para que tal fato possa ser comprovado.

SOARES (2008) enfatiza ainda que a depressão durante a transição menopausal pode ocorrer devido a mudanças da meia-idade que incluem doenças físicas e outros desconfortos, alterações nos papéis familiares e profissionais, perdas pessoais e envelhecimento dos pais, além de fatores hormonais relacionados ao declínio estrogênico.

Para WOODS & MITCHELL (2005), não está claro se os problemas com o humor deprimido, controle urinário, função cognitiva e

dores musculares realmente variam com a ocorrência da menopausa. Eles consideram que as mulheres talvez atribuam seus sintomas a uma variedade de fatores, além das oscilações hormonais, como idade, dificuldades no papel de mulher na sociedade moderna, stress, mudanças emocionais e nos padrões de saúde.

Devido à possibilidade de a menopausa exercer conotações culturais, pessoais e sociais, muitas das quais podem influenciar o humor, outros fatores relacionados ao risco de depressão durante o climatério devem ser considerados. Em algumas culturas, a menopausa representa uma significativa mudança, que geralmente confere respeito, autoridade e um sentimento de alívio pelos anos anteriores de reprodução. Outras mulheres, particularmente aquelas que vivem em culturas que reverenciam a juventude, pode ser atribuída uma percepção negativa da menopausa. Modificações psicológicas e no estilo de vida comuns tanto ao envelhecimento quanto à transição menopausal, tais como ganho de peso e redução da atividade física, contribuem para depressão e sintomas depressivos (GYLLSTROM et al., 2007).

As fases de peri e pós-menopausa, por se constituírem em períodos relativamente longos da vida das mulheres, devem merecer atenção crescente por parte da sociedade, especialmente devido à presença de sinais e sintomas, bem como de doenças, algumas de caráter crônico e degenerativo. Assim, os serviços de saúde devem estar capacitados para

acolher essas mulheres, proporcionando-lhes atenção e assistência de qualidade.

1.4 A SAÚDE DA MULHER NA PRÉ, PERI E PÓS-MENOPAUSA

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Nesse contexto, a qualidade de vida é um estado que permite ao indivíduo continuar a viver confortavelmente de modo a manter o equilíbrio fisiológico, psicológico e social no cuidado diário. Um bom estilo de vida determina uma boa qualidade de vida.

Para AYRES (2007, p.60) “saúde é a busca contínua e compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade”.

O estilo de vida com hábitos saudáveis é um conjunto de padrões comportamentais inter-relacionados que dependem de condições tanto sociais quanto econômicas, possibilitando o retardamento dos problemas de saúde em geral ou a sua prevenção. Assim, as mulheres

climatéricas devem passar particularmente pela redução da ingestão de álcool, pela suspensão do tabagismo, pelo emprego de uma dieta balanceada e por um programa de exercícios físicos regulares. Tais medidas contribuem para o aumento do bem-estar e redução dos riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e osteoporose (HALBE et al., 1999).

É reconhecidamente cada vez maior o número de mulheres que se preocupam em ter uma vida saudável e optam por mudanças em seu estilo de vida, como uma tentativa de prevenir incapacidades, limitações, doenças e sintomas desagradáveis que possam prejudicar atividades de lazer, os relacionamentos interpessoais e o trabalho, mais do que simplesmente ter vida longa. As características de uma vida saudável constituem-se na essência do que significa qualidade de vida relacionada à saúde (FILHO & COSTA, 2008).

AMORE et al. (2007) enfatizam que, psicologicamente, durante o climatério as mulheres devem lidar com mudanças internas decorrentes das alterações hormonais, perda do potencial reprodutivo e transição para uma idade mais avançada. Socialmente, na meia-idade, elas têm que enfrentar muitos problemas, incluindo filhos que saem de casa, doenças que surgem, a perda dos pais e de familiares, adoecimento de familiares e, por vezes, estresse e incompreensão no casamento. Nesse sentido, inúmeras variáveis, sociodemográficas, nível educacional, *status* social e ocupacional,

rendimentos e rede social podem influenciar o modo como as mulheres se adaptam às muitas mudanças que ocorrem durante os anos de transição menopausal.

Indubitavelmente, várias são as possibilidades de intervenção no climatério, cuja efetividade depende de uma escuta qualificada dessas mulheres, das questões ocultas em suas queixas, dos seus sentimentos e percepções acerca do seu envelhecimento. Para tanto, é indispensável que a mulher tenha espaço para expressar os seus sentimentos acerca do momento que está vivenciando e as dificuldades que está sentindo, recebendo informações sobre as mudanças que o seu corpo está sofrendo e as suas implicações para a saúde (LORENZI et al., 2009, p. 291).

Portanto, caracterizar as mulheres no climatério, em particular na fase de peri e pós-menopausa, é uma necessidade emergente nos serviços de saúde, pois desse modo poderão ser instituídas medidas e programas de saúde voltados para a promoção da saúde e prevenção de agravos de acordo com a realidade de vida de cada uma.

Assim, o presente estudo busca identificar essas mulheres e relatar como elas vivem, por meio de suas condições socioeconômicas, características de estilo de vida, dados sobre saúde e doença, história gineco-obstétrica, bem como sintomas ligados ao climatério e assim,

fornecer subsídios para se planejar uma melhor assistência, por meio de serviços de saúde específicos e de qualidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil de saúde das mulheres que vivenciam a pré, peri e pós-menopausa cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer a idade média de ocorrência da menopausa e a distribuição das mulheres estudadas quanto ao estado menopausal;

Caracterizar as mulheres de acordo com aspectos socioeconômicos, estilo de vida, saúde, situação de co-morbidades referidas, história gineco-obstétrica e sintomatologia climatérica, segundo o seu estado menopausal.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo se caracteriza por delineamento observacional, descritivo, de corte transversal, desenvolvido com mulheres na pré, peri e pós-menopausa, com período etário compreendido entre 35 a 65 anos. Para HULLEY et al. (2003), os delineamentos transversais são de grande utilidade quando se pretende descrever variáveis e seus padrões de distribuição, bem como permitem estimar a prevalência, que caracteriza a proporção da população que tem uma doença ou condição clínica em determinado momento.

3.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada com todas as mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco (Acre). O Estado possui área territorial de 164.220 Km², sendo que o município de Rio Branco tem uma área de 8.831 Km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,754 (ACRE EM NÚMEROS, 2006). Segundo o Censo Demográfico, sua população é de 288.614 (IBGE, 2007).

3.2.1 Módulo de Saúde da Família Ruy Lino – Caracterização da Organização¹

O Módulo de Saúde da Família Ruy Lino foi fundado na gestão da Secretária de Saúde Grace Rocha, em julho de 2000. É uma entidade com personalidade jurídica de direito público, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento do Acre (SESSACRE), regida pela portaria número 1.886/GM, de 18/12/1997, que aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). A unidade está localizada no bairro Distrito Industrial, na Rua Edmundo Pinto, a principal do Conjunto Ruy Lino.

É considerada uma unidade de saúde de pequeno porte, do tipo monobloco, possuindo nove cômodos: um consultório de clínica médica, um consultório de Enfermagem, um banheiro, um almoxarifado, uma farmácia, uma sala para pré-consulta, curativo e imunização; uma sala de reuniões; uma copa; e um espaço para recepção.

Após o recadastramento realizado pela Prefeitura Municipal de Rio Branco e nova demarcação das microáreas em fins de 2008, tem-se que a área de abrangência atual do módulo inclui o Conjunto Ruy Lino, Ruy Lino II, Loteamento Flora, Loteamento Jardim Brasil e Loteamento Joaфра. Vale ressaltar que, no período da coleta de dados, o recadastramento ainda não

¹ Todas as informações contidas no subitem 3.2.1. foram obtidas por meio de uma Agente Administrativa do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino.

havia sido finalizado e, portanto, parte do bairro Mocinha Magalhães se incluía na área de abrangência. Ainda segundo informações coletadas, o Conjunto Ruy Lino II e o Loteamento Flora permanecem sem a cobertura do atendimento, em decorrência do número insuficiente de agentes comunitários de saúde.

3.2.2 Caracterização da população estudada e do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino²

A faixa etária que mais procura atendimento na unidade é de 20 a 39 anos, de ambos os sexos.

As doenças mais frequentes neste serviço são: hipertensão, diabetes *mellitus*, parasitoses, infecção do trato urinário e desnutrição. As medicações mais utilizadas são: anti-hipertensivos, analgésicos, antibióticos e vermífugos.

A unidade funciona das 7 às 11 e das 13 às 17 horas, obedecendo às oito horas diárias de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde. São disponibilizadas consultas médicas e de enfermagem, inclusive com visitas domiciliares.

² Todas as informações contidas no subitem 3.2.2. foram obtidas por meio de uma Agente Administrativa do Módulo de Saúde da Família Ruy Lino.

Os principais programas desenvolvidos são Hiperdia, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso e Saúde da Criança. Destaca-se que nessa unidade são realizadas práticas disciplinares dos acadêmicos dos cursos de graduação em Medicina e Enfermagem, bem como é local para o desenvolvimento das atividades da equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, composta pelos seguintes profissionais: enfermeiro, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, dentista, psicólogo e nutricionista.

O total de famílias cadastradas na unidade é de 735 e o número de mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos, público-alvo da presente pesquisa, é de 324 mulheres.

3.3 PROCEDIMENTO DE CAMPO

A coleta de dados foi possível por meio de entrevistas domiciliares realizadas de segunda a sábado, nos períodos matutino e vespertino, durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2008.

A equipe formada para o preenchimento dos formulários de pesquisa incluiu a própria pesquisadora e uma acadêmica do quarto período do curso de graduação em Enfermagem previamente treinada.

As entrevistadoras foram capacitadas para obter as medidas antropométricas (altura e peso), bem como para a aferição da pressão

arterial de acordo com o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Antes da aplicação definitiva do instrumento, realizou-se um estudo-piloto para efetuar a validade e o conteúdo das questões. Os aspectos testados foram a sequência das questões, linguagem, conteúdo, relevância e compreensão das perguntas.

O questionário foi elaborado pela própria autora da pesquisa, contendo perguntas prioritariamente fechadas e algumas abertas (ANEXO 1).

A equipe entrevistou individualmente as mulheres respeitando a seguinte sequência: primeiro foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) e, após a aceitação em participar da pesquisa por meio da assinatura, foi questionado sobre as informações socioeconômicas, lazer/recreação, saúde/doença, hábitos de vida, dados ginecológicos e sintomas ligados ao climatério, com tempo de duração previsto de 40 a 50 minutos para cada entrevista.

A pesquisadora esteve presente permanentemente nos locais de coleta, realizou e acompanhou entrevistas, verificou as medidas antropométricas, bem como a pressão arterial. Todos os questionários foram

conferidos no mesmo dia da coleta, com a finalidade de avaliar sua qualidade, identificar eventuais imprecisões e erros sistemáticos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critério de inclusão no estudo foi estabelecido o seguinte parâmetro: mulheres na faixa etária dos 35 aos 65 anos cadastradas no Programa Saúde da Família/Módulo de Saúde da Família Ruy Lino.

3.4.1 Recusas e Perdas

Verificou-se durante o presente trabalho que algumas mulheres, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recusaram-se em participar da pesquisa, em um total de 14 mulheres, representado por 4,3%. O critério estabelecido para definir as perdas foi à realização de até três visitas domiciliares em dias e horários distintos para a aplicação do questionário. Assim, aquelas mulheres que não se encontravam, por diversos motivos - entre os quais pode-se citar trabalho, viagem e hospitalização -, eram quantificadas como perdas. No total de 324 mulheres, ocorreram 45 perdas, representadas por 13,9%. Dessa forma, a população estudada foi composta por 265 mulheres.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.5.1 Variável dependente:

- Estado menopausal, classificado da seguinte maneira: pré-menopausa (presença de ciclos menstruais regulares e ausência de sintomas), perimenopausa (alterações naturais dos ciclos menstruais ou não e presença de sintomas) e pós-menopausa (ausência de menstruação há um ano ou mais). Adotou-se a seguinte categorização pelo fato de autores, tais como PEDRO et al. (2003b) posicionaram-se a respeito de que:

“Possivelmente, a definição do estado menopausal, baseado apenas no padrão menstrual, pode não caracterizar adequadamente as mulheres que estão na perimenopausa e que ainda menstruam regularmente” (p.740).

3.5.2 Variáveis independentes:

Características de identificação e dados socioeconômicos

- Idade: Agrupada em três categorias: 35 - 44 anos; 45 - 54 anos; 55 - 65 anos.

- Estado civil: Classificado (IBGE, 2007) em: solteira; casada; divorciada/separada judicialmente e viúva.

- Grau de escolaridade: anos de estudo autorreferidos.

- Profissão: Utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2009). GGO 0 – Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares (Policia Militar); GG1 – Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e de Gerentes (Comerciante e Autônomo);

GG 2 – Profissionais das Ciências e das Artes (Professora e Enfermeira); GG3 – Técnicos de Nível Médio (Auxiliar/Técnico de Enfermagem); GG 4 – Trabalhadores de Serviços Administrativos (Funcionária Pública); GG 5 – Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados (Empregada doméstica; Vigilante; Auxiliar de Serviços Gerais e Cabeleireira/Manicure); GG 7 – Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (Costureira). As profissões que não se enquadraram na classificação foram as seguintes: do lar e estudante.

- Renda mensal: A renda mensal bruta pessoal referida foi transformada em salários mínimos, que entrou em vigor a partir de 1º de março de 2008 e que no período do estudo era de R\$ 415 (quatrocentos e quinze reais). Depois, foi categorizado em até 1 salário mínimo (SM); 1 a 2 SM; 2 a 3 SM; 3 SM e mais.

- Renda familiar *per capita*: Perguntada a renda mensal bruta familiar, dividida pelo número de componentes do domicílio, tendo como referência o valor do salário mínimo em reais vigente na época da coleta de dados, no valor de R\$ 415 (quatrocentos e quinze reais) que passou a vigorar a partir de 1º de março de 2008. Categorizado em: até meio SM; meio a 1SM; 1 a 2 SM; 2 SM e mais.

- Situação de moradia: foram avaliadas se reside só ou acompanhadas.

- Quais as pessoas com quem reside: reside só; mora com o cônjuge; mora com o cônjuge e filhos; mora com os filhos; mora com o cônjuge e outros familiares; mora com outros familiares.

- Quantos cômodos têm a residência: número de cômodos referidos, incluindo o banheiro

- Quantos quartos têm a residência: número de quartos referidos

- Rede de água encanada: possui ou não

- Rede de energia elétrica: possui ou não

- Naturalidade: agrupada em três categorias: natural de Rio Branco; de outros municípios do Acre (Cruzeiro do Sul, Tarauacá, Feijó, Brasileia, Xapuri, Sena Madureira, Jordão, Manoel Urbano, Mâncio Lima, Assis Brasil e Plácido de Castro); de outros Estados brasileiros (Amazonas, Rondônia, Pará, Ceará, Piauí, Goiás, São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Paraná).

- Atividades domésticas de casa: realiza ou não

Estilo de vida

- Prática exercício: sim e não

- Qual exercício: caminhada; práticas de academia (musculação, hidroginástica, ginástica aeróbica, ginástica localizada e bicicleta ergométrica).

- Exercício físico: diário; semanal; mensal; esporádico

- Quanto tempo desenvolve esta atividade: tempo em minutos autorreferido

- Tipo de lazer ou recreação que a mulher gosta: agrupado nas seguintes categorias: passeio; igreja; atividades recreativas (piscinas e clubes); dança; cinema; parque; atividades manuais/visuais (pinturas, crochê, bordados, assistir TV); praticar esportes; reunião com amigos/ grupo da terceira idade; outros (festas de aniversário, viagens); não tenho/ não gosto.

- Consegue praticar a atividade de lazer ou recreação: sim e não

- Se não consegue praticar, por qual motivo: problemas de saúde/indisposição/cansaço; porque trabalha; porque não tem tempo/cuida de sua mãe; não tem amigos; acomodação; condições financeiras

- Vai a festas: sim e não

- Se não, por qual motivo: é evangélica; não gosta/ namorado e/ou esposo não gostam; outros motivos (desânimo, cansaço, preguiça, cuida dos filhos, cuida dos pais, porque trabalha, porque falta tempo, devido a problemas de saúde, falta de oportunidade e de companhia).

- Costuma viajar: sim e não

- Se não, por qual motivo: condição financeira; não gosta/ namorado e/ou esposo não gostam; outros motivos (falta tempo, cuida dos pais, problemas de saúde, porque trabalha, falta de oportunidade e de companhia).

Dados sobre situação de saúde

- Peso: O peso foi obtido em quilos usando balança portátil Tanita digital. A balança é de fácil transporte, mantém a calibração com mudanças de local, tem capacidade de 150 quilogramas com variação de 100 gramas.

- Para a aferição, foi solicitada à mulher que vestisse roupas leves e subisse na balança sem sapatos, com pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés e braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi realizado duas vezes e medidas em que houve a diferença de 100 gramas entre os dois pesos foi calculada a média.

- Altura: A altura foi medida com auxílio do antropômetro numa parede com 90° em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, o peso distribuído em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostando-se na superfície vertical da parede e cabeça no plano de Frankfurt (Plano de Frankfurt: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo estão em uma mesma linha horizontal). A leitura da medida foi realizada duas vezes.

- Índice de Massa Corporal (IMC): possui as seguintes categorias: magreza grave ($\text{IMC} < 16,0$), magreza moderada ($16,0 - 16,9$), magreza leve ($17,0 - 18,4$), adequado ($18,5 - 24,9$), sobrepeso ($25,0 - 29,9$), obesidade I ($30,0 - 39,9$) e obesidade II ($\text{IMC} \geq 40$). Classificação das mulheres em obesas e não obesas com o produto da divisão do peso corporal pelo quadrado da altura. Categorizado em três grandes grupos: $\leq 24,99$ (normal); ≥ 25 e $\leq 29,99$ (sobrepeso); e ≥ 30 (obesidade). De acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1995) o Índice de Massa Corporal é assim classificado:

Intervalo normal: IMC 18.50 – 24.99

Grau 1 com sobrepeso: IMC 25.00 – 29.99

Grau 2 com sobrepeso: IMC 30.00 – 39.99

Grau 3 com sobrepeso: IMC ≥ 40.00

- Pressão arterial: a pressão arterial foi aferida com o aparelho calibrado, de braço e manual, testado e validado. Para a medida da pressão houve um preparo das participantes da seguinte forma:

- 1) Explicado o procedimento à mulher; 2) esperado repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo; 3) informado para manter as pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; 4) solicitado que removesse roupas e objetos do braço esquerdo; 5) posicionado o braço na altura do coração (nível do ponto médio do

esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; 6) explicado para que não falasse durante as medidas. Foi considerada hipertensa a mulher com pressão sistólica $\geq$ que 130 mmHg e diastólica $\geq$ a 85 mmHg, segundo a Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica (SBH, 2005).

- A pressão arterial foi categorizada da seguinte forma: pressão sistólica = a 120 mmHg e diastólica = a 80 mmHg (normal); pressão sistólica < que 120 mmHg e diastólica < que 80 mmHg (baixa); pressão sistólica $\geq$ a 130 mmHg e diastólica $\geq$ a 85 mmHg (elevada).

- Autopercepção de saúde: sim e não

- Apresentou algum problema de saúde/doença no último mês; as doenças referidas foram agrupadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde, 10ª revisão, versão 2008 – CID 10.

- Tem alguma doença diagnosticada pelo médico: sim e não

- Tem hipertensão arterial: sim e não

- Tem diabetes *mellitus*: sim e não

- Tem osteoporose: sim e não

- Tem alguma doença pulmonar: sim e não

- Tem alguma doença cardíaca: sim e não

- Tem alguma doença cerebrovascular: sim e não

- Tem alguma doença gastrointestinal: sim e não

- Tem artrite reumatóide, reumatismo, artrose ou fibromialgia:

sim e não

- Tem outra doença não citada: sim e não
- Qual a outra doença: autorreferida
- Já esteve internada alguma vez: sim e não
- Motivo da internação: cirurgias; histerectomia; partos vaginal

e cesariano; tratamento clínico

- Consulta regularmente o médico: sim e não
- Se não, por qual motivo: não gosta; difícil agendar consulta;

só quando precisa; preguiça; apenas quando está doente; descuido/relaxamento; não tem tempo

- Toma remédio regularmente: sim e não
- Medicamentos consumidos: em número de medicamentos

referidos

- Gasto mensal com a compra de medicamentos: valor gasto

em reais

- Tabagismo: sim e não
- Consumo diário de cigarros: número de cigarros referidos
- Tempo de tabagismo: em anos

Dados gineco-obstétricos e sintomas climatéricos

- Idade a menarca: em anos
- Idade à última gestação: em anos
- Número de gestações

- Número de filhos vivos
- Menstrua: sim e não
- Se sim, continua regular: sim e não
- Quando se tornou irregular: em anos
- Se não, quando foi a última menstruação: ano do calendário
- Idade da menopausa natural: Calculada por meio da subtração da idade atual das mulheres pelo ano da última menstruação autorreferido. Excluídas desse cálculo todas as mulheres que tiveram menopausa artificial.

- Estado menopausal: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. Categorizadas de acordo com as mulheres que menstruavam regularmente sem a presença de sintomas em 0 – pré-menopausa; mulheres que menstruavam e apresentavam sintomas, tais como ondas de calor, secura vaginal, irritação e dificuldade para dormir e/ou ciclos menstruais irregulares em 1 – perimenopausa e mulheres que não mais menstruavam em 2 – pós-menopausa.

- Tem apresentado alguma alteração no corpo: sim e não
- Sentiu ondas de calor: sim e não
- Se sim, há quanto tempo: em anos
- Elas incomodam: sim e não
- Se sim, por qual motivo: motivo autorreferido
- Sente dificuldade para dormir: sim e não
- Se sim, há quanto tempo: em anos
- Elas incomodam: sim e não

- Se sim, por qual motivo: irritação; cansaço; sonolência durante o dia seguinte

- Alteração de peso: aumentou; diminuiu; não alterou

- Dor nas articulações: sim e não

- Se sim, há quanto tempo: em anos

- Incomoda: sim e não

- Se sim, por qual motivo: é ruim sentir dor/ dificuldade para se movimentar/ desconfortável; restringe as atividades domésticas; interfere no sono; causa dormência; diminui a força/resistência

- Dificuldade em controlar o desejo de urinar: sim e não

- Se sim, há quanto tempo: em anos

- Mudança quanto ao desejo sexual: aumentou; diminuiu; não alterou

- Satisfação quanto à vida sexual: sim e não

- Se não, por qual motivo: motivo autorreferido

- Considera o parceiro satisfeito com a vida sexual do casal: sim e não

- Se não, por qual motivo: motivo autorreferido

- Secura vaginal durante as relações: sim e não

- Sente tristeza com facilidade: sim e não

- Dificuldade de concentração: sim e não

- Esquecimento ou alterações de memória: sim e não

- Irritação ou impaciência com as outras pessoas: sim e não

- Tontura/ vertigem durante a noite: sim e não

- Qual dos sintomas mais incomoda: ondas de calor, dificuldade para dormir, dor nas articulações, aumento de peso, irritação, alterações de memória/esquecimento, diminuição do desejo sexual, tontura ou tristeza
- Faz uso de terapia hormonal: sim e não
- Há quanto tempo: em anos

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foram utilizados os pacotes estatísticos SPSS 13 for Windows (Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer – SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e STATA 10 for Windows (Stata Corporation, College Station, TX, EUA) para a estruturação do banco de dados, digitação dos questionários, realização da análise de coerência, bem como análise dos dados. Inicialmente foram descritas as frequências simples, médias e desvios padrão. Na análise da diferença de proporções usou-se o teste de associação paramétrico qui-quadrado de Pearson e para verificar a diferença de médias, o teste “t” de student. Para ambos os testes foram estabelecidos níveis de significância estatística de 5%.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa obedeceu aos preceitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre com o

protocolo número 23107.006452 (ANEXO 3) e da Faculdade de Saúde Pública da USP com o protocolo número 1832 (ANEXO 4).

As participantes do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, a inexistência de riscos ou desconfortos, a preservação do sigilo das informações e a possibilidade de desistência a qualquer momento sem prejuízos. Para seu desenvolvimento, teve-se o cuidado de assegurar o anonimato das mulheres e o esclarecimento quanto à utilização dos dados para fins de trabalhos científicos.

Foi solicitada também a permissão da gerência da unidade de saúde para efetuar a coleta de dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1.1 Caracterização das mulheres quanto às condições sociodemográficas e econômicas

A média etária das 265 mulheres entrevistadas foi de 45,9 ($\pm 7,9$) anos (Tabela 1).

Segundo a PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER (PNDS, 2006) no Brasil, o percentual de mulheres na faixa etária de 35 a 64 anos é de 33,1% e na Região Norte, de 24,8%.

De acordo com o IBGE (2000), na cidade de Rio Branco (Acre), as mulheres representam 51,3% da população, e aquelas pertencentes à faixa etária dos 25 aos 64 anos correspondem a 38,8%.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria das entrevistadas - 145 (54,7%) - era casada e 81 (30,6%) solteira (Tabela 1). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas nacionais e internacionais (PEDRO et al., 2003a; SOUZA et al., 2005; PRADO et al., 2008; WAETJEN et al., 2008).

Conforme a Tabela 1 verificou-se que 164 (61,9%) das participantes do estudo eram naturais de outros municípios do Estado, sendo que 70 (26,4%) nasceram em Rio Branco, a capital. Entre os municípios que se destacam citam-se Feijó, Tarauacá, Cruzeiro do Sul e Sena Madureira.

Quanto à escolaridade, referida em anos completos de estudo, esta variou entre 0 a 19 anos, com uma média de 8,7 ($\pm 4,3$) anos (Tabela 1). É fato que, quanto maior for o grau de escolaridade, mais possibilidades as mulheres terão para discernir as modificações que ocorrem em seus corpos com o passar dos anos e, certamente, poderão estabelecer mudanças em seus hábitos/estilo de vida para que lhes possa ser proporcionada uma melhor qualidade de vida e um melhor grau de enfrentamento diante das fases de transição menopausal e pós-menopausa.

Em investigação realizada por LORENZI et al. (2006), foi observado que a escolaridade contribuiu de modo favorável para uma maior compreensão e possível entendimento das mudanças corporais características desse período, reduzindo os níveis de ansiedade e estimulando o autocuidado. Os autores constataram que a qualidade de vida tende a ser significativamente pior entre as mulheres climatéricas com baixa escolaridade ($p < 0,01$).

Tabela 1- Distribuição da frequência e percentual das condições sociodemográficas e econômicas das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Características sociodemográficas	N	%
<i>Faixa etária</i>		
35 a 44	136	51,3
45 a 54	88	33,2
55 a 65	41	15,5
<i>Média (desvio padrão) = 45,9 (±7,9)</i>		
<i>Naturalidade</i>		
Rio Branco	70	26,4
Outros municípios do Acre	164	61,9
Outros Estados do Brasil	31	11,7
<i>Escolaridade (anos de estudo)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 8,7 (±4,3)</i>		
<i>Estado civil</i>		
Solteira	81	30,6
Casada	145	54,7
Divorciada	20	7,5
Viúva	19	7,2
<i>Renda pessoal (salário mínimo)</i>		
Até 1	82	30,9
1 a 2	94	35,5
2 a 3	36	13,6
3 e mais	53	20,0
<i>Renda familiar per capita (salário mínimo)</i>		
Até ½	67	25,3
½ a 1	82	30,9
1 a 2	72	27,2
2 e mais	44	16,6
<i>Arranjo domiciliar</i>		
Reside só	21	7,9
Com cônjuge	13	4,9
Com cônjuge e filhos	111	41,9
Com cônjuge e outros familiares	31	11,7
Com filhos	58	21,9
Com outros familiares	31	11,7
<i>Rede elétrica</i>		
Sim	265	100,0
<i>Água encanada</i>		
Sim	127	47,9
Não	138	52,1
TOTAL	265	100,0

A PNDS (2006) constatou que a média de anos de escolaridade para as mulheres brasileiras foi de 8,7 anos, valor igual ao obtido na presente pesquisa.

Os dados médios de escolaridade neste estudo foram superiores aos obtidos por LORENZI et al., 2005a; SCLOWITZ et al., 2005; FERNANDES & ROZENTHAL, 2008.

SCLOWITZ et al. (2005), por sua vez, relataram que à medida que diminui o número de anos de escolaridade da mulher no climatério, aumenta a frequência das ondas de calor. Tal afirmação baseia-se no fato de que entre as mulheres que apresentaram ondas de calor, 19,5% tinham 12 a 18 anos de estudo e 35,6% possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade.

Quanto à ocupação, 69,4% das entrevistadas trabalhavam e possuíam como renda mensal até 2 salários mínimos (66,4%) (Tabela 1). Nota-se que receber uma renda mensal de até dois salários mínimos, por vezes, pode acarretar dificuldades na manutenção do lar, principalmente se for levado em consideração o número de pessoas que ali residem.

Para LUDERMIR & FILHO (2002) a renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia. Esses autores lembram ainda que as dificuldades financeiras podem levar ao estresse e à insegurança, comprometendo a qualidade de vida.

Quanto à análise da renda familiar *per capita* (Tabela 1), 82 mulheres (30,9%) recebiam entre meio e 1 salário mínimo *per capita* e 72 (27,2%), de 1 a 2 salários mínimos *per capita*.

Segundo o IBGE (2000) no município de Rio Branco, 25,7% da população recebia de meio a 1 salário mínimo *per capita* e 22,3% entre 1 e 2 salários mínimos *per capita*.

Em termos de renda familiar *per capita* média, achados semelhantes foram obtidos em outros estudos - 1,3 ($\pm 1,2$) SM *per capita*; 1,3 ($\pm 0,8$) SM *per capita* (LORENZI et al., 2005a; FERNANDES & ROZENTHAL, 2008).

No que diz respeito ao núcleo familiar, a grande maioria das famílias apresentou a estruturação tradicional - pai, mãe e filhos -, com uma média de 2,9 ($\pm 1,4$) pessoas por domicílio, em que 41,9% das mulheres residiam com o cônjuge e filhos, seguido de 21,9% que moravam somente com os filhos (Tabela 1).

No que se refere ao arranjo domiciliar, o resultado do presente estudo foi semelhante ao encontrado pela PNDS (2006), segundo a qual 47,6% das famílias brasileiras são constituídas pelo casal morando com os filhos.

Quanto às características do domicílio, obteve-se a média de 5,3 ($\pm 1,9$) cômodos, em um mínimo de 2 e máximo de 12. Um dado peculiar refere-se a alguns aspectos inerentes a certas residências, as quais possuíam a sala e cozinha em um único espaço. A média de quartos foi de 2,1 ($\pm 0,9$). É importante referir que as residências dos bairros pesquisados, de um modo geral, são pequenas, apresentando uma quantidade reduzida de quartos, o que faz inferir que, por vezes, a quantidade de cômodos existentes na casa não é suficiente para o número de pessoas que ali residem. Geralmente elas dividem seus espaços para que possam ter privacidade, entretanto, por vezes esses locais são extremamente reduzidos.

A média de cômodos verificada pela PNDS (2006) foi de 5,9 e resultado final quanto à média de quartos foi de 2,1. Portanto, tais resultados são semelhantes aos encontrados na pesquisa.

Verificou-se que 100% das casas possuem rede de energia elétrica. No entanto, 52,1% não possuem rede de água encanada em seu domicílio (Tabela 1). A ausência de uma rede de água encanada favorece a maior ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias, cujo controle é obtido muitas vezes pelo simples uso de água tratada e em boas condições de consumo. Entretanto, em um dos bairros pesquisados, o Loteamento Joaфра, 100% de todas as residências visitadas não são abastecidas com água do Sistema de Água e Esgoto de Rio Branco (SAERB).

De acordo com dados do IBGE (2000), 55,8% das residências no município de Rio Branco são abastecidas pela rede geral, sendo que 36,8% dos domicílios possuem canalização em pelo menos um cômodo e 19,0%, canalização só na propriedade ou terreno.

Na tabela 2, visualiza-se que, dentre as profissões exercidas pelas 265 entrevistadas, 87 (32,8%) eram do lar e 58 (21,9%) funcionárias públicas. A predominância de mulheres que exerciam exclusivamente atividades do lar foi uma característica peculiar do estudo, demonstrando que possivelmente muitas destas permanecem a maior parte do tempo em casa, realizando atividades domésticas.

Em investigação semelhante realizada por SOUZA et al. (2005), o percentual de mulheres que eram donas de casa foi de 23,9%. Já FERREIRA (2003) obteve que 50% das mulheres eram do lar, seguido de 20% que eram aposentadas. Igualmente PEREIRA (2003) constatou que 48 (52,2%) das mulheres da sua pesquisa eram do lar.

Tabela 2 - Distribuição da frequência e percentual de acordo com a profissão das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino em Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Profissão	N	%
Membros das Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares (GG0)	4	1,5
Membros Superiores do Poder Público, Dirigentes de Organização de Interesse Público e de Empresa e de Gerentes (GG1)	31	11,7
Profissionais das Ciências e das Artes (GG2)	25	9,4
Técnicos de Nível Médio (GG3)	9	3,4
Trabalhadores de Serviços Administrativos (GG4)	58	21,9
Trabalhadores dos Serviços, Vendedores do Comércio em Lojas e Mercados (GG5)	37	14,0
Trabalhadores da Produção de Bens e Serviços Industriais (GG7)	11	4,2
Do lar	87	32,8
Estudante	3	1,1
Total	265	100,0

É possível perceber que 66,1% das mulheres apresentam ocupação remunerada. Outros estudos que envolveram a mesma temática alcançaram os seguintes dados: 29,9%; 45,0%; 71,6% tinham ocupação remunerada (LORENZI et al., 2005a; SCLOWITZ et al., 2005; SOUZA et al., 2005).

4.1.2 Caracterização das mulheres quanto à história gineco-obstétrica e sintomatologia climatérica referida

Conforme visualiza-se na Tabela 3, a média de idade a menarca foi de 13,3 ($\pm 1,8$) anos. A idade mínima da primeira menstruação foi 9 anos e a máxima, 20 anos (menarca tardia).

As mulheres estudadas referiram, em média, 3,5 ($\pm 2,6$) gestações e dois filhos vivos (Tabela 3). Em investigação realizada por GOPAL et al. (2008) foi verificada que a média de gestações das mulheres era de 3,2 ($\pm 2,1$).

Estudo de KAPUR et al. (2009) revelam que 44,1% das mulheres tiveram dois filhos. LORENZI et al. (2006) encontraram que a média de número de filhos vivos foi de 3,5 ($\pm 1,7$). A esse respeito, PRADO et al. (2008) e WAETJEN et al. (2008) referiram que a média era de 2,8 ($\pm 1,5$) e 2,1 ($\pm 1,4$) filhos vivos.

Com base no número de gestações e filhos referidos, pode-se supor que uma parcela da população estudada planejou a família. Evidente que alguns dados chamam atenção, como o fato de uma mulher ter engravidado quatorze vezes e ser mãe de doze filhos vivos. Quanto à idade

da última gestação, esta variou de 16 a 48 anos, com uma média de 29,3 ($\pm 5,8$) (Tabela 3).

Em inquérito nacional através da PNDS (2006), evidencia-se que a maior taxa de filho por mulher é na Região Norte, equivalente a 2,2. O menor valor fica para a Região Sul, em torno de 1,1. A média de filhos vivos nascidos para todo o País, entre as mulheres com idade reprodutiva, de 15 a 49 anos, é de 1,5 e a média no grupo etário de 45 a 49 anos é de 2,6. A PNDS (2006) apresenta ainda os valores da idade mediana ao ter o primeiro filho. Esse valor está em torno dos 21 anos e com tendência à diminuição, representando um possível rejuvenescimento do padrão reprodutivo.

Quanto à idade da menopausa, constatou-se neste estudo que ela ocorreu em torno dos 47,5 ($\pm 5,3$) anos (Tabela 3), idade próxima dos encontrados por outros pesquisadores: 48,6 ($\pm 4,1$) anos; 46,2 ($\pm 6,0$) anos; 47,7 ($\pm 4,5$) anos; 50,3 ($\pm 3,0$) anos; 48,8 ($\pm 3,4$) anos; 45,0 ($\pm 4,3$) anos (ALDRIGHI et al., 2005; SCLOWITZ et al., 2005; LORENZI et al., 2006; OHAYON, 2006; ORSATTI et al., 2008; KAPUR et al., 2009).

Segundo PEDRO et al. (2003a), a média etária da ocorrência da menopausa natural não mudou muito desde os relatos de Aristóteles e Hipócrates, há aproximadamente dois mil anos, em que o relato da idade da menopausa era em torno da quarta década de vida. Referem ainda que autores medievais destacavam que a interrupção da menstruação ocorria

por volta dos 50 anos, muito próxima da média etária à menopausa da mulher do século XXI, tanto nas sociedades brasileiras como nas de países desenvolvidos do Ocidente.

Verificou-se que 166 (62,6%) entrevistadas ainda menstruavam e 99 (37,4%) eram pós-menopáusicas (Tabela 3).

Não se pode deixar de discorrer neste momento a respeito dos sintomas relatados que mais incomodavam as mulheres e que são responsáveis por mudanças no seu estilo de vida e hábitos pessoais.

KAPUR et al. (2009) alertam para o fato de que a deficiência estrogênica estaria relacionada a sintomas vasomotores, sexuais e psicológicos que podem afetar a qualidade de vida das mulheres.

De acordo com AMORE et al. (2007) a síndrome menopausal é caracterizada pela presença de sintomas somáticos e psicológicos que podem incluir ondas de calor, sudorese noturna, dificuldade para dormir, secura vaginal, mudanças no comportamento sexual, depressão, ansiedade, irritabilidade e problemas de memória e concentração.

Tabela 3 - Distribuição da frequência e percentual quanto à história ginecológica e sintomatologia climatérica referida das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Dados ginecológicos e sintomas	N	%
<i>Idade da menarca</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 13,3 (±1,8)</i>		
<i>Nº gestações</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 3,5 (±2,6)</i>		
<i>Nº filhos vivos</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 2,8 (±2,0)</i>		
<i>Menstrua atualmente</i>		
Sim	166	62,6
Não	99	37,4
<i>Idade da menopausa</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 47,5 (±5,3)</i>		
<i>Ondas de Calor</i>		
Sim	108	40,7
Não	157	59,3
<i>Dificuldade para dormir</i>		
Sim	37	14,0
Não	228	86,0
<i>Alteração de peso ultimamente</i>		
Aumentou	141	53,2
Diminuiu	35	13,2
Não alterou	89	33,6
<i>Dor nas articulações</i>		
Sim	83	31,3
Não	182	68,7
<i>Mudança no desejo sexual</i>		
Aumentou	10	3,8
Diminuiu	79	29,8
Não alterou	102	38,5
Não tem vida sexual ativa	74	27,9
<i>Satisfação com a vida sexual</i>		
Sim	166	62,7
Não	25	9,4
Não tem vida sexual ativa	74	27,9
<i>Secura vaginal</i>		
Sim	49	18,5
Não	142	53,6
Não tem vida sexual ativa	74	27,9
<i>Irritação/Impaciência</i>		
Sim	139	52,4
Não	126	47,6
TOTAL	265	100,0

Os fogachos, mais conhecidos popularmente como “ondas de calor”, são as queixas predominantes em diversos estudos que buscam avaliar os sinais e sintomas da peri e pós-menopausa (PEDRO et al., 2003b; FREEDMAN, 2005; SCLOWITZ et al., 2005; OHAYON, 2006; NAPPI & NIJLAND, 2008).

Nesta pesquisa, as ondas de calor foram referidas por 108 mulheres (40,7%) (Tabela 3).

De acordo com LORENZI et al. (2005a), os fogachos estiveram presentes para 60,2% das mulheres. Para WHITCOMB et al. (2007), por sua vez, este sintoma foi relatado por 66% das entrevistadas.

Segundo FREEDMAN (2005), os fogachos são os mais comuns sintomas do climatério e ocorrem em cerca de 75% das mulheres em sociedades ocidentais durante a peri e pós-menopausa.

PEDRO et al. (2003b) encontrou que os fogachos ocorreram em cerca de 50,5% das mulheres em pré-menopausa. Os autores reforçam ainda que a inter-relação dos sintomas mostrou que os vasomotores estão fortemente interligados, associando-se à insônia.

NAPPI & NIJLAND (2008) reforçam que as ondas de calor estiveram presentes em 52% das mulheres entrevistadas.

Em investigação realizada por OHAYON (2006), a frequência de ondas de calor na perimenopausa foi de 79,0% e de 39,3% na pós-menopausa. O autor destaca que estas queixas são fortemente associadas com a ocorrência de insônia crônica em mulheres de meia-idade. Ressalta ainda que a presença de ondas de calor deve ser sistematicamente investigada em mulheres com insônia e que tratar os fogachos adequadamente poderia melhorar a qualidade do sono e minimizar as consequências deletérias da insônia crônica.

Para THURSTON et al. (2006), os achados sugerem que entre as mulheres com um histórico de depressão, maiores níveis e frequência de atividade física, foi associado com diminuição do risco de sintomas vasomotores.

No que se refere à dificuldade para dormir constatou-se que 37 (14,0%) relataram a presença desse fator (Tabela 3).

Referências à dificuldade para dormir são descritas em vários estudos entre mulheres nas fases de transição menopausal e na pós-menopausa: 61%; 66,5%; 49%; 53%; 44% (CAMPOS et al., 2005; LORENZI et al., 2005a; SOUZA et al., 2005; FREEDMAN & ROEHRS, 2007; NAPPI & NIJLAND, 2008).

Assim, os achados da presente pesquisa quanto a esse aspecto são inferiores às de estudos que têm observado aumento da dificuldade para dormir e alterações na qualidade do sono associadas às fases de peri e pós-menopausa.

Para SOARES (2006), os fogachos noturnos representam um fator de destaque para a ocorrência de insônia em mulheres na menopausa. Segundo o autor, insônia durante as fases de transição menopausal e pós-menopausa acarretam déficits sociofuncionais significativos para as mulheres e prejudicam sua qualidade de vida. Ressalta ainda que os transtornos do sono podem ser agravados devido à presença concomitante de calores noturnos ou sintomas depressivos, no entanto, também podem ocorrer mesmo na ausência destes.

OHAYON (2006) destaca que, devido às ondas de calor tenderem a ocorrer com maior frequência no período noturno, podem estar associadas com a insônia nas mulheres climatéricas. O autor alerta que existem muitos outros fatores além das ondas de calor que poderiam ser responsáveis pela ocorrência de insônia. SOARES (2006) relata que nessa fase os distúrbios do sono e insônia parecem ser mais comumente observados entre as mulheres do que entre os homens durante a vida adulta. Possivelmente, períodos de oscilações hormonais, tais como gravidez, puerpério e perimenopausa, podem estar relacionados com um

maior número de novos casos de insônia e transtornos respiratórios do sono entre as mulheres.

SOUZA et al. (2005) acrescentam que todas as entrevistadas que afirmavam estar com algum problema de saúde, a qualidade do sono mostrou-se comprometida. Dessa forma, a autopercepção de agravos à saúde apresentou-se como um significativo determinante da qualidade do sono.

Quanto à esfera sexual, 79 (29,8%) das entrevistadas afirmaram mudança quanto ao desejo sexual (Tabela 3). Determinadas condições, tais como secura vaginal e dispareunia, favorecem a redução do desejo sexual, especialmente durante a fase de pós-menopausa, apesar de tais queixas não terem sido muito frequentes neste estudo.

PEDRO et al. (2003b) constataram dados semelhantes referindo que foram poucos os relatos de secura vaginal e dispareunia em seu estudo, sendo mais relatadas na pós-menopausa. A diminuição pelo interesse sexual foi a mais frequente entre as queixas sexuais. Ressaltam ainda que, nas mulheres que não estavam em atividade sexual, a principal causa foi a falta de parceiro (63,4%) e doença no parceiro (11,7%).

No presente estudo, 79 (27,4%) não tinham vida sexual ativa (Tabela 3). Resultado semelhante foi encontrado em estudo de GRACIA et

al. (2007), em que de um total de 311 mulheres, 81 não tinham parceiro sexual e, conseqüentemente, não tinham vida sexual ativa. Durante as análises, esses autores restringiram-se ao grupo de mulheres com parceiro sexual.

Em pesquisa feita por ETTINGER et al. (2008), as queixas de dispareunia e secura vagina foram as mais frequentemente reportadas como moderadas (44,4%) a severas (30,2%). SOUZA et al. (2005) referem que 41% das mulheres informaram não estar satisfeitas com a vida sexual.

Segundo a literatura, os fatores que afetam negativamente a função sexual feminina por volta da meia-idade incluem o envelhecimento, qualidade dos relacionamentos, declínio da saúde física devido a condições crônicas, nível educacional, transtornos do humor, incluindo ansiedade e depressão e o uso concomitante de medicações que interferem na libido (antidepressivos). Pode ser acrescentado ainda o fato de que a meia-idade tem sido considerada uma fase de grande estresse psicossocial para as mulheres, as quais devem lidar com a perda da juventude, da função reprodutiva, com a solidão pelo fato dos filhos deixarem seus lares, problemas de saúde e morte dos pais (DENNERSTEIN, 2008).

Segundo AMORE et al. (2007), fatores relacionados à personalidade, doenças pessoais e qualidade da relação marital podem contribuir para a ocorrência de queixas sexuais entre as mulheres durante a

transição para a menopausa. Acrescentam ainda que é mais provável que mulheres com personalidade bem equilibrada e vida sexual satisfatória sejam mais capazes de passar por mudanças nesse período e serem menos propensas a apresentar esses sintomas durante a menopausa.

Para BASSON (2006), a transição para a menopausa pode influenciar tanto em aspectos físicos, psicológicos quanto interpessoais na vida das mulheres e, além disso, poderia ter profundos efeitos, positivos e negativos em sua sexualidade.

LORENZI et al. (2006) revelam que a sexualidade apresenta-se como um aspecto importante na qualidade de vida após a menopausa em virtude de a atividade sexual ter se correlacionado com a intensidade dos sintomas climatéricos. Assim, para os autores, quanto maior o número de relações sexuais, menor a intensidade da sintomatologia climatérica.

Quanto ao sintoma irritabilidade, este foi relatado por 52,4% das entrevistadas (Tabela 3).

Investigações realizadas por outros autores apresentaram os seguintes resultados quanto à presença de queixas de irritabilidade entre as mulheres na transição menopausal e pós-menopausa: 67%; 87,1%; 37% (PEDRO et al., 2003b; LORENZI et al., 2005a; NAPPI & NIJLAND, 2008).

Ao indagar as mulheres sobre o uso da terapia hormonal (TH), apenas 16 (6,0%) afirmaram que a utilizavam. Dessas, 11 (68,7%) utilizavam hormônios há cinco anos e mais, com uma média de 7,1 ($\pm 5,4$) anos. Esses dados revelam que o percentual de mulheres que faziam uso de terapia hormonal era reduzido. Contudo, em relação ao período que utilizavam essas medicações, este se apresentava bastante prolongado, ultrapassando as recomendações instituídas (FEBRASGO, 2001). Igualmente, PRADO et al. (2008) obtiveram que o percentual de mulheres que faziam uso de TH era de 6,2%.

Resultados diversos deste foram encontrados por LORENZI et al. (2005b); SCLOWITZ et al. (2005); SOUZA et al. (2005); FERNANDES & ROZENTHAL (2008) em que os percentuais de usuárias de terapia hormonal foram de 17,2%; 27,4%; 26,9%; 26%. OHAYON et al. (2006) verificaram que a frequência do uso de TH na perimenopausa foi de 20,8% e na pós-menopausa de 13,2%.

A terapia hormonal estrogênica tem como finalidade aliviar os sintomas climatéricos. O seu uso, entretanto, envolve dilemas, acentuando as contradições e angústias específicas dessa etapa de vida (ROZENFELD, 2007).

A prescrição de TH para redução da sintomatologia relacionada à menopausa é amplamente praticada em todo o mundo e suas potenciais

reações adversas são de grande interesse para a saúde pública, especialmente devido ao possível impacto relacionado ao possível desenvolvimento do câncer de mama, numa grande população exposta (JÚNIOR & ATHANAZIO, 2007).

Sabe-se que no ano de 2002, o estudo Women's Health Initiative (WHI) foi interrompido em decorrência das estimativas revelarem que a utilização dos hormônios aumentava o risco de eventos tromboembólicos e do aparecimento de câncer de mama, quando comparadas às mulheres tratadas com estrógenos conjugados com as do grupo controle, as quais faziam uso de placebo. Tais evidências levaram a uma maior reflexão acerca da terapia hormonal, enfatizando seus riscos e benefícios (WHI, 2002; ROZENFELD, 2007).

SPRITZER & WENDER (2007, p.1059) acrescentam que *mais recentemente, contudo, e em consequência à publicação de ensaios clínicos randomizados envolvendo um grande número de mulheres, a terapia hormonal na menopausa tornou-se uma questão complexa, que vem gerando um intenso debate entre especialistas e uma expressiva divulgação na mídia leiga, nem sempre acompanhada da necessária reflexão e ponderação sobre as evidências científicas, os limites e as perspectivas originadas por estes trabalhos.*

4.1.3 Caracterização das mulheres quanto ao estilo de vida

Houve a constatação de que 196 (74%) das entrevistadas não praticavam exercício físico, dado que reflete o grau considerável de sedentarismo da população em estudo, o que favorece o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, fatores primordiais para o risco de doenças cardiovasculares e suas complicações, especialmente com o decorrer da idade (Tabela 4).

De acordo com a OMS (2003), aproximadamente 60% da população mundial não segue a orientação mínima de 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada e que o risco de adquirir doença cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não realizam atividade física recomendada.

Destaca ainda que aumentar a atividade física é um problema de ordem social e não somente individual, exigindo enfoques multissetoriais e multidisciplinares.

MARTINELLI et al. (2008) indicam que a prática regular de exercício físico está associada com uma melhoria na qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera suficiente a prática de 30 minutos diários, por pelo menos cinco dias na semana, de atividade leve ou moderada ou 20 minutos diários de atividade rigorosa em três ou mais dias da semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol são práticas leves ou moderadas. As vigorosas são corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis.

O estudo de ELAVSKY (2009) relata a real importância da prática de algum exercício como eixo fundamental para a redução dos sintomas na fase de transição menopausal, em que houve a comprovação quanto à melhora da qualidade de vida e efeitos benéficos sobre a autoestima.

THURSTON et al. (2006) referem que o aumento da atividade física nos anos anteriores a menopausa estava associado a uma diminuição importante nos sintomas vasomotores durante a transição menopausal entre mulheres com história de depressão.

De 69 (26,0%) das mulheres que praticavam exercício, 53 (76,8%) realizavam caminhadas. Na região adjacente à área pesquisada há um parque, que pode estimular essa prática. SOUZA et al. (2005) também encontraram as caminhadas como as mais citadas pelas mulheres, representadas por 67% em seu estudo.

Quanto às atividades de lazer e recreação, uma vez que a população entrevistada referiu ir à igreja como atividade de lazer, aqui neste estudo ela está assim classificada. Entre as atividades referidas pelas mulheres, têm-se atividades recreativas (piscinas, clubes), com 25,3%, seguido por igreja (20,4%) (Tabela 4).

Na tabela 4, visualiza-se que as atividades grupais como ir à igreja, dançar, passeios, atividades recreativas, reunião com os grupos e festas foram as mais citadas, o que representa um envolvimento social, que, de certo modo, é importante nesta fase, pois viver em sociedade faz com que as mulheres tenham apoio e suporte para enfrentar as dificuldades do momento, compartilhando dúvidas e experiências únicas com as demais. Destaca-se que 11 (4,1%) das entrevistadas não têm ou não gostam de nenhuma atividade de lazer e recreação, o que pode contribuir para o risco de solidão e isolamento social.

Quando indagadas se frequentavam festas 210 (79,2%) referiram não ter esse hábito, justificando-se por questões religiosas, visto que 81 (38,6%) afirmaram ser evangélicas (Tabela 4).

Figura 1- Parque do Tucumã

Figura 2 - O parque é local de encontro para crianças, adultos e idosos

Figura 3 - A caminhada é uma prática rotineira de exercício no parque

Tabela 4 - Distribuição da frequência e percentual quanto ao estilo de vida das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Estilo de vida	N	%
<i>Exercício físico</i>		
Sim	69	26,0
Não	196	74,0
<i>Característica</i>		
Individual	40	58,0
Grupai	29	42,0
<i>Tipo</i>		
Caminhada	53	76,8
Práticas de academia	16	23,2
<i>Consegue fazer atividade de lazer</i>		
Sim	221	83,4
Não	33	12,5
Não faz	11	4,1
<i>Tipo de atividade de lazer e recreação que gosta</i>		
Passeio	11	4,2
Igreja	54	20,4
Atividades recreativas	67	25,3
Dançar	30	11,3
Cinema	2	0,7
Parque	26	9,8
Atividades manuais/visuais	28	10,6
Praticar esportes	13	4,9
Reunião com amigos/Grupo da 3ª idade	18	6,8
Outros (festas de aniversários, viajar)	5	1,9
Não tem/ Não gosta	11	4,1
<i>Frequenta festas</i>		
Sim	55	20,8
Não	210	79,2
<i>Motivos para não frequentar festas</i>		
Evangélica	81	38,6
Não gosta/namorado e/ou esposo não gostam	95	45,2
Outros motivos	34	16,2
<i>Costuma viajar</i>		
Sim	99	37,4
Não	166	62,6
<i>Motivos para não realizar viagens</i>		
Condição financeira	127	76,5
Não gosta/namorado e/ou esposo não gostam	21	12,7
Outros motivos	18	10,8
TOTAL	166	100,0

Um aspecto importante neste estudo foi o papel desempenhado pela religião na vida das pessoas. Seguir fielmente os preceitos da religião irá nortear comportamentos, atitudes e condutas humanas.

A esse respeito, PRANDI (2008) relata que a religião é parte constitutiva da cultura e que ambas são referidas uma à outra.

Acrescenta ainda que, ao se tomar uma cultura como objeto de reflexão, é preciso considerar os indivíduos que dela participam, que a partir dela orientam suas ações, que manipulam seus símbolos e a transformam. Se o que mais interessa, no caso da religião, são os valores e normas, é preciso considerar que eles só fazem sentido no contexto da conduta real dos indivíduos e não podem ser dissociados das ações que orientam e que podem constituir padrões culturais, mas que também são históricas e concretas (2008, p. 160).

Na visão antropológica, os fenômenos religiosos são compreendidos como práticas simbólicas, que têm na vivência e experiência do cotidiano diferentes significados para as pessoas e são parte inseparável da vida social. A vida social, assim compreendida, tem na experiência humana do sagrado um importante fundamento para a construção da ordem social (KLEIN, 2003, p.27).

Em estudo de FERREIRA (2003), a fé em Deus foi relatada pelas mulheres como algo que poderia auxiliá-las a buscar uma forma de melhorar sua condição de sofrimento e as dificuldades frente ao período de pós-menopausa.

De acordo com PRANDI (2008), a religião pode interferir na cultura e na sociedade, sobretudo no que se refere à normatização de aspectos da intimidade do indivíduo, dotando-o dos meios simbólicos para que a vida possa fazer algum sentido e de certo modo, possa se tornar mais fácil de ser vivida.

Apenas 99 mulheres (37,4%) informaram viajar, sendo que o principal fator contribuinte para a não realização desta foi à condição financeira, citada por 127 (76,5%) (Tabela 4). Estes números refletem diretamente as condições salariais, já citadas anteriormente. Torna-se difícil realizar passeios e viagens quando a maioria da população - 82 (30,9%) - recebe entre meio e um salário mínimo *per capita* e 72 (27,2%), de um a dois salários mínimos *per capita*.

4.1.4 Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à saúde

Ao serem questionadas sobre considerar-se ou não saudável, obteve-se que 180 (67,9%) mulheres afirmaram ser saudáveis (Tabela 5). Este dado remete o conceito que é atribuído à palavra saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Tal conceito é extensamente amplo e por vezes, para muitas pessoas, o significado de saúde é muito mais simples do que se parece. Quer dizer, possuir um bom trabalho, ter estabilidade financeira, felicidade no casamento e na família podem fazer com que as pessoas considerem-se saudáveis e vivam intensamente, com êxito e satisfação.

LIMA et al. (2006) propuseram um novo conceito de saúde, que inclui como fatores determinantes da vida saudável, além do biológico, as condições ambientais, econômicas, políticas, psicológicas, sociais, culturais e comportamentais. Acrescentam ainda que abordar o tema saúde na atualidade sem contextualizá-la pode torná-la algo alheio à verdadeira realidade e, assim, prejudicar a adoção de estilos de vida mais saudáveis ou, ainda, inviabilizar a conscientização dos indivíduos quanto à necessidade do estabelecimento de relações saudáveis.

A esse respeito, PRESOTO (2008) relata o seguinte:

O adoecimento e a vida saudável não dependem, unicamente, de aspectos físicos e genéticos; são também diretamente influenciados pelas relações sociais, ao engendrarem formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, à renda, ao lazer, à paz e a ambientes saudáveis, aspectos fundamentais para a qualidade de vida (p.39).

A autora relata ainda que a saúde deve ser compreendida como um processo no qual se pretende viver com qualidade, em vez da simples ausência de doença, com vista a priorizar a promoção da saúde em oposição crítica à medicalização da vida social.

No entendimento de CAMPOS et al. (2005, p.13) *promover saúde significa estimular a participação social, desenvolver ação intersetorial, expandir capacidades humanas, criar ambientes saudáveis que favoreçam a saúde, formular políticas públicas que melhorem as condições de vida de pessoas e grupos populacionais e re-orientar o modo de se organizar os serviços de saúde.*

Em estudo de WAETJEN et al. (2008), ao serem indagadas sobre seu estado geral de saúde, 36,7% o consideraram muito bom, seguido de 29,1% que o caracterizaram como bom. Assim, o percentual de mulheres

que afirmaram ter um estado geral de saúde muito bom/bom foi de 65,8%, resultado similar ao encontrado, pela frequência de 67,9% que se consideraram saudáveis.

Verificou-se que 44,2% das entrevistadas referiram ter alguma doença diagnosticada pelo médico, sendo que 12,1% delas apresentavam de duas a quatro co-morbididades (Tabela 5). À medida que aumenta o número de doenças, pode haver uma diminuição da qualidade de vida, o que faz com que essas mulheres passem a apresentar certas limitações em seu dia a dia.

Na Tabela 5, visualiza-se que 95,5% das entrevistadas necessitaram de hospitalização, sendo que 122 (48,2%) delas o foram para dar à luz. Destaca-se que 75 (29,6%) das mulheres realizaram algum procedimento cirúrgico e 28 (11,1%) foram hysterectomizadas.

SOUZA et al. (2005) verificaram que 76% das mulheres haviam sido submetidas a cirurgias e 17% já eram hysterectomizadas. GOPAL et al. (2008) identificaram em seu estudo outro percentual, segundo os quais 6% das mulheres haviam feito hysterectomia.

Tabela 5 - Distribuição da frequência e percentual das características de saúde das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Características de saúde	N	%
<i>Considera-se saudável</i>		
Sim	180	67,9
Não	85	32,1
<i>Teve problema de saúde no último mês</i>		
Sim	29	10,9
Não	236	89,1
<i>Tem alguma doença diagnosticada</i>		
Sim	117	44,2
Não	148	55,8
<i>Número de co-morbidades</i>		
Nenhum	147	55,5
1	86	32,4
2 a 4	32	12,1
<i>Já esteve internada alguma vez</i>		
Sim	253	95,5
Não	12	4,5
<i>Motivo da internação</i>		
Cirurgia	75	29,6
Histerectomia	28	11,1
Partos vaginal/cesariano	122	48,2
Tratamento clínico	28	11,1
<i>Consulta o médico regularmente</i>		
Sim	177	66,8
Não	88	33,2
<i>Toma remédio regularmente</i>		
Sim	120	45,3
Não	145	54,7
<i>Polifarmácia (3 e mais medicamentos)</i>		
Sim	35	29,2
Não	85	70,8
<i>Média (desvio padrão) = 2,2 (±1,5)</i>		
<i>Tabagismo</i>		
Sim	48	18,1
Não	217	81,9
<i>Número de cigarros</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 12,3 (±6,8)</i>		
<i>Tempo de tabagismo</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 21,9 (±10,5)</i>		
<i>Estado nutricional</i>		
Normal	103	38,9
Sobrepeso	82	30,9
Obesidade	80	30,2
TOTAL	265	100,0

No que se refere ao atendimento médico, destacam-se as 177 mulheres (66,8%) que afirmaram realizar consultas regularmente (Tabela 5). Este número reflete a preocupação e o cuidado com a saúde.

Essas observações coincidem com os resultados de outros pesquisadores, os quais constataram que o sexo feminino busca mais atendimento médico. CAPILHEIRA & SANTOS (2006) destacam que as mulheres tiveram probabilidade 2,6 vezes maior de consultar um médico do que os homens ($p < 0,001$). COSTA & FILHO (2008) obtiveram que o sexo feminino apresentou associação com maior uso e maior grau de satisfação com os serviços do SUS ($p < 0,001$). Das mulheres pesquisadas, 45,5% consultaram-se uma a duas vezes/ano e 39,1%, três ou mais vezes/ano. COSTA et al. (2008) verificaram que entre os indivíduos do sexo masculino a média de consultas anuais foi de 1,8, enquanto para as mulheres a média foi de 4,7 consultas.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), os homens utilizam menos que as mulheres os serviços de atenção básica de saúde, demonstrando que estes apresentam mais dificuldades para buscar cuidados preventivos, assim como praticar o autocuidado.

Quando questionadas sobre o uso de medicamentos, 45,3% faziam uso de fármacos e destas, 35 (29,2%) ingerem três e mais medicamentos regularmente (Tabela 5).

O uso de medicamentos sem o seguimento rigoroso da prescrição médica pode causar danos e prejuízos à saúde. As reações adversas, bem como as interações medicamentosas, podem fazer com que o uso de determinada substância seja suspenso. Para algumas mulheres entrevistadas, percebeu-se que a prática de ingerir medicamentos indicados por amigas, vizinhas, divulgação na mídia e no trabalho é bastante corriqueira.

A polifarmacoterapia, conceituada como o uso concomitante de diversos fármacos, contribui para a ocorrência de sinergismos e antagonismos indesejáveis, descumprimento das prescrições farmacológicas e gastos excedentes com os de uso supérfluo, colaborando para a não-aderência medicamentosa (ROZENFELD, 2003).

Para ROCHA et al. (2008), a polifarmácia e a falta de adesão à prescrição médica constituem problemas comuns na terapêutica farmacológica, especialmente dos idosos, que podem prejudicar o resultado do seu tratamento.

Segundo RIBEIRO et al. (2008), as mulheres utilizaram em média 4,6 medicamentos, enquanto para os homens esse número foi de 3,3 fármacos ($p < 0,001$), permitindo aos autores comprovar que o uso de medicamentos entre as mulheres é maior quando comparado aos homens, reforçando a necessidade de que intervenções sejam feitas para propiciar

farmacoterapia adequada a esse subgrupo, mais vulnerável aos prejuízos do mau uso de medicamentos.

VITOR et al. (2008) comprovaram que 53,7% das pessoas compram fármacos sem prescrição, influenciados por pais e familiares, 22,3% por farmacêuticos e 18,4% por amigos. Constatou-se ainda que a automedicação foi mais frequente (57,4%) no sexo feminino.

Ressaltam ainda que a automedicação é uma prática bastante difundida no Brasil e constitui um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, pois nenhum medicamento é inócuo ao organismo.

Quanto ao tabagismo, tem-se que um número reduzido de mulheres relataram ser fumantes, representado por 18,1%. Entretanto, apesar de o percentual ser baixo, o consumo diário e o tempo (em anos) de tabagismo mostraram-se elevados, representados por uma média de 12,3 ($\pm 6,8$) cigarros ao dia e 21,9 ($\pm 10,5$) anos (Tabela 5).

É interessante ressaltar, por meio de outros estudos, o percentual de mulheres tabagistas na peri e pós-menopausa: 17%; 29,1%; 19%; 26%; 28,5%; 10%; 32% (ALDRIGHI et al., 2005; LORENZI et al., 2005a; SOUZA et al., 2005; SCLOWITZ et al., 2005; LORENZI et al., 2006; FERNANDES & ROZENTHAL, 2008; GOPAL et al., 2008).

Em investigação de SOUZA et al. (2005), apesar de o percentual de mulheres tabagistas ter sido reduzido - 19% -, o consumo diário e o tempo (em anos) de tabagismo mostraram-se elevados, representados por uma média de 17 ($\pm 10,0$) cigarros ao dia e 14 ($\pm 12,2$) anos, resultados estes similares ao do presente estudo.

Ao tabagismo, estão atreladas questões relacionadas à perda da qualidade de vida e de boas condições de saúde, visto sua associação com um grande número de co-morbidades.

O tabagismo é reconhecido como doença crônica, originária da dependência da nicotina. Os fumantes são expostos a mais de 4 mil substâncias tóxicas, muitas delas cancerígenas. Isso faz do tabagismo o mais importante fator de risco isolado de doenças graves e fatais (INCA, 2006).

De acordo com a OMS (2008), 100 milhões de mortes no século 20 foram causadas pelo tabagismo, e atualmente ocorrem 5,4 milhões de mortes ao ano. Se não forem tomadas providências, em 2030 ocorrerão mais 8 milhões de mortes todos os anos.

Os fumantes correm risco mais elevado de contrair câncer e outras doenças crônicas do que os não-fumantes. Destaca-se ainda que o tabagismo constitui uma das principais causas de mortalidade precoce por

doenças isquêmicas do coração, doença cerebrovascular e doença pulmonar obstrutiva crônica, sendo atribuíveis ao consumo e exposição ao tabaco 45% das mortes por doença coronariana, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das mortes por câncer. Estimativas indicam que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem entre fumantes (INCA, 2006).

O Índice de Massa Corporal mostrou que 61,1% das mulheres apresentavam sobrepeso e obesidade (Tabela 5). O excesso de peso é fator de risco crucial para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, bem como para diabetes *mellitus*. Ele também pode piorar as condições de saúde dessas pessoas com esses agravos. O controle do peso corporal, de modo a garantir níveis normais de IMC, é baseado na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como o incentivo e prática de atividade física regular, que juntos irão prevenir o aparecimento de doenças. LORENZI et al. (2006) verificaram que o percentual de mulheres com sobrepeso e obesidade foi de 61,3%, valor semelhante ao encontrado na presente pesquisa, representado por 61,1%.

No mundo, há mais de um bilhão de adultos com sobrepeso, e desses, cerca de 300 milhões são obesos. A obesidade e o excesso de peso são fatores de risco importantes para o surgimento de doenças crônico-degenerativas, tais como diabetes tipo 2, cardiopatias, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e certos tipos de câncer (OMS, 2003).

No que diz respeito ao Índice de Massa Corporal das mulheres na peri e pós-menopausa, pesquisadores encontraram os dados a seguir quanto aos percentuais de sobrepeso e obesidade: 55,5%; 35,6%; 69%; 51,7%; 79%; 77,1%; 27,8% (SCLOWITZ et al., 2005; SOUZA et al., 2005; GRACIA et al., 2007; WHITCOMB et al., 2007; GOPAL et al., 2008; ORSATTI et al., 2008; KAPUR et al., 2009).

MARTINELLI et al. (2008) sugerem que um IMC $\geq$ a 25 pode estar relacionado ao elevado risco de co-morbididades, incluindo artralguas e incapacidade funcional, especialmente em decorrência do possível excesso de peso.

4.1.5 Caracterização das mulheres quanto aos dados relacionados à doença

No que tange aos dados relacionados às características das doenças apresentadas pelas mulheres, destacam-se a hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

A prevalência de hipertensão arterial na população pesquisada foi de 28,3% (Tabela 6). Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006), a prevalência de hipertensão arterial na população urbana adulta brasileira varia desde 22,3% até 43,9%.

Segundo a OMS (2003), as doenças crônico-degenerativas constituem-se principal causa de morte e incapacidade no mundo, tornando-se responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. Reforça ainda que os fatores de risco que mais contribuem para a ocorrência dos chamados agravos não-transmissíveis são: obesidade, hipercolesterolemia, hipertensão arterial, tabagismo e etilismo.

É importante lembrar que a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública brasileiro e mundial e um dos principais fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A esse respeito, LOPES & DRAGER (2006) consideram que a hipertensão arterial pode acarretar lesões em órgãos-alvo, destacando-se a hipertrofia ventricular esquerda, o acidente vascular cerebral, a encefalopatia hipertensiva, a retinopatia hipertensiva e a nefropatia hipertensiva.

CAMPOS et al. (2005) referem que a prevalência da hipertensão arterial é elevada, com estimativas de que cerca de 15% a 20% dos brasileiros podem ser hipertensos. Consideram que a hipertensão arterial constitui-se em um dos principais fatores de morbi-mortalidade cardiovascular e a ela são atribuídos cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de ausência no trabalho, evidenciando seu alto custo para a sociedade.

De acordo com a OMS (2003), há pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo e estima-se que a hipertensão arterial cause a morte de 7,1 milhões de pessoas, correspondente a 13% do total de óbitos.

Dessa forma, os dados da presente pesquisa estão de acordo com os dados nacionais e de outras pesquisas, tais como COSTA et al. (2008) que classificaram 25,1% das mulheres como hipertensas.

Segundo WAETJEN et al. (2008), a prevalência de hipertensão arterial em seu estudo foi de 20,4%, enquanto FERNANDES & ROZENTHAL (2008) constataram que a ocorrência de hipertensão arterial na população

investigada foi de 38%. Em estudo de CAPILHEIRA & SANTOS (2006) o percentual de hipertensão autorreferida foi de 23,5%.

LORENZI et al. (2006) encontraram valor superior ao da presente pesquisa, em que o percentual de mulheres hipertensas foi de 49,5%.

O diabetes *mellitus* apresenta frequência crescente, com estimativas de que no ano de 2025 irá atingir o percentual de 5,4% da população adulta mundial. É importante lembrar que a doença apresenta alta morbi-mortalidade, acarreta diminuição da produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e perda considerável na qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Mundialmente, cerca de 177 milhões de pessoas tem diabetes *mellitus*, número que deverá dobrar até 2030. Aproximadamente 4 milhões de mortes anuais são decorrentes das complicações ocasionadas pelo diabetes *mellitus* (CAMPOS et al., 2005).

Os gastos relacionados ao diabetes *mellitus* podem variar de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de saúde, de acordo com a prevalência local de diabetes e do nível de complexidade dos tratamentos disponíveis (OMS, 2003).

Nesta investigação, o percentual de mulheres que possuíam o diagnóstico médico de diabetes *mellitus* foi de 7,2% (Tabela 6). Esses dados são próximos dos encontrados por pesquisa nacional que registrou a prevalência de 7,6% de diabetes *mellitus* na população brasileira de 30 a 69 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2009) e em pesquisas realizadas em nível nacional e internacional por FERNANDES & ROZENTHAL (2008) e WAETJEN et al. (2008), em que as prevalências foram de 7,9% e 5,4%, respectivamente. CAPILHEIRA & SANTOS (2006) encontraram um percentual de 6,4% de diabetes *mellitus* autorreferida entre adultos.

COSTA et al. (2008) indicam que 5,9% das mulheres referiram ter diabetes *mellitus*. Entretanto, LORENZI et al. (2006) constataram resultado discrepante com relação ao percentual de mulheres com diagnóstico médico de diabetes, em que a prevalência foi de 17,3%.

As doenças pulmonares e cerebrovasculares foram citadas por apenas quatro mulheres, tendo sido referidos asma brônquica (2), acidente vascular cerebral e aneurisma.

Tabela 6 - Distribuição da frequência e percentual das características relacionadas às doenças das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Características das doenças	N	%
<i>Hipertensão Arterial</i>		
Sim	75	28,3
Não	190	71,7
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 7,5 ($\pm 7,8$)</i>		
<i>Diabetes Mellitus</i>		
Sim	19	7,2
Não	246	92,8
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 4,2 ($\pm 6,2$)</i>		
<i>Osteoporose</i>		
Sim	14	5,3
Não	251	94,7
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 4,5 ($\pm 4,4$)</i>		
<i>Doença pulmonar</i>		
Sim	2	0,8
Não	263	99,2
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 26,5 ($\pm 6,4$)</i>		
<i>Doença gastrointestinal</i>		
Sim	15	5,7
Não	250	94,3
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 9,6 ($\pm 6,6$)</i>		
<i>Doença cerebrovascular</i>		
Sim	2	0,8
Não	263	99,2
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 4,0 ($\pm 1,4$)</i>		
<i>Artrite/Reumatismo/Artrose/Fibromialgia</i>		
Sim	6	97,7
Não	259	2,3
<i>Tempo (em anos)</i>		
<i>Média (desvio padrão) = 1,5 ($\pm 1,9$)</i>		
<i>Outra doença</i>		
Sim	27	10,2
Não	238	89,8
TOTAL	265	100,0

A osteoporose foi identificada em apenas 5,3% das mulheres (Tabela 6). Tal dado poderia ter sido maior, tendo em vista que $\frac{1}{3}$ delas já se encontrava em pós-menopausa. Entretanto, outro fator que poderia afetar diretamente a veracidade dos dados é que não são todas as mulheres que fazem o exame de densitometria óssea, para fins diagnósticos. No Módulo de Saúde da área de abrangência, esse exame não é solicitado de rotina, e a prefeitura não dispõe de aparelhagem suficiente para todas as mulheres que necessitem, tendo elas que recorrer ao setor privado. Como a renda *per capita* dessa população gira em torno de meio a um salário mínimo *per capita*, muitas mulheres não possuem condições financeiras para o pagamento e a consequente realização do exame.

Quando indagadas sobre a ocorrência de algum problema de saúde/doença no mês antecedente ao da aplicação do questionário, as queixas autorreferidas pelas mulheres foram assim classificadas, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Problemas e Doenças Relacionados à Saúde: Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias: febre, diarreia e gripe (31,0%); Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso: cefaleia e enxaqueca (10,3%); Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório: hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio (20,7%); Capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo: dor na coluna (20,7%); Capítulo XIV- Doenças do aparelho geniturinário: prurido vaginal e infecção do trato urinário (10,3%); Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade: quedas (6,9%).

Quanto à presença de outras doenças, 27 mulheres (10,2%) referiram apresentar outro problema de saúde diagnosticado pelo médico (Tabela 6), onde é salientado que cinco entrevistadas (18,5%) tinham depressão, quatro (14,8%) relataram apresentar glaucoma e 4 (14,8%), labirintite.

Em trabalho de FREEMAN et al. (2007), o humor deprimido apresentou-se significativamente associado com o status menopausal ($p < 0,01$). O estudo demonstrou ainda que os relatos de desordens depressivas aumentaram durante a transição para a menopausa. A associação entre esse sintoma com o estágio menopausal ocorreu independente da idade e qualquer outro fator de risco conhecido, como o estresse e a história de depressão.

Os mesmos autores, em estudo de base populacional, constataram também que sintomas depressivos significativamente aumentaram durante a transição menopausal e diminuíram após a menopausa, posteriormente ao controle de outras importantes variáveis, incluindo história de depressão, idade, qualidade ruim do sono, ondas de calor, raça e status social. Os sintomas depressivos também diminuíram com a idade, coincidente com a associação da fase de pós-menopausa, em que as mulheres mais velhas (50 - 54 anos) relataram menos sintomas depressivos (66%).

Em contrapartida, SOARES et al. (2002) referem que durante o processo de envelhecimento podem ocorrer alterações significativas na produção e consequente equilíbrio dos níveis circulantes de hormônios sexuais, tanto em homens quanto em mulheres. Acredita-se que esses hormônios desempenhem papel importante sobre diversas funções psíquicas e que, especialmente, afetem o humor e a cognição. Durante a transição menopausal, podem surgir mudanças nesse comando em virtude das oscilações dos hormônios sexuais circulantes que podem predispor para a ocorrência de queixas depressivas.

COHEN et al. (2005) relatam que a depressão durante a transição menopausal pode ter substancial impacto nas esferas de vida pessoal, familiar e profissional.

SOARES (2008) acrescenta ainda que a depressão durante a transição menopausal tem sido considerada secundária aos constantes distúrbios do sono causados pelas ondas de calor noturnas ou suores noturnos, também conhecido como “efeito dominó”. Reforça que algumas mudanças na meia-idade podem afetar essa condição, tais como doenças físicas, outros desconfortos devido ao envelhecimento, mudanças na família ou papel profissional, perdas profissionais e envelhecimento dos pais.

4.1.6 Caracterização das mulheres segundo o estado menopausal

A Tabela 7 disponibiliza os dados referentes ao percentual de mulheres que menstruavam regularmente e que não apresentavam sintomas climatéricos (pré-menopausa), representado por 58 (21,8%), fase de perimenopausa, evidenciado por 108 (40,7%) das mulheres e 99 (37,3%) que se encontravam em pós-menopausa. As médias de idade para aquelas em pré-menopausa e as que estavam em perimenopausa foram de 41,7 ($\pm 4,7$) anos e de 41,6 ($\pm 4,5$) anos, respectivamente. Entretanto, para as que estavam em pós-menopausa o valor encontrado foi de 53,0 ($\pm 7,3$) anos. Após a realização do Teste T Student para verificação das diferenças entre as médias, obteve-se que entre a pré e perimenopausa os dados não foram estatisticamente significativos, $p=0,457$. Todavia, foi revelada significância estatística entre pré e perimenopausa quando comparada a pós-menopausa, apresentada pelo valor de $p<0,01$.

Em estudo de AMORE et al. (2007), foram obtidas as seguintes médias de idade na peri e pós-menopausa: 50,6 ($\pm 2,6$) anos e 52,1 ($\pm 2,9$) anos. A média de idade da pós-menopausa encontrada pelos referidos autores foi semelhante à do presente estudo, 53 ($\pm 7,3$) anos. Entretanto, OHAYON (2006) identificou que as médias de idade na peri e pós-menopausa foram 53,0 ($\pm 4,8$) anos e 60,5 ($\pm 3,4$) anos.

Tabela 7 - Distribuição da frequência, percentual, média de idade, desvio padrão e teste t student das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino segundo o estado menopausal, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Estado menopausal	N	%	Média Idade (anos)	DS	t student ³
Pré-menopausa (a)	58	21,8	41,7	4,7	<p>p<0,01 (a e c)</p> <p>p=0,457 (a e b)</p> <p>p<0,01 (b e c)</p>
Perimenopausa (b)	108	40,7	41,6	4,5	
Pós-menopausa (c)	99	37,3	53,0	7,3	

³ Teste T Student para verificação das diferenças entre as médias obtidas

Ao analisar o percentual de mulheres que estavam em peri e pós-menopausa, verificaram-se os seguintes resultados: 40,7% e 37,3% (Tabela 7). Igualmente, ELAVSKY et al. (2009) obtiveram valores similares, em que 41% das mulheres estavam em peri e 32% em pós-menopausa.

Em investigação realizada por SOUZA et al. (2005), os percentuais de mulheres na pré, peri e pós-menopausa foram de 31,7%, 23,6% e 41,3%, respectivamente.

GRACIA et al. (2007) constataram que a frequência de mulheres em perimenopausa girava em torno de 44% e em pós-menopausa, ao redor dos 19%. WHITCOMB et al. (2007) verificaram que 47,3% das mulheres estavam em peri e 52,7% encontravam-se em pós-menopausa. FERNANDES & ROZENTHAL (2008) identificaram 24,3% mulheres em pré-menopausa, 22,8% em perimenopausa e 52,9% em pós-menopausa.

4.1.7 Caracterização das mulheres de acordo com o estado menopausal segundo dados relacionados à saúde e doença

Segundo a Tabela 8 há uma tendência crescente no aumento da frequência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial entre as mulheres nas fases de peri e pós-menopausa, representada por 27 (34,1%) e 46 (58,2%), respectivamente. Após a aplicação do Modelo de Regressão de Poisson, controlando-se a idade, há significância estatística entre as mulheres na pré-menopausa quando comparadas às que estavam em perimenopausa, ou seja, quando se acentua o hipoestrogenismo, em que se obteve $p < 0,05$ e IC95%: 1,07 – 5,49. Na fase de pós-menopausa, não houve relevância estatística, em decorrência de sua possível associação com a idade, interagindo como possíveis fatores contribuintes para a ocorrência de tais doenças. Assim, menstruar regularmente pode conferir certa proteção às mulheres em relação às doenças crônico-degenerativas na fase de pré-menopausa.

“O fato de a incidência de doença cardiovascular ser menor em mulheres na idade reprodutiva e tornar-se similar à do homem após a menopausa levantou a possibilidade de que o estrógeno fosse protetor para eventos cardiovasculares”
(LUBIANCA et al., 2008, p.222).

Segundo a literatura, a idade de ocorrência da menopausa estaria associada diretamente ao desencadeamento de eventos

cardiovasculares. Quanto mais precoce a interrupção dos ciclos menstruais, maior o tempo de exposição ao hipoestrogenismo e o risco cardiovascular. Tal hipótese foi elaborada a partir de estudo desenvolvido por ATsMA et al. (2006), os quais verificaram um risco relativo de 1,25 (IC 95%: 1,15 – 1,35). Acrescentam ainda que, após controle para idade e fumo, o efeito encontrado foi de 1,38 (IC 95%: 1,21 – 1,58). O referido estudo buscou obter estimativas do risco de doença cardiovascular associado com o status pós-menopausa e menopausa precoce. Assim, a menopausa precoce (antes dos 40 anos) pode estar associada com o aumento do risco de doenças cardiovasculares.

Visualizam-se na Tabela 7 diferenças significativas quanto aos aspectos adoecimento, doenças diagnosticadas e uso de medicamentos entre as mulheres que estavam em pré-menopausa e as que se encontravam na pós-menopausa, com os níveis de significância estatística encontrados de $p < 0,01$. Entretanto, após proceder-se à análise multivariada, controlando-se o fator idade, não foram obtidas diferenças significativas entre os grupos analisados. Isto permite constatar que o aumento na frequência dessas características nas fases de peri e pós-menopausa possivelmente apresentam uma interferência do fator idade.

Tabela 8 - Distribuição da frequência e percentual das características de saúde e doença segundo o estado menopausal das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Característica	Total		Pré-menopausa		Perimenopausa		Pós-menopausa		p ⁴
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Diabetes/Hipertensão									< 0,01
Sim	79	29,8	6	7,6	27	34,2	46	58,2	
Não	186	70,2	52	27,9	81	43,6	53	28,5	
Saudável									< 0,01
Sim	180	67,9	50	27,8	72	40,0	58	32,2	
Não	85	32,1	8	9,4	36	42,4	41	48,2	
Adoeceu no último mês									< 0,01
Sim	29	10,9	2	6,9	10	34,5	17	58,6	
Não	236	89,1	56	23,7	98	41,5	82	34,8	
Doença diagnosticada									< 0,01
Sim	117	44,1	18	15,4	41	35,0	58	49,6	
Não	148	55,9	40	27,0	67	45,3	41	27,7	
Usa medicamentos									< 0,01
Sim	120	45,3	15	12,5	39	32,5	66	55,0	
Não	145	54,7	43	29,6	69	47,6	33	22,8	

⁴ Teste Qui-Quadrado de Pearson

Na Tabela 8, é interessante ressaltar que os dados referentes a não considerar-se saudável tendem a apresentar-se com maior frequência nas fases de peri e pós-menopausa, evidenciados por 72 (40,0%) e 58 (32,2%), respectivamente. Após análise multivariada, utilizando o Modelo de Regressão de Poisson, constatou-se a existência de associação estatística significativa entre mulheres na pré e perimenopausa, indicado por $p < 0,05$ e IC95%: 1,05 – 1,29. Na fase de pós-menopausa não houve significância, em decorrência da sua possível associação com o fator idade.

4.1.8 Caracterização das mulheres quanto a sintomas referidos (dor nas articulações, mudança quanto ao desejo sexual, tristeza, dificuldade de concentração e esquecimento) segundo o estado menopausal

Na tabela 9 estão apresentados alguns sintomas referidos pelas mulheres estudadas, segundo o seu estado menopausal.

A presença de dor nas articulações foi mais frequente na pós-menopausa, representada por 46 casos (55,4%) (Tabela 9). DENNERSTEIN et al. (2000) haviam encontrado valor similar a este, em que 57% das mulheres incluídas em seus estudos referiam dor nas articulações na fase de pós-menopausa. Em estudo de KAPUR et al. (2009), os relatos de dor nas articulações estiveram presentes para 55,8% das mulheres pesquisadas.

Por meio do Teste Qui-Quadrado de Pearson, constatou-se uma significância estatística ($p < 0,01$) com relação à queixa de dor nas articulações, quando comparadas as mulheres em pós-menopausa com as que se encontravam em pré-menopausa. Entretanto, devido à dor nas articulações ter ocorrido com maior frequência na fase de pós-menopausa, possivelmente tal característica apresenta uma associação com o fator idade.

A ocorrência de diminuição do desejo sexual ($p<0,044$), sentimentos de tristeza ($p<0,01$), dificuldade de concentração ($p<0,01$) e dificuldades com a memória ($p<0,01$) foi significativamente maior entre as mulheres perimenopáusicas, quando comparadas com as pré-menopáusicas, o que pode ser justificado pelas oscilações hormonais que se acentuam nessa fase, culminando com a interrupção dos ciclos menstruais (menopausa).

A presença de dor nas articulações durante as fases de peri e pós-menopausa havia sido reportada em outros estudos. LORENZI et al. (2005a) obtiveram que 77,5% das mulheres entrevistadas queixaram-se de dor nas articulações. FREEMAN et al. (2007) verificaram que na transição menopausal foram relatadas dores nas articulações por 75% das mulheres e no estágio de pós-menopausa por 72%. Os autores destacam que a idade esteve associada com a gravidade da dor nas articulações e dificuldade para movimentação ($p<0,01$). A associação foi observada apenas no grupo etário de 45 ou mais. Esse dado contribui para a possível relação sugerida pelo presente estudo, a de uma provável existência de associação entre a idade e o processo de envelhecimento com a presença de dor nas articulações e, talvez, não ao estado menopausal somente.

Tabela 9 - Distribuição da frequência e percentual dos sintomas referidos segundo o estado menopausal das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Característica	Total		Pré-menopausa		Perimenopausa		Pós-menopausa		p ⁵
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Dor nas articulações									< 0,01
Sim	83	31,3	7	8,4	30	36,2	46	55,4	
Não	182	68,7	51	28,0	78	42,9	53	29,1	
Mudança quanto ao desejo sexual									0,044
Aumentou	10	11,0	3	30,0	5	50,0	2	20,0	
Diminuiu	79	89,0	10	12,7	44	55,7	25	31,6	
Sente tristeza									< 0,01
Sim	117	44,1	9	7,7	59	50,4	49	41,9	
Não	148	55,9	49	33,1	49	33,1	50	33,8	
Dificuldade de concentração									< 0,01
Sim	84	31,7	5	5,9	42	50,0	37	44,1	
Não	181	68,3	53	29,3	66	36,5	62	34,2	
Esquecimento									
Sim	142	53,6	8	5,6	70	49,3	64	45,1	
Não	123	46,4	50	40,6	38	30,9	35	28,5	

⁵ Teste Qui-Quadrado de Pearson

Quanto à libido (Tabela 9), a diminuição do desejo sexual esteve presente para 55,7% das mulheres em perimenopausa e para 31,6% daquelas que estavam em pós-menopausa. Pode-se destacar que resultados similares a esses foram constatados por outros autores (FREEMAN et al., 2007; NAPPI & NIJLAND, 2008; KAPUR et al., 2009).

Quanto ao aspecto emocional, a tristeza foi mais evidente na fase de perimenopausa, em que foi relatada por 59 (50,4%) das mulheres entrevistadas. Na pós-menopausa, a frequência foi de 41,9% (Tabela 9).

Outros estudos citaram a tristeza como uma queixa referida pelas mulheres nos períodos de transição menopausal e pós-menopausa em que os resultados encontrados foram similares (KAPUR et al., 2009) ou discordantes (LORENZI et al., 2005a) aos achados da presente pesquisa.

No que se refere à dificuldade de concentração, os dados apresentados na Tabela 9 permitem inferir que durante a fase de perimenopausa o seu percentual aumentou, representado por 50,0% das entrevistadas (Tabela 9). Estudo recente (KAPUR et al., 2009) investigou a presença desse sintoma cognitivo entre mulheres de 30 a 65 anos, encontrando um percentual de 48,4% na pós-menopausa recente (até 5 anos após a menopausa) e de 26,9% na pós-menopausa tardia (5 anos ou mais após a menopausa). Dado similar ao que foi encontrado no presente estudo na fase de pós-menopausa, correspondente a 44,1%.

O esquecimento foi citado por 70 (49,3%) das mulheres perimenopáusicas e por 64 (45,1%) na fase de pós-menopausa (Tabela 9). Dados similares foram encontrados por GOLD et al. (2000), em que o esquecimento foi relatado por 44,4% das mulheres em transição para a menopausa e por 42% das mulheres em pós-menopausa.

4.1.9 Caracterização das mulheres quanto aos sintomas referidos (ondas de calor, dificuldade para dormir, secura vaginal e irritação) segundo o estado menopausal

Conforme visualiza-se na Tabela 10, a ocorrência de ondas de calor foi maior no grupo pós-menopáusico ($p < 0,01$), ao passo que as queixas relacionadas à irritabilidade predominaram no grupo perimenopáusico ($p < 0,01$), atingindo o percentual de 61,6% e 60,4%, respectivamente. Em relação ao sono e ressecamento vaginal, não se verificou diferenças entre os grupos avaliados.

As ondas de calor foram relatadas por 57,6% das mulheres em pós-menopausa recente e por 46,1% em pós-menopausa tardia (KAPUR et al., 2009). PEDRO et al. (2003b), por sua vez, constataram que o percentual de fogachos na perimenopausa foi de 77,9% e na pós-menopausa, de 77,8%.

OHAYON (2006) identificou que a frequência das ondas de calor na perimenopausa girava em torno de 79,0% e na pós-menopausa, ao redor de 39,3%.

Tabela 10 - Distribuição da frequência e percentual dos sintomas referidos segundo o estado menopausal das mulheres cadastradas no Módulo de Saúde da Família Ruy Lino, no município de Rio Branco – Acre – Brasil, 2008.

Característica*	Total		Perimenopausa		Pós-menopausa		p ⁶
	N	%	N	%	N	%	
Ondas de calor							< 0,01
Sim	108	52,2	42	38,9	66	61,1	
Não	99	47,8	66	66,7	33	33,3	
Dificuldade para dormir							0,328
Sim	37	18,0	22	59,5	15	40,5	
Não	170	82,0	86	50,6	84	49,4	
Secura vaginal							0,778
Sim	49	25,7	31	63,3	18	36,7	
Não	96	74,3	63	65,6	33	34,4	
Irritação							< 0,01
Sim	139	52,5	84	60,4	55	39,6	
Não	68	47,5	24	35,3	44	64,7	

⁶ Teste Qui-Quadrado de Pearson

* Para essa análise foram excluídas as mulheres na pré-menopausa, por não terem apresentado esses sintomas

O resultado obtido por FREEMAN et al. (2007) de 73% de ondas de calor na pós-menopausa é superior ao encontrado na presente investigação (66%).

Constatou-se que as frequências de fogachos entre os diferentes estudos mostraram-se discordantes, mas de um modo geral pôde ser evidenciado que há uma tendência a permanecerem elevadas durante a fase de pós-menopausa.

A dificuldade para dormir, que não apresentou relevância estatística em relação às fases de peri e pós-menopausa neste estudo, esteve presente para 22 (59,5%) das mulheres em transição para a menopausa e para 15 (40,5%) das mulheres em pós-menopausa (Tabela 10). Igualmente FREEMAN et al. (2007) evidenciaram que a dificuldade para dormir não estava associada com os estágios de transição menopausal e pós-menopausa, mesmo após o controle de possíveis fatores de confusão através de análise multivariada.

Os dados citados anteriormente não coincidem com os de outros pesquisadores, os quais demonstraram um déficit na qualidade do sono e a maior ocorrência de insônia entre mulheres na peri e pós-menopausa (PEDRO et al., 2003b; CAMPOS et al., 2005; LORENZI et al., 2005a; OHAYON, 2006; FREEDMAN & ROEHRS, 2007; NAPPI & NIJLAND, 2008; KAPUR et al., 2009).

A secura ou ressecamento vaginal, que nesta investigação não manteve associação com as fases de transição menopausal e pós-menopausa foi citada por 31 (63,3%) das mulheres em peri e por 18 (36,7%) na fase de pós-menopausa (Tabela 10). FREEMAN et al. (2007) verificaram que a secura vaginal, bem como a diminuição da libido, não estava associada com os estágios de transição menopausal e pós-menopausa em ambas as análises, tanto bi quanto multivariada.

No que se refere à irritação, que esteve fortemente associada aos grupos analisados, foi reportada por 84 (60,4%) das entrevistadas em perimenopausa e por 55 (39,6%) das mulheres em pós-menopausa (Tabela 10).

Resultados semelhantes aos da presente pesquisa foram encontrados por outros autores (PEDRO et al., 2003b; LORENZI et al., 2005a; NAPPI & NIJLAND, 2008; KAPUR et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os dados da presente pesquisa, constata-se que a maioria das mulheres não apresenta um estilo de vida saudável, justamente porque grande parte delas são sedentárias e com elevados índices de massa corporal, fatores que podem contribuir para o aumento do sobrepeso e obesidade, bem como o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas e suas possíveis complicações, evidenciados no estudo em questão.

Neste estudo, encontrou-se a religião como um ponto de apoio, explicando talvez o fato de as mulheres apoiarem-se nela para enfrentar as dificuldades das fases de peri e pós-menopausa, bem como das mudanças significativas em suas vidas ocasionadas em parte pelo processo de envelhecimento.

Identificou-se que o percentual de mulheres que apresentavam diabetes *mellitus* e hipertensão arterial é considerável, bem como daquelas que faziam uso de vários medicamentos, muitas vezes sem a prescrição médica. Tais dados podem ser atribuídos as fases de peri e pós-menopausa, devido à queda e completa cessação na produção dos hormônios sexuais femininos, bem como por uma possível influência do fator idade.

Ressalta-se que durante a pré-menopausa as mulheres apresentavam menos doenças quando comparadas com aquelas que já se encontravam em perimenopausa, evidenciando o possível efeito protetor do estrógeno sobre o organismo feminino.

Entre os sintomas citados, destaca-se que a irritação foi a mais referida, seguida dos fogachos. Ambos apresentaram associação significativa com as fases de peri e pós-menopausa.

A partir da situação exposta, reforça-se a necessidade de intervenções específicas e planejamento adequado de ações de saúde voltadas para a melhoria do estilo de vida dessas mulheres, seja por meio da formação de grupo de mulheres para incentivo à realização de caminhadas, especialmente pela importância da presença de um parque adjacente à região, que favorece a adoção de atividade física, ou por meio de grupos nutricionais que possam estar discutindo acerca de hábitos alimentares mais saudáveis.

Enfim, o Módulo de Saúde da Família Ruy Lino deve estimular ações grupais, envolvendo a equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, para que medidas possam ser planejadas e implementadas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dessas mulheres para que a passagem por essa fase seja mais saudável e para que se possa alcançar o envelhecimento com mais qualidade.

O estímulo à adoção de hábitos saudáveis que possam envolver uma melhoria da qualidade de vida incluem a mudança quanto aos hábitos alimentares, prática regular de atividade física, prescrição adequada de fármacos para alívio dos sintomas das fases de peri e pós-menopausa, estímulo a atividades grupais de lazer e recreação (grupos da terceira idade, por exemplo), bem como o apoio psicológico para a elevação da autoestima e do bem-estar. Tais medidas podem contribuir para a promoção da saúde e prevenção de agravos nessa população.

Espera-se que os resultados do presente trabalho possam contribuir positivamente para futuras políticas de saúde voltadas a uma considerável parcela da população feminina.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACRE. GOVERNO DO ESTADO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Sustentável – SEPLANDS. ACRE EM NÚMEROS, 2006.

ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S. ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas no climatério. **Revista Brasileira de Medicina.** v. 59, p. 15-21, 2002.

ALDRIGHI, J. M. et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v. 51, n. 1, p. 51-53, 2005.

AMORE, M. et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. **Maturitas.** v. 56, p. 303-311, 2007.

ATSMA, F. et al. Postmenopausal status and early menopause as independent risk factors for cardiovascular disease: a meta-analysis. **Menopause.** v. 13, n. 2, p. 265-279, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Revista de Saúde Coletiva.** v. 17, n. 1, p.43-62, 2007.

BASSON, R. The complexities of women's sexuality and the menopause transition. **Menopause.** v. 13, n. 6, p. 853-855, 2006.

BRASIL. Ministério do Trabalho: Classificação Brasileira de Ocupações. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/index.htm>>. Acesso em: 1 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica, n.16, 58p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Caderno de Atenção Básica, n.16, 56p.

_____. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil. INCA, Rio de Janeiro, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 641p.

BRÊTAS, A. C. P.; VIGETA, S. M. G. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1682-689, 2004.

BURGER, H. G. et al. Cycle and hormone changes during perimenopause: the key role of ovarian function. **Menopause**. v. 15, n. 4, p. 603-612, 2008.

CAMPOLIM, S. **A menopausa**. São Paulo: Publifolha, 2002.

CAMPOS, H. H. de et al. Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 12, p.731-736, 2005.

CAMPOS, A. S. et al. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. São Paulo: CESCO, 2005.

CAPILHEIRA, M, F.; SANTOS, I. da S. dos. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, n.3, p.436-443, 2006.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS – CID 10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

10ª revisão, versão 2008. Disponível em: <<http://www.luizmeira.com/cid-10.htm>>. Acesso em: 01 abr. 2009.

COHEN, L. S.; SOARES, C. N.; JOFFE, H. Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition. **The American Journal of Medicine**. v. 118, n. 12b, p. 935-975, 2005.

COSTA, M. F. L.; FILHO, A. I. de L. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 17, n. 4, p. 247-257, 2008.

COSTA, J. S. D. da et al. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 6, p. 1074-1084, 2008.

DENNERSTEIN, L. et al. A prospective population-based study of menopausal symptoms. **Obstetrics & Gynecology**. v. 96, n. 3, p. 351-358, 2000.

DENNERSTEIN, L. Sexuality, midlife, and menopause. **Menopause**. v. 15, n. 2, p. 221-222, 2008.

ELAVSKY, S. Psysical activity, menopause, and quality of life: the role of affect and self-worth across time. **Menopause**. v. 16, n. 2, 2009.

ETTINGER, B. et al. Measuring symptoms relief in studies of vaginal and vulvar atrophy: the most bothersome symptom approach. **Menopause**. v. 15, n. 5, p. 885-889, 2008.

FEBRASGO. **Atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Disponível em: <<http://www.febRASGO.org.br/arquivos/diretrizes/034.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2009.

FERNANDES, C. E.; BARACAT, E. C; LIMA, G. R. de. **Climatério: manual de orientação**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO. São Paulo: Ponto, 2004. 372p.

FERNANDES, R. de C. L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES – D. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 30, n. 3, p. 192-200, 2008.

FERREIRA, T. de F. **Um estudo etnográfico da vivência da mulher na pós-menopausa**. 2003. 198 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola

de Enfermagem de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FILHO, E. A. da S.; COSTA, A. M da. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 3, p. 113-120, 2008.

FREEDMAN, R. R. Hot flashes: behavioral treatments, mechanisms, and relation to sleep. **The American Journal of Medicine**. v. 118, n. 12b, p. 124-130, 2005.

FREEDMAN, R. R.; ROEHRS, T. A. Sleep disturbance in menopause. **Menopause**. v. 14, n. 5, p. 826-829, 2007.

FREEMAN, E. W. et al. Symptoms associated with menopausal transition and reproductive hormones in midlife women. **Obstetrics & Gynecology**. v. 110, n. 2, p.230-240, 2007.

GOLD, E. B. et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. **American Journal of Epidemiology**. v. 152, n. 5, p. 463-473, 2000.

GRACIA, C. R. et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. **Menopause**. v. 2, n.12, p.128-135, 2005.

GRACIA, C. R. et al. M. Hormones and sexuality during transition to menopause. **The American College of Obstetricians and Gynecologists**. v. 109, n. 4, 2007.

GREER, G. **Mulher, maturidade e mudança**. São Paulo: Augustus, 1994. 420p.

GYLLSTROM, M. E.; SCHREINER, P. J.; HARLOW, B. L. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology**. v. 21, n. 2, p. 275-292, 2007.

GOPAL, M. et al. Association of change in estradiol to lower urinary tract symptom during the menopausal transition. **Obstetrics & Gynecology**. v. 112, n. 5, p. 1045-1052, 2008.

HALBE, A. F. P. Aspectos emocionais do climatério. In: PINOTTI, J. A.; HALBE, H. W.; HEGG, R. **Menopausa**. São Paulo: Roca, 1995.

HALBE, H. W.; FONSECA, A. M. da.; PINOTTI, J. A. Epidemiologia do climatério. In: SAMPAIO, N. A. P. et al. **Síndromes climatéricas**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est/diretorios.php?caminho=./pub/Censos/Censo_Demografico_2000>. Acesso em: 26 jun. 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Registro Civil – 2007**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/notasticas.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábuas Completas de Mortalidade – 2007**. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1275&id_pagina=1>. Acesso em: 08 abr. 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população 2007**. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/AC.pdf>>.

Acesso em: 26 jun. 2009.

JÚNIOR, N. L. C. de A.; ATHANAZIO, D. A. Terapia de reposição hormonal e o câncer do endométrio. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 11, p. 2613-2622, 2007.

KAPUR, P.; SINHA, B.; PEREIRA, M. J. Measuring climacteric symptoms and age at natural menopause in an Indian population using the Greene Climacteric Scale. **Menopause**. v. 16, n.2, p.1-7, 2009.

KLEIN, E. P. **Santos da Floresta: cultura e religião entre os seringueiros do Acre**. Rio Branco: Editora da UFAC, 2003. 68p.

LIMA, D. B. et al. Escolas promotoras de saúde: parceria entre saúde e educação para uma vida melhor. **Centro Universitário São Camilo**. v. 12, n. 1, p. 84-91, 2006.

LOPES, H. F.; DRAGER, L. F. Hipertensão arterial. In: LOPES, A. C. **Tratado de Clínica Médica**. São Paulo: Roca, 2006. v.1.

LORENZI, D. R. S. de et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 1, p. 12-19, 2005a.

LORENZI, D. R. S. de et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n.8, p. 479-484, 2005b.

LORENZI, D. R. S. de et al. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 52, n.5, p. 312-7, 2006.

LORENZI, D. R. S. de et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 62, n. 2, p. 287-293, 2009.

LUBIANCA, J. N.; VALLE, F. H.; FUCHS, F. D. Menopausa e hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 15, n. 4, p. 222-224, 2008.

LUDERMIR, A. B.; FILHO, D. A. de M. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MARTINELLI, L. M. B. et al. Quality of life and its association with cardiovascular risk factors in a Community Health Care Program population. **Clinics**. v. 63, n. 6, p. 783-788. 2008.

MONTGOMERY, M. **A mulher e seus hormônios.... – enfim em paz.** São Paulo: Integrare Editora, 2006. 174p.

NAPPI, R. E.; NIJLAND, E. A. Women's perception of sexuality around the menopause: Outcomes of a European telephone survey. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.** v. 137, p. 10-16, 2008.

NOTELOVITZ, M. Climacteric medicine and science: a societal need. In: Notelovitz, M. **The climacteric in perspective.** Lancaster: M T P Press, p. 19-21, 1986.

OHAYON, M. M. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. **Arch Intern Med.** v. 166, p. 1262-1268, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

ORSATTI, F. L. et al. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não-transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 30, n.4, p. 182-189, 2008.

PEDRO, A. O. et al. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultado de um inquérito populacional domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 1, p. 07-25, 2003a.

PEDRO, A. O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Revista de Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 735-742, 2003b.

PEREIRA, L. M. M. **Conhecimento sobre prevenção do câncer de mama das mulheres atendidas em Unidades de Saúde da cidade de Rio Branco – Acre**. 2003. 30 p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde). Secretaria Estadual de Saúde, Universidade Federal do Acre, Rio Branco.

PRADO, M. del. et al. Evaluación de la calidad de vida em mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). **Rev. Méd. Chile**. v.136, p. 1511-1517, 2008.

PRANDI, R. Converter indivíduos, mudar culturas. **Tempo social, revista de sociologia da USP**. v. 20, n. 2, p. 155-172, 2008.

PRESOTO, L. H. **Promoção da saúde e qualidade de vida do trabalhador em hospitais estaduais da cidade de São Paulo**. 2008. Tese (Doutorado

em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, A. Q. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. **Revista de Saúde Pública**. v. 42, n. 4, p. 724-732, 2008.

ROCHA, C. H. et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13 (supl), p. 703-710, 2008.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.

ROZENFELD, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 437- 442, 2007.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Censo Brasileiro de Diabetes**.

Disponível

em:

<<http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Debates/index.php?id=1699>>.

Acesso em: 01 abr. 2009.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. **I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica**. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/arquivos/22.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

SCLOWITZ, I. K. T.; SANTOS, I. da S. dos.; SILVEIRA, M. F. da. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 2, p. 469-81, 2005.

SHERMAN, S.; MILLER, H. Introduction. **The American Journal of Medicine**. v. 118, n. 18b, p.1-2, 2005.

SOARES, C. N.; PROUTY, J.; POITRAS, J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 24 (supl I), p. 48-54, 2002.

SOARES, C. N. Insônia na menopausa e perimenopausa – características clínicas e opções terapêuticas. **Rev. Psiq. Clín.** v. 33, n. 2, p.103-109, 2006.

SOARES, C. N. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? **Menopause**. v. 15, n. 2, p. 207-209, 2008.

SOUZA, C. L.; ALDRIGHI, J. M.; FILHO, G. L. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 51, n. 3, p.170-176, 2005.

SPRITZER, P. M.; WENDER, M. C. O. Terapia hormonal na menopausa: quando não usar. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 51, n. 7, p. 1058-1063, 2007.

THURSTON, R. C. et al. Physical activity and risk of vasomotor symptoms in women with and without a history of depression: results from the Harvard Study of Moods and Cycles. **Menopause: The Journal of the North American Menopause Society.** v. 13, n. 4, p. 553-560, 2006.

VITOR, R. S. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 13 (supl), p. 737-743, 2008.

WAETJEN, L. E. et al. Factors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. **Obstetrics & Gynecology.** v. 111, n. 3, p. 667-677, 2008.

WHITCOMB, B. W. et al. Physical activity and risk of hot flashes among women in midlife. **Journal of women's health.** v. 16, n. 1, p. 144-153, 2007.

WOMEN'S HEALTH INITIATIVE. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from Women's Health Initiative randomized controlled trial. **JAMA.** v.288, n.3, p. 321-333, 2002.

WOODS, N. F.; MITCHELL, E. S. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. **The American Journal of Medicine**. v. 118, n. 12b, p.14-24, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: Who, 1995. (Who – Technical Report Series, 854).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report on the global tobacco epidemic, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>>. Acesso em: 06 jul. 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E SÓCIO-ECONÔMICOS

1. Idade: _____ anos

2. Condição Marital (Estado Civil Atual)

1. Solteira ()
2. Casada ()
3. Divorciada/ Separada Judicialmente ()
4. Viúva ()

3. Grau de escolaridade – Anos de estudo: _____ anos

4. Profissão: _____

5. Atualmente você?

1. Trabalha ()
2. Trabalha eventualmente ()
3. Não trabalha ()

6. Em caso de não, qual a ocupação desempenhada por você no passado?

7. Quanto você ganha mensalmente? _____ reais

8. Qual a sua renda familiar mensal? _____ reais

9. Quem é o responsável pela manutenção do lar?

10. Você mora?

1. Só ()
2. Acompanhada ()

11. Se acompanhada, com quem mora? OBS: Registrar o nº entre parênteses.

1. Esposo ()
2. Filha ()
3. Filho ()
4. Nora ()
5. Genro ()
6. Irmã ()
7. Irmão ()
8. Cunhada ()
9. Cunhado ()
10. Outro. Qual? _____

12. Quantos cômodos têm a sua casa? _____

13. Quantos quartos têm sua casa? _____

14. A sua casa tem rede de água encanada?

1. Sim ()
2. Não ()

15. A sua casa tem rede de energia elétrica?

1. Sim ()
2. Não ()

16. Você é natural de? _____

17. Você faz atividades domésticas de casa?

1. Sim ()
2. Não ()

18. Se não, por quê? _____

II – DADOS SOBRE ATIVIDADES DE LAZER E RECREAÇÃO

19. Você pratica algum exercício?

1. Sim () 2. Não ()

20. Se sim, qual? _____

21. Este exercício físico é:

1. Diário () 2. Semanal ()
3. Mensal () 4. Esporádico ()

22. Quanto tempo você desenvolve esta atividade? _____

23. A sua atividade física é:

1. Individual () 2. Grupal ()

24. Há quanto tempo você pratica este exercício? _____

25. Que tipo de lazer ou recreação você gosta? _____

26. Você consegue praticá-lo?

1. Sim () 2. Não

27. Se sim, com qual regularidade? _____

28. Se não, por quê? _____

29. Você costuma sair de casa para passeios e atividades de diversão?

1. Sim () 2. Não ()

30. Se sim, com que regularidade? _____

31. Se não, por quê? _____

32. Você vai a festas?

1. Sim () 2. Não ()

33. Se não, por quê? _____

34. Você costuma viajar?

1. Sim () 2. Não ()

35. Se não, por quê? _____

III – DADOS SOBRE SAÚDE E DOENÇA

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____
Pressão Arterial: _____

36. Você se considera saudável?

1. Sim () 2. Não ()

37. Você teve algum problema de saúde/doença no último mês?

1. Sim () O que apresentou? _____

2. Não ()

38. Se sim, você procurou atendimento de saúde para este problema/doença?

1. Sim () 2. Não ()

39. Se não, por quê? _____

40. Você tem alguma doença diagnosticada pelo médico?

1. Sim () 2. Não ()

41. Se sim, há quanto tempo? _____

42. Você procurou algum tipo de assistência ou faz algum controle para esse problema / doença?

1. Sim () 2. Não ()

43. Se não, por quê? _____

44. Você já esteve internada alguma vez? 1. Sim () 2. Não ()

45. Em caso de sim, por qual motivo? _____

46. Você faz exame de osteoporose? 1. Sim () 2. Não ()

47. Se sim, com que regularidade? _____

48. Há quanto tempo fez o último exame? _____

49. Você consulta regularmente o médico? 1. Sim () 2. Não ()

50. Se sim, com que regularidade? _____

51. Se não, por quê? _____

52. Quando foi a sua última consulta? _____

53. Você toma remédio regularmente? 1. Sim () 2. Não ()

54. Se sim, quais? _____

55. Quanto você gasta mensalmente com a compra de medicamentos? _____

56. Você fuma cigarro? 1. Sim () 2. Não ()

57. Se sim, qual é a quantidade por dia? _____

58. Há quanto tempo você fuma? _____

IV – DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS E SINTOMAS LIGADOS À PERI E PÓS-MENOPAUSA

59. Idade a menarca: _____ anos

60. Idade a última gestação: _____ anos

61. Número de gestações: _____

62. Quantos filhos vivos você possui? _____

63. Você ainda menstrua?

1. Sim () 2. Não ()

64. Se não, quando foi a sua última menstruação?(Mês/ Ano) _____

65. Se sim, ela continua sendo regular?

1. Sim () 2. Não ()

66. Quando ela se tornou irregular? _____ (Meses/ Anos)

67. O intervalo entre elas tem aumentado cada vez mais?

1. Sim () 2. Não ()

68. Desde quando? _____

69. Você tem sentido alguma alteração no seu corpo?

1. Sim () 2. Não ()

70. Você já sentiu ondas de calor?

1. Sim () 2. Não ()

71. Se sim, há quanto tempo? _____

72. Elas lhe incomodam?

1. Sim () 2. Não ()

73. Se sim, por quê? _____

74. Você sente dificuldade para dormir?

1. Sim () 2. Não ()

75. Se sim, há quanto tempo? _____

76. Isto lhe incomoda?

1. Sim () 2. Não ()

77. Se sim, por quê? _____

78. Você teve alteração de peso ultimamente?

1. Aumentou () 2. Diminuiu ()
3. Não alterou ()

79. Você sente dor nas articulações?

1. Sim () 2. Não ()

80. Se sim, há quanto tempo? _____

IV – DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS E SINTOMAS LIGADOS À PERI E PÓS-MENOPAUSA

81. Isto lhe incomoda?

1. Sim () 2. Não ()

82. Se sim, por quê? _____

83. Você já sentiu dificuldade em controlar o desejo de urinar?

1. Sim () 2. Não ()

84. Se sim, há quanto tempo? _____

85. Você percebeu mudança quanto ao desejo sexual?

1. Aumentou () 2. Diminuiu () 3. Não alterou ()

86. Você está satisfeita com a sua vida sexual?

1. Sim () 2. Não ()

87. Se não, por quê? _____

88. Você considera que seu parceiro está satisfeito com a vida sexual de vocês?

1. Sim () 2. Não ()

89. Se não, por quê? _____

90. Você percebe secreta vaginal durante as relações sexuais?

1. Sim () 2. Não ()

91. Se sim, com que frequência? _____

92. Você sente-se triste com facilidade?

1. Sim () 2. Não ()

93. Você tem dificuldade de concentração?

1. Sim () 2. Não ()

94. Você tem apresentado esquecimento ou alterações de memória?

1. Sim () 2. Não ()

95. Você sente-se irritada ou impaciente com as outras pessoas?

1. Sim () 2. Não ()

96. Você já acordou à noite apresentando tontura/vertigem?

1. Sim () 2. Não ()

97. Qual dos sintomas anteriormente citados mais lhe incomoda?
Por quê? _____

98. Você faz uso de Terapia de Reposição Hormonal?

1. Sim () 2. Não ()

99. Se sim, há quanto tempo? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Perfil de saúde de mulheres no período peri e pós-menopausa pertencentes a uma unidade de saúde pública do Estado do Acre

Estamos lhe convidando para participar de um projeto de pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP em convênio com a Universidade Federal do Acre – UFAC.

A presente pesquisa não oferece riscos aos seus participantes e objetiva: descrever a saúde de mulheres que tem idade entre 35 e 65 anos e que já podem apresentar problemas com a menstruação e que são cadastradas em uma unidade de saúde pública do Estado do Acre.

A sua participação neste estudo é livre e voluntária, tendo como garantia de que será mantido o seu anonimato e que caso não queira mais participar da pesquisa pode sair a qualquer momento sem prejuízo na continuidade do atendimento na unidade de saúde.

Todas as declarações serão usadas somente para fins desse estudo e os resultados da pesquisa destinar-se-ão a elaboração de trabalhos de pesquisa e/ou publicações científicas.

Comprometo-me também, a dar um retorno quanto aos dados obtidos, de forma a que o Programa de Atenção à Saúde da Mulher do Módulo de Saúde da Família Rui Lino possa utilizá-los para o benefício da população e para o fortalecimento de políticas públicas e do Sistema Único de Saúde.

Estarão garantidos o sigilo, privacidade, anonimato e ausência de qualquer tipo de punição para as mulheres que participarem da pesquisa e também para aquelas que se recusarem a participar da pesquisa.

Quaisquer esclarecimentos ou dúvidas quanto aos objetivos da pesquisa, consultar os Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Fica assegurado uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao participante da pesquisa.

Rio Branco – Acre, 28 de setembro de 2008.

Assinatura do Participante

Pesquisadora responsável:

Andréa Ramos da Silva COREN AC nº 116.776

Contato: (68) 39012584

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre

Tel: (68) 39012544

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP

Tel: (11) 30617742

Impressão Digital

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFAC

NOME DO PROJETO: "Perfil de saúde de mulheres no período peri e pós-menopausa pertencentes a uma Unidade de Saúde Pública do Estado do Acre".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Andréa Ramos da Silva

INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: Universidade Federal do Acre - UFAC

ÁREA TEMÁTICA: GRUPO III

PARECER

Trata-se de um Projeto de Pesquisa cujo objetivo é delinear o perfil de saúde das mulheres que vivenciam a peri e pós-menopausa cadastradas em uma Unidade de Saúde Pública do Estado do Acre;

Caracterizar as mulheres nesta fase de acordo com aspectos sócio-econômicos e culturais; e

Identificar a prevalência das doenças que afetam estas mulheres.

Consideramos que o projeto apresenta clareza, objetividade, concisão, completude, fundamentação teórica, diretividade, adequação às normas, valor científico, adequação da metodologia aos objetivos propostos, a devida consciência de respeito aos sujeitos da pesquisa.

Após a verificação do projeto de pesquisa quanto à sua adequação às normas da Resolução 196/96 do CONEP, que dizem respeito ao preenchimento de Folha de Rosto da Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, termo de acéite do órgão onde a pesquisa será realizada, somos de parecer favorável à sua aprovação.

É o parecer.

Rio Branco-Acre, 18 de julho de 2008.

Relator:

Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/046/09

PROTOCOLO	1832
PROJETO DE PESQUISA	PERFIL DE SAÚDE DE MULHERES NO PERÍODO PERI E PÓS-MENOPAUSA PERTENCENTES A UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO ACRE
PESQUISADOR(A)	Andréa Ramos da Silva Bessa
ÁREA TEMÁTICA	Grupo III

São Paulo, 18 de fevereiro de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP **analisou**, em sua **1.º/09 Sessão Extraordinária**, realizada em **13/02/2009**, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou que as recomendações anteriormente apresentadas por este COEP foram atendidas. Protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública - USP

Figura 4 - Coleta de dados: missão por vezes difícil de ser realizada

Figura 5 - O abraço gratificante motivava a seguir adiante

Figura 6 - Aferição da pressão arterial pela acadêmica de Enfermagem

Figura 7 - Verificação do peso pela acadêmica de Enfermagem

Figura 8 - Módulo de Saúde da Família Ruy Lino

Figura 9 - Na área externa do Módulo há um chapéu de palha que é utilizado para a realização de palestras

PREFEITURA MUNICIPAL DE
RIO BRANCO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DRCA
Departamento de Regulação
Controle e Avaliação

Chefe da Divisão de Avaliação
Ana Cristina M.S. Carvalho

Criação e Execução
Paulo Renato Noronha Dantas

USF - Ruy Lino

Igrejas

Terrenos Baldios

Residências

MA Microáreas

Legenda

Residência do ACS

Apartamentos

Comércio

Limitação de Áreas

SEG 13 Área 061 Total de Famílias 988