

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

***Mulheres no climatério: nível de informações,  
ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de  
uma intervenção psicológica***

*Jaqueline Rodrigues da Cunha Netto*

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,  
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como  
parte das exigências para a obtenção do título de  
Mestre em Ciências, Área: Psicologia

RIBEIRÃO PRETO - SP  
2002

Netto, Jaqueline R. da Cunha

Mulheres no climatério: nível de informações, ansiedade, depressão, qualidade de vida e resultados de uma intervenção psicológica. Ribeirão Preto, 2002  
130 p.

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientador: Gorayeb, Ricardo.

1.Saúde da mulher. 2. Climatério. 3. Intervenção psicológica

*Dedico este trabalho à inesquecível  
amiga e companheira de trabalho  
Maria Cristina R. Maia (in memoriam),  
por ter me dado o primeiro incentivo  
na busca deste objetivo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Gorayeb que com sua competência e dedicação esteve ao meu lado, ajudando a vencer as dificuldades de se realizar uma pesquisa, e também compartilhando a alegria de cada etapa vencida.

A todas as mulheres que compartilharam comigo suas histórias e experiências de uma fase tão importante de suas vidas: o climatério.

Ao Levi, meu marido e companheiro, que com seu amor e entusiasmo tem me ajudado a crescer como profissional e mulher.

À minha família e aos meus amigos, pelo apoio, carinho e compreensão, fundamentais para a realização deste projeto.

À psicóloga Lídia C. Romeu, com quem tive o prazer de desenvolver o primeiro grupo de mulheres no climatério; experiência que fez crescer em mim o interesse pelo tema.

À Equipe do Serviço de Psicologia (Campus) do HCFMRP-USP, que compartilhou comigo todos os momentos deste trabalho, sempre com carinho, atenção e amizade.

Às amigas Cidinha, Fernanda, Camila, Elke e Celiane, pelos incentivos constantes e por sempre me lembrarem que, apesar das dificuldades, iria valer a pena realizar este trabalho.

Às professoras Dra. Marta Edna H. Diogenez Iazlle e Dra. Sueli A. Freire, pelas contribuições valiosas que deram para a finalização deste trabalho.

Aos funcionários do Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato e do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingos Machado da FMRP-USP, pela generosidade com que me acolheram e colaboraram, viabilizando a realização deste estudo.

À Andreza, Cristiane e Elaine, pela contribuição como colaboradoras nos grupos, mas principalmente por vivenciarem comigo as frustrações e alegrias de desenvolver uma pesquisa.

Aos ginecologistas, Dr. Sílvio Antônio Franceschini e Dra. Maristela Carbol Patta, que acompanharam de perto a implementação do trabalho e o desenvolvimento dos grupos de mulheres.

Ao Cássio, estatístico do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da FMRP-USP, pela colaboração na análise estatística dos dados.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Denise e Izilda, pelas colaborações dadas durante a realização deste trabalho.

À Rachel que, com dedicação e muito cuidado, realizou as transcrições dos encontros.

À bibliotecária Maria Cristina M. Ferreira que, com disponibilidade e atenção, orientou quanto às referências e citações bibliográficas.

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	
1.1.	Envelhecimento populacional.....	1
1.2.	Climatério e menopausa.....	3
1.3.	Sintomas do climatério.....	5
1.4.	Climatério e os riscos para a saúde da mulher.....	8
1.5.	A terapia de reposição hormonal.....	9
1.6.	Climatério: fenômeno biopsicossocial.....	12
1.7.	Sexualidade no climatério.....	15
1.8.	Sexualidade e envelhecimento: os mitos.....	17
1.9.	Assistência à mulher climatérica.....	20
2.	MÉTODO	
2.1.	Sujeitos.....	27
2.2.	Considerações éticas.....	28
2.3.	Procedimentos.....	28
2.4.	Materiais e instrumentos.....	34
2.5.	Procedimentos para análise dos dados.....	36

3.	RESULTADOS	
3.1.	Caracterização dos sujeitos.....	39
3.2.	Avaliação do nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida das mulheres que participaram da aplicação inicial dos instrumentos.....	46
3.3.	Análise comparativa: avaliação pré e pós intervenção psicológica.....	54
3.4.	Análise qualitativa da temática sexualidade.....	63
4.	DISCUSSÃO	
4.1.	A intervenção psicológica.....	74
4.2.	Os instrumentos de avaliação.....	78
4.3.	Avaliação do nível de informações.....	79
4.4.	Avaliação da ansiedade e depressão.....	85
4.5.	Avaliação da qualidade de vida.....	87
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
ANEXOS		
A.	Termo de consentimento informado.....	92

B.	Cronograma da intervenção psicológica.....	93
C.	Descrição das técnicas de dinâmica de grupo utilizadas na intervenção psicológica.....	94
D.	Questionário de conhecimentos.....	105
E.	Inventário de ansiedade traço-estado.....	108
F.	Inventário de depressão de Beck.....	110
G.	Instrumento de avaliação de qualidade de vida.....	113
	 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 117



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Variáveis demográficas.....	40
Tabela 2	Variáveis de saúde.....	41
Tabela 3	Variáveis sociais.....	43
Tabela 4	Número de participantes nos encontros.....	44
Tabela 5	Questionário de conhecimentos: informações sobre climatério e menopausa.....	47
Tabela 6	Questionário de conhecimentos: sexualidade.....	49
Tabela 7	Questionário de conhecimentos: envelhecimento.....	50
Tabela 8	Questionário de conhecimentos: hábitos de vida saudáveis.....	51
Tabela 9	WHOQOL-Bref: médias dos sujeitos e pacientes ginecológicas.....	54
Tabela 10	Caracterização dos sujeitos avaliados pré e pós intervenção psicológica.....	55
Tabela 11	Questionário de conhecimentos: porcentagem de respostas e diferenças significativas entre os resultados pré e pós intervenção psicológica.....	56
Tabela 12	IDATE - ansiedade traço: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica.....	60
Tabela 13	IDATE - ansiedade estado: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica.....	61

Tabela 14	WHOQOL-Bref: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica.....	62
Tabela 15	WHOQOL-Bref: médias dos sujeitos e pacientes ginecológicas.....	62

## LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1	Questionário de conhecimentos: porcentagem dos resultados pré e pós intervenção psicológica nas questões que apresentaram significância estatística.....	56
-----------	--	----

## RESUMO

Em decorrência do aumento da expectativa de vida, um número cada vez maior de mulheres tem oportunidade de vivenciar o climatério e a menopausa. O climatério deve ser compreendido como evento biológico determinado pelo contexto sócio-cultural. Para muitas mulheres, em função da desinformação e de mitos, este período é visto negativamente. Este estudo teve como objetivos caracterizar um grupo de mulheres no climatério quanto ao nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida, e verificar os resultados de uma intervenção psicológica, sobre estes aspectos. Os sujeitos foram 45 mulheres com idades entre 45 e 60 anos, divididas em 6 grupos, pacientes do Ambulatório de Ginecologia do Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato e do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingos Machado da FMRP-USP. Foi desenvolvida uma intervenção psicológica, em contexto grupal, com o objetivo de informar sobre a síndrome do climatério, apoiar e preparar psicologicamente as pacientes. A intervenção consistiu em 12 encontros semanais com duração de 1:30 h cada. Visando facilitar a discussão e vivência dos temas propostos (definição de climatério e menopausa, sexualidade, envelhecimento, relacionamentos familiares e processo de envelhecimento), foram utilizadas técnicas de dinâmica de grupo. As participantes, ao início e ao final da intervenção, foram avaliadas quanto ao nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Inventário de depressão de Beck, Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e um questionário, elaborado pelo pesquisador, sobre conhecimentos a respeito do climatério, menopausa, sexualidade, envelhecimento e hábitos de vida saudáveis. Na avaliação inicial do questionário de conhecimentos, as questões referentes ao climatério, menopausa e sexualidade apresentaram os maiores percentuais de respostas incorretas. Nas questões sobre

envelhecimento, os resultados apontaram que a maioria das participantes acredita que a velhice é uma fase possível de ser vivida de maneira positiva. Esse dado é contraditório, quando comparado com o resultado da questão que considera a velhice como uma etapa com consequências apenas negativas. As participantes demonstraram conhecer os comportamentos que podem contribuir para uma vida mais saudável no climatério. Entretanto, a maioria delas relatou não praticá-los. A avaliação inicial apontou que quanto à ansiedade traço e estado, as mulheres avaliadas apresentaram resultados considerados normais quando comparados à padronização. Na avaliação inicial da depressão, as participantes apresentaram alterações no estado de humor (disforia). Em relação à qualidade de vida, na avaliação pré intervenção, os escores apresentados pelas participantes, quando comparados ao estudo normativo, mostraram-se reduzidos nos aspectos psicológicos e sociais. A comparação dos resultados das avaliações pré e pós intervenção mostrou que, no questionário de conhecimentos, houve aumento significativo no percentual de respostas adequadas, nas questões referentes à diferença entre climatério e menopausa, conceitos de climatério e menopausa, finalidade da terapia de reposição hormonal, beleza e sensualidade no climatério. A avaliação final apontou diminuição na média da ansiedade estado comparada à aplicação inicial, o que pode indicar uma contribuição da intervenção neste sentido. Quanto à depressão, a diminuição média dos escores mostra que, após a intervenção, as participantes enquadraram-se na categoria sem depressão. A partir destes resultados, conclui-se que intervenções visando informar e preparar as mulheres para vivenciar o climatério podem contribuir para melhorar a qualidade de vida.

Palavra-chave: Saúde da mulher, climatério e intervenção psicológica

## SUMMARY

Because of the increase in life expectancy, an increasing number of women have the opportunity to experience the climacteric and menopause. The climacteric should be understood as a biological event determined by the sociocultural context . Because of lack of information and popular beliefs, many women have a negative vision of this period. The objective of the present study was to characterize a group of women in the climacteric in terms of extent of information, anxiety, depression and quality of life and to verify the results of a psychological intervention about these aspects. Forty-five women aged 45 to 60 years attended at the Gynecology Outpatient Clinic of the Medical Social and Community Center of Vila Lobato and at the Teaching Health Center Prof. Dr. Joel Domingos Machado, FMRP-USP, were divided into 6 groups. The intervention consisted of 12 weekly meetings lasting 1:30 h each. Group dynamics techniques were used in order to facilitate the discussion and experience of the proposed topics (definition of climacteric and menopause, sexuality, family relations, and aging process). The participants were evaluated at the beginning and at the end of the intervention in terms of level of information, anxiety, depression, and quality of life. The instruments used were the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Depression Inventory, an Instrument for the Evaluation of the Quality of Life (WHOQOL-Bref), and a questionnaire elaborated by the investigator about knowledge concerning the climacteric, menopause, sexuality, aging, and healthy life habits. In the initial evaluation of the questionnaire, the questions referring to climacteric, menopause and sexuality presented the highest percentages of incorrect responses. The replies to the questions about aging indicated that most of the participants believed that old age is a phase of life that can be lived in a positive manner. This is a contradictory result when compared to the responses to the question that considers old age as a stage of life with only negative features. The participants showed that they were aware of the behaviors that can contribute to a healthier life during the climacteric. However, most of them reported that they did not

practice these behaviors. The initial evaluation showed that the results obtained for the women studied were normal when compared to the reference standard with respect to state-trait anxiety. In the initial evaluation of depression, the participants showed changes in mood (dysphoria). With respect to quality of life, the scores obtained in the initial evaluation were found to be reduced in terms of psychological and social aspects when compared to normative studies. Comparison of the pre- and post-intervention evaluations showed that there was a significant increase in the percentage of adequate responses to the questions concerning the difference between climacteric and menopause, the purpose of hormonal replacement therapy, and beauty and sensuality during the climacteric. The final evaluation indicated a decrease in mean anxiety state compared to the initial evaluation, possibly indicating a contribution by the intervention. With respect to depression, the mean decrease in the scores showed that, after intervention, the participants fitted the category without depression. On the basis of these results, we conclude that interventions aiming at informing and preparing women about experiencing the climacteric can contribute to improving the quality of life.

Key-words: Women's health, climacteric and psychological intervention.

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Envelhecimento populacional**

O aumento da expectativa de vida humana, decorrente do desenvolvimento tecnológico, está fazendo com que pesquisadores e profissionais preocupem-se em ampliar os conhecimentos sobre os processos de desenvolvimento da vida adulta, principalmente no que diz respeito à meia-idade e à velhice. Essa preocupação é compreensível, uma vez que o crescimento da população idosa vem sendo observado não só nos países desenvolvidos, mas também no Terceiro Mundo. O envelhecimento populacional tem como causas a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade. O Brasil, em 1950, era o 16º país do mundo em população idosa. Estima-se que até 2025 teremos alcançado o 6º lugar; o que representa um aumento em 15 vezes no número de idosos neste período (VERAS, 1994).

O envelhecimento populacional traz como conseqüência a transição epidemiológica, ou seja,



*“modificações, a longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.”*  
(CHAIMOWICZ, 1997, p.188)

Observa-se, assim, a diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e o aumento do número de mortes por doenças do coração, câncer, causas externas e doenças crônico-degenerativas (PASCHOAL, 1997).

VERAS (1994) demonstra que, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer em 1960 para ambos os sexos, era de 55,9 anos, sendo que em 2020 será de 72,1 anos. Isto significa um aumento de 16,2 anos na esperança de vida ao nascer para os brasileiros, neste período (PASCHOAL, 1997). Segundo o IBGE (2000), no período de 1991-2000, o ganho na esperança de vida, considerando ambos os sexos, foi de 2,59 anos.

As estatísticas brasileiras, quando comparadas por sexo, demonstram que as mulheres têm uma maior expectativa de vida. Este fato pode ser explicado não só pelas questões biológicas, mas também em função das diferenças quanto à exposição a fatores de risco, atitude diante das doenças e diminuição da mortalidade materna (VERAS, 1994). De acordo com dados do IBGE (1984), no período de 1995-2000 a expectativa de vida das

mulheres ao nascer seria 70,4 anos; crescendo para 75,3 anos no período de 2020 a 2025. Os dados do último Censo (IBGE, 2000) apresentam que a expectativa de vida ao nascer, das mulheres, é 72,6 anos.

O aumento da expectativa de vida traz a possibilidade de que um número cada vez maior de mulheres vivencie o climatério e a menopausa. Estima-se que as mulheres devam passar um terço de suas vidas após a menopausa (RODRIGUES & RODRIGUES, 1990; FERNANDES, A., 1995; LANDERDALH, 1997). Assim, torna-se evidente a importância de pesquisas e estudos, bem como de novas modalidades de atendimentos de saúde para a mulher nesta faixa etária.

## **1.2. Climatério e menopausa**

O climatério é definido como o final da vida reprodutiva e o início do envelhecimento, caracterizando-se pelo declínio das funções ovarianas e conseqüentes alterações hormonais (FERNANDES, C. et al., 1995; LANDERDAHL, 1997; ABDO et al., 1997; ABREU, 1998; ALDRIGHI et al., 2000a). Representa um período longo na vida das mulheres, sendo que seu início e a sua duração não têm limites muito precisos. Alguns autores consideram que esta fase inicia-se aproximadamente aos 40-45 anos e termina por volta dos 65 anos (KUBA et al., 1998, FERREIRA, 1999; PINHO NETO, 1999). Para Novelovitz apud SOUZA & ALDRIGHI (2001), o

climatério estende-se dos 35 aos 65 anos, sendo que *“a menopausa é o evento mais marcante deste período”*. O climatério, segundo MARTINS (1996), é constituído por três fases: inicial (35-50 anos), intermediária (51-55 anos) e tardia (55-64 anos).

A menopausa significa a última menstruação definida após 12 meses de ausência de sangramento, sendo um evento natural e universal na vida das mulheres (FEBRASGO, 1995; MONTGOMERY, 1996; ABREU, 1998; MELO et al., 1999; SOUZA & ALDRIGHI, 2001). Para FRAIMAN (1989), a menopausa traduz-se como *“uma das ocorrências (biológicas) do climatério”*.

Os anos que antecedem a menopausa e que são marcados por irregularidades menstruais, segundo SPEROFF (1999), representam a perimenopausa. FERREIRA (1999) define perimenopausa como o período quando acontecem os primeiros sintomas, indicando a proximidade da menopausa, em torno dos 45 aos 51 anos.

De acordo com Fonseca et al. apud SAKAMOTO & HALBE (1995), a idade média para a ocorrência da menopausa, no Brasil, é 48,1 anos. SIMÕES & BARACAT (1999), citam que as mulheres atendidas no Serviço de Climatério da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo apresentam a menopausa em torno dos 46 anos. Outros autores são menos precisos quanto à idade em que as mulheres brasileiras atingem a menopausa e consideram que ela acontece ao redor dos 50 anos. (MELO

et al., 1999; ALDRIGHI et al., 2000b). Pesquisas têm sido feitas no sentido de verificar os fatores (raciais, genéticos e hábitos) que podem influenciar na idade de ocorrência da menopausa. Dentre eles, estudos comprovam que o tabagismo pode antecipar de 1 a 2 anos a ocorrência da menopausa (SAKAMOTO & HALBE, 1995; SIMÕES & BARACAT, 1999; ALDRIGHI et al., 2000).

### **1.3. Sintomas do climatério**

A diminuição da função ovariana acarreta uma deficiência hormonal, caracterizada principalmente pela diminuição na produção do estrógeno, e também da progesterona, resultando em sintomas e alterações a nível do sistema nervoso central, trato genito-urinário, sistema cardiovascular, pele e ossos. Os sintomas característicos são as ondas de calor, dores de cabeça, diminuição da lubrificação vaginal, sudorese, palpitações, insônia, ansiedade, depressão, disfunções sexuais e dores musculares . Esta sintomatologia é denominada síndrome climatérica e sua intensidade pode ser avaliada por índices menopausais, como o índice de Blatt (FERNANDES, C. et al., 1995). A incidência média de manifestações clínicas que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida das mulheres no climatério representa 25,0% dos casos. Porém, a deficiência hormonal não é a única responsável por esses sintomas; a ela estão associados os

fatores sociais, culturais e psicológicos (APPOLINÁRIO et al., 1995; SIMÕES & BARACAT, 1999; ALDRIGHI et al., 2000).

Dentre os sintomas vasotomores da síndrome do climatério, os mais conhecidos são as ondas de calor ou fogachos, que acometem 75,0% das mulheres e podem perdurar por um ou dois anos. (FERNANDES et al., 1999; MELO et al., 1999). O estudo de Bungay et al. apud APPOLINÁRIO et al. (1995) mostra que os fogachos têm sua maior incidência por volta dos 50 anos, estando relacionados à perda da auto-confiança, ansiedade, dificuldade para tomar decisões, cansaço e esquecimento. SIMÕES & BARACAT (1999) também chamam a atenção para o fato desse sintoma provocar nas mulheres estados de ansiedade, deixando-as inseguras, diminuindo sua capacidade produtiva, alterando seu padrão de sono e tornando-as predispostas à instabilidade emocional.

As alterações urogenitais decorrentes do hipoestrogenismo podem causar sintomas como secura vaginal, prurido vulvar, dispareunia, disúria, polaciúria, incontinência urinária, dentre outros (FERREIRA, 1999; MELO et al., 1999). É de grande importância que o ginecologista avalie estes sintomas durante a anamnese, pois eles podem comprometer ou influenciar diretamente na sexualidade das pacientes.

Nesta fase, as mulheres com frequência apresentam sintomas neuropsíquicos como: alterações do humor, insônia, dificuldades de

memória, ansiedade, depressão, labilidade emocional, diminuição da libido e outros. FERREIRA (1999) aponta que esses sintomas também acometem outras faixas etárias, o que sugere a fragilidade na relação deles com a deficiência de estrogênio. Ressalta ainda que, alguns estudos revelaram que o declínio deste hormônio acontece com todas as mulheres, mas que nem todas são acometidas pelos seus efeitos.

APPOLINÁRIO et al. (1995) citam estudos epidemiológicos que mostram a inexistência de quadros de depressão maior no climatério, apesar de haver um aumento na frequência de sintomas depressivos, ansiosos e relacionados à memória. Estes autores relatam também outros estudos que sugerem a maior probabilidade de ocorrer alterações psicológicas leves (nervosismo, irritabilidade), cefaléia, depressão e desadaptação social, em mulheres que tiveram alterações recentes em seus ciclos menstruais. O período do climatério não determina o aparecimento de doenças psíquicas, porém pode acentuá-los caso já existam. As alterações psíquicas que podem acontecer, neste período, estão relacionadas com as mudanças físicas, situação de vida e recursos emocionais de cada mulher (BAGNOLI et al., 1995).

#### **1.4. Climatério e os riscos para a saúde da mulher**

A deficiência hormonal, além de acarretar a sintomatologia do climatério, também é fator de risco para a osteoporose, doenças cardiovasculares e aumento da incidência de infecções urinárias.

A osteoporose caracteriza-se pela diminuição da massa óssea, com deterioração do tecido ósseo, o que eleva o risco de fratura (FERNANDES et al., 1999). São identificados alguns fatores de risco que tornam as mulheres mais vulneráveis à osteoporose: raça branca, baixo peso, hereditariedade, tabagismo, problemas nutricionais, sedentarismo e fatores ambientais (SAKAMOTO & HALBE, 1995, FERNANDES et al., 1999). Aproximadamente 25,0% das mulheres no climatério apresentam osteoporose, podendo sofrer desconfortos e fraturas (BAGNOLI et al., 1995). Na pós-menopausa, a osteoporose significa elevado grau de morbidade e mortalidade para as mulheres em torno dos 70 anos de idade. Na avaliação ginecológica, as pacientes de risco deverão ser identificadas para que possa ser feita a prevenção e, nos casos onde já ocorreu a perda óssea, a terapêutica adequada (FERNANDES et al., 1999).

As doenças cardiovasculares representam as maiores taxas de mortes entre as mulheres, e também causam elevados índices de morbidade. Como têm estreita relação com a idade, o aumento da expectativa de vida torna as mulheres mais propensas à essas afecções crônicas (FERNANDES et al.,

1999). De acordo com KULAK JR. & WARREN (1998), já se conhece bem os efeitos da falência ovariana, e conseqüentemente da menopausa, como fator de risco para as doenças coronarianas. Nas mulheres, o risco das doenças cardiovasculares aumenta, igualando-se ao do homem, provavelmente porque a deficiência de estrogênio diminui a relação entre as proteínas de alta densidade (HDL) e as de baixa densidade (LDL), além de diminuir a proteção sobre as paredes das artérias e causar o aumento da resistência vascular (BAGNOLI et al., 1995; KULAK JR. & WARREN, 1998; ALDRIGHI et al., 2000). Além dessas alterações metabólicas, outros fatores de risco, como: diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo e sedentarismo contribuem para a incidência das doenças cardiovasculares (FERNANDES et al., 1999). Estes autores apontam também a importância do ginecologista estar atento a esses fatores de risco durante o atendimento das pacientes climatéricas.

### **1.5. A terapia de reposição hormonal**

A terapia de reposição hormonal (TRH) tem sido bastante discutida na sociedade de maneira geral: mídia, profissionais da saúde e pacientes. De acordo com os estudos avaliados por SPRITZER & REIS (1998), ela é eficaz no alívio dos sintomas do climatério; melhora o perfil lipídico; previne contra doenças cardiovasculares e osteoporose, possibilitando uma melhora na qualidade de vida das mulheres. ALDRIGHI et al.(2000) ressaltam estudos



recentes demonstrando que a TRH melhora a função cognitiva e pode diminuir o risco, ou retardar o aparecimento da Doença de Alzheimer.

Os benefícios da TRH são evidentes, tanto no tratamento como na prevenção da osteoporose. A terapêutica de reposição hormonal deve ser iniciada ao se diagnosticar a falência ovariana, pode ser administrada por via oral ou transdérmica, devendo ser utilizada por longos períodos; nunca inferiores a cinco anos (SOBRAC, 1999).

No que se refere às doenças cardiovasculares, a TRH tem importante papel preventivo, pois reduz em até 50,0% as taxas de mortalidade (KULAK JR. & WARREN, 1999; ALDRIGHI et al., 2000). A terapêutica de reposição hormonal, ao melhorar o perfil lipídico e lipoprotéico, diminui a incidência de infarto do miocárdio (MELO et al., 1999; HALBE et al., 1999). Desta forma, fica evidente a importância da TRH na prevenção de doenças cardiovasculares.

Apesar dos benefícios do tratamento, em alguns casos ele pode apresentar alguns riscos, sendo os mais discutidos o câncer do endométrio e de mamas. MELO et al. (1999) mostram que os estrogênios, quando usados isoladamente, aumentam o risco de hiperplasia endometrial e carcinoma de endométrio. Nas mulheres com útero, é necessária a associação com progestogênio. O risco do câncer de mama decorrente de TRH é bastante

controverso na literatura. Estudos apontam que a reposição hormonal por até dez anos não aumenta o risco para desenvolver a doença.

De acordo o Consenso da Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC) sobre os Fundamentos e o Manejo da TRH (1999), as indicações para este tratamento dependem da fase em que a mulher se encontra (pré, peri ou pós-menopausa), não devendo ser feito seu uso indiscriminado e devendo atender às necessidades de cada mulher. Assim, fica evidente a importância de se avaliar os benefícios e os riscos da TRH para cada paciente.

O nível de informações e a adesão das mulheres à TRH são aspectos que merecem discussão. Sabe-se que apesar dos benefícios e da grande divulgação feita pela mídia e médicos sobre este assunto, as mulheres climatéricas ainda apresentam dificuldades para aderirem ao tratamento, e mantê-lo a longo prazo. Uma pesquisa realizada com 2000 brasileiras, com idade acima de 45 anos, em 80 cidades, mostrou que 53,0% das mulheres residentes em áreas urbanas nunca fizeram uso da TRH, apesar de já estarem no climatério. Este estudo apontou também que 19,0% das mulheres abandonaram o tratamento (COLAVITTI, 2000). O estudo de SANTOS (1999) visando identificar as causas de abandono do seguimento ambulatorial e da TRH em pacientes climatéricas, concluiu que a falta de adesão à terapêutica de reposição hormonal ocorre por motivos particulares e pelos efeitos colaterais. De acordo com HALBE et al. (1999), a adesão ao

tratamento está diretamente relacionada ao “estilo de vida atual da mulher”. Portanto, se a paciente tiver um estilo de vida adequado será mais fácil integrar a TRH à sua vida. Os profissionais de saúde, principalmente os médicos, têm o papel de informar suas pacientes sobre os benefícios, riscos e efeitos colaterais da reposição hormonal. Porém, cabe às mulheres tomar a decisão.

### **1.6. Climatério: fenômeno biopsicossocial**

Com o aumento da expectativa de vida, torna-se universal a passagem das mulheres pelo climatério e, conseqüentemente, pela menopausa. Entretanto, esse período não deve ser compreendido apenas como um fenômeno biológico, onde os sintomas se explicam em função das mudanças hormonais. O climatério é influenciado por fatores sociais, culturais e econômicos, que irão determinar a maneira das mulheres vivenciá-lo. Desta forma, ele deve ser tratado como um fenômeno biopsicossocial onde:

*“Cada mulher menopausada é, em si, fruto de um funcionamento biológico específico, sob a influência de uma pressão cultural determinada tanto geográfica quanto historicamente, com repercussões psicológicas características, resultantes do interrelacionamento dinâmico de todos estes componentes.” (ABREU,1998, p.45)*

LANDERDAHL (1997) relata concepções antigas do termo climatério; *"...tempo de enfermidade ... se está climatérica quando se tem mau humor"*; que até hoje estão presentes no senso comum, influenciando negativamente a vivência deste período. Climatério e menopausa ficam então, associados às idéias de declínio e envelhecimento. Na cultura ocidental, o climatério e a menopausa são vistos de forma negativa. Isto é compreensível em função da valorização da juventude, do culto ao corpo e à beleza física, dos estereótipos e tabus relacionados ao envelhecimento (HARDY et al., 1992; SOUZA et al., 1999). Em função dos mitos, preconceitos e tabus relacionados à menopausa, a maioria das mulheres sente-se ameaçada por esta fase do desenvolvimento (APPOLINÁRIO et al., 1995).

MONTGOMERY (1996) cita estudos demonstrando que nas culturas onde a menopausa é considerada como um fenômeno natural, as mulheres apresentam menos sintomas e angústia do que nas culturas onde a menopausa é vista de forma negativa e implica na perda dos papéis e *status* social das mulheres. Estes estudos corroboram a idéia de que, a maneira como as sociedades "recompensam" ou "punem" as mulheres que atingiram a menopausa irá influenciá-las em suas condições físicas e emocionais (Van Keep et al. apud COSTA, 1995). Quanto aos aspectos sócio-econômicos, pesquisas apontam que mulheres de classes econômicas baixas, da Suíça, apresentam mais queixas e maior dificuldade de adaptação à menopausa do que as mulheres com situação econômica privilegiada (APPOLINÁRIO et al., 1995). Este dado também é encontrado nos estudos sobre a cultura

ocidental, relacionados por MONTGOMERY (1996), onde as mulheres de classe média e média alta reagem positivamente à menopausa, apresentando menores níveis de ansiedade e sintomas, do que as mulheres de menor poder aquisitivo.

Com relação à sintomatologia e vivências apresentadas pelas mulheres no climatério, FRAIMAN (1989) alega que “o padrão cultural determina o que sentir quando as mudanças fisiológicas começam a se manifestar”. HARDY et al. (1992, p.316), afirmam que:

*“quando esta (a mulher) constata em seu corpo os sinais biológicos correspondentes a esse período, seu estado emocional é afetado pela expectativa da mudança que está ocorrendo, além de já estar sofrendo os efeitos das alterações hormonais.”*

Os conflitos dessa fase podem ser comparados com os da menarca, quando a adolescente tem dúvidas quanto às mudanças que estão ocorrendo no seu corpo e na sua sexualidade. Para as mulheres climatéricas, a esses conflitos acrescenta-se a necessidade de lidar com sua finitude e as modificações dos papéis sociais (HALBE, 1995; HARDY et al., 1995).

O climatério e a menopausa coincidem com a fase denominada por vários autores como a meia-idade (TRIEN, 1994; MARTINS, 1996; HUNTER

& O'DEA, 1999). Este período é um momento de transição e mudanças, quando as mulheres, geralmente por volta dos 40-50 anos, fazem uma avaliação das suas vidas. Assim, além de lidarem com as alterações hormonais, elas precisam lidar com as modificações que estão ocorrendo no momento, como por exemplo, a perda da fertilidade, a saída dos filhos de casa, a inversão de papel com os pais idosos, o relacionamento conjugal desgastado, divórcio, viuvez e a perda da juventude (TRIEN, 1994).

Torna-se necessário, para a mulher climatérica, rever e redefinir seus papéis sociais, buscando a adaptação para vivenciar melhor esta fase da vida. A maneira como cada mulher irá enfrentar este período estará diretamente relacionada à sua história de vida e como foram elaboradas as situações de crises anteriores (LOPES et al.,1991). Para FRAIMAN (1989), as mulheres que tiveram uma adaptação adequada na adolescência, perda da virgindade e maternidade, estarão melhor preparadas para se adaptarem ao climatério e ao envelhecimento.

### **1.7. Sexualidade no climatério**

A sexualidade no climatério é tema de vários estudos encontrados na literatura. Entendendo a sexualidade como um conceito amplo, que abrange o *"exercício do sexo - comportamentos e práticas - , a vivência de desejos e sentimentos eróticos, e a experimentação das relações concretas que lhe*

*dão suporte*" (VILLELA, 1999), pode-se compreender as modificações que as mulheres climatéricas vivenciam nesta área de suas vidas. ABDO et al. (1997) consideram que *"a maioria das mulheres experimenta algum tipo de alteração da função sexual, nos anos que antecedem ou sucedem a menopausa"*. As principais queixas femininas nesta fase são a perda do desejo, diminuição da frequência da atividade sexual, dores, e problemas com o parceiro (LOPES et al., 1991; ABDO et al., 1997).

ABREU (1998) aponta que as modificações da sexualidade no climatério são decorrentes da conjugação de fatores biológicos, psicológicos, culturais e interrelacionais. As alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes da baixa produção de estrogênio podem causar: diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação vaginal, a parede da vagina torna-se mais fina, podendo causar irritação e dor na penetração, modificação no formato da vagina com perda da elasticidade, redução no tamanho do clitóris e maior flacidez dos grandes e pequenos lábios. Os fatores psicológicos que podem influenciar a sexualidade feminina, nesta fase, estão relacionados às modificações corporais (perda do corpo jovem e medo de envelhecer), à perda da fertilidade, às modificações na dinâmica e relacionamentos familiares (LOPES, 1999; ABREU, 1998; MONTGOMERY, 1996). As dificuldades de relacionamento sexual apresentadas pelas mulheres, no climatério, estão diretamente relacionadas à valorização da função reprodutiva, com os mitos e tabus que envolvem a sexualidade do idoso e, com a forma como a mulher vivenciou sua sexualidade até então (HARDY et

al., 1992; MONTGOMERY,1996). Quando a vida sexual é voltada para a procriação, ela tende a acabar com a menopausa. Muitas mulheres que não tiveram uma vida sexual satisfatória usam a menopausa como argumento para não praticarem mais sexo. Porém, a menopausa por si só não acarreta a falta de desejo ou torna a mulher assexuada.

De acordo com ABDO et al. (1997), o desconhecimento das alterações da sexualidade decorrentes do envelhecimento, associado à falta de terapêutica medicamentosa e orientação por parte dos profissionais que atendem às mulheres, podem levar à frustração e abstinência sexual. Os problemas relativos às modificações hormonais, podem ser solucionadas com a terapia de reposição hormonal e os que envolvem as relações com o parceiro podem necessitar de uma abordagem psicoterápica.

### **1.8. Sexualidade e envelhecimento: os mitos**

É importante ressaltar que a sexualidade não termina com o envelhecimento. Nesta fase, o que ocorre são mudanças na sexualidade do idoso. Em decorrência do processo de envelhecimento, acontecem alterações fisiológicas e modificações na resposta sexual, tanto feminina quanto masculina (LOPES, 1989; VASCONCELOS, 1994; MONTGOMERY, 1996; SIMÕES & BARACAT, 1999; RISMAN, 1999; ABREU, 1999). Na mulher, devido à diminuição na produção de estrogênio e progesterona,



acontecem as modificações descritas na síndrome do climatério: alterações nos genitais, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia, etc. No homem, na fase de excitação, a ereção é mais demorada. Na fase do platô, ocorre uma manutenção da ereção peniana por maior período de tempo sem ejaculação. No período orgásmico, a ejaculação acontece sem a presença da inevitabilidade ejaculatória. O líquido seminal é gradativamente reduzido e expelido com menor pressão, sendo o período refratário maior. A resposta sexual modifica-se com a idade, até tornando-se mais lenta, mas nunca desaparece ou se acaba. (LOPES, 1989; RISMAN, 1995).

Existem muitos mitos que envolvem o envelhecimento e principalmente, a sexualidade do idoso, interferindo diretamente nas vivências sexuais. O maior desses mitos é o da “velhice assexuada”, ou seja, a idéia de que as pessoas ao envelhecerem não têm mais interesse pelo sexo. LOPES (1989, p.48), desmitifica essa questão ao apontar que:

*“...a idade não dessexualiza o indivíduo. A qualidade da resposta sexual pode até mudar para melhor, devido à experiência de vida; o que existe, na verdade, são apenas modificações quantitativas. Devemos ressaltar que o homem, em qualquer idade, tem capacidade de ter ereção peniana, como a mulher tem para atingir uma lubrificação vaginal adequada e o orgasmo. Eles só não vão apresentar essas respostas quando estiver presente um “bloqueio” físico ou psicossocial.”*

Uma possível explicação para a existência e manutenção do mito de que o desejo sexual acaba com a idade, pode estar na forma como as sociedades ocidentais vêm a questão da velhice e também, na educação sexual repressiva que estabelece padrões de comportamentos distintos para homens e mulheres. Essa diferenciação aparece na repressão à sexualidade feminina e na permissividade e incentivo a expressões da sexualidade masculina (VILLELA, 1999). É considerável a quantidade de pessoas que, mesmo na juventude, não se interessavam por sexo, o que pode estar associado às normas sociais e experiências desagradáveis (VASCONCELOS, 1994). Assim, as pessoas que, quando jovens vivenciaram a sexualidade como algo desprazeroso, ou como uma grande fonte de conflitos, sentem-se aliviadas em poder ter uma velhice “assexuada”; o que é socialmente aceito.

Considerando a sexualidade como sendo muito mais que o impulso ou o ato sexual, ela é a possibilidade dos idosos expressarem afeto, emoções e amor (VASCONCELOS, 1994). Para FRAIMAN (1989), as pessoas, desde o seu nascimento, têm necessidades básicas de afeto e o amor. Ao envelhecer, elas não deveriam se privar das trocas de carícias, de se *“aquecerem emocionalmente”*. Portanto, as pessoas idosas continuam tendo não só capacidade para a atividade sexual, como também para amar e exercer sua sexualidade de maneira saudável.

### 1.9. Assistência à mulher climatérica

Com as modificações decorrentes do envelhecimento populacional, pode-se observar o aumento dos estudos sobre os temas climatério e envelhecimento. Programas de atenção integral à saúde da mulher, que incluem ações voltadas para a fase do climatério, começam a ser discutidos e a fazer parte das políticas de saúde pública. A criação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde, dá ênfase a um novo conceito de atendimento ao considerar a saúde da mulher em todo seu ciclo de vida, e não somente na fase reprodutiva. Desta forma, a atenção à saúde estende-se também para as adolescentes e as mulheres na fase do climatério (FORMIGA FILHO, 1999).

Um estudo realizado por FERNANDES, A. et al. (1995), aponta “as mulheres menopausadas como pouco preparadas para uma fase tão importante de suas vidas”. Esse resultado evidencia a importância e a necessidade de políticas sociais e de saúde que possam oferecer para as mulheres “educação, informação e suporte emocional como forma de ajudá-las a viver melhor esta experiência” (LANDERDAHL, 1997).

A assistência às mulheres no climatério, em função de todos os aspectos e especificidades desta fase, deve ser feita a partir de uma visão integral de saúde. Este tipo de atendimento deve ser realizado por equipes multidisciplinares, com o objetivo de melhor compreender este período

(APPOLINÁRIO et al., 1995). É importante que os profissionais envolvidos nesta tarefa estejam comprometidos com uma *“assistência centrada no indivíduo como um todo”* (LANDERDAHL, 1997).

Na literatura, especialmente na brasileira, são encontradas poucas propostas de intervenções com o objetivo de esclarecer e preparar as mulheres no climatério. FRAIMAN (1989) sugere atendimento às mulheres numa abordagem preventiva e que trate a menopausa *como “um fenômeno biopsicossocial”*. RODRIGUES & RODRIGUES (1990) propõem, para a área de enfermagem, uma intervenção cujo objetivo está centrado em ajudar a mulher a adaptar-se ao climatério, a partir da identificação de suas necessidades (fisiológicas, psicológicas e sociais). O procedimento consiste em reuniões de grupo para discussão e debate de temas relativos ao climatério. Uma proposta auxiliar na terapêutica do climatério é relatada por SAMPAIO NETO et al. (1990). Pacientes com diagnóstico de climatério são convidadas a participarem de reuniões onde temas relativos à esta fase são discutidos. De acordo com os resultados apresentados, na avaliação feita pelas participantes dos grupos, foi relatado aumento do bem-estar, oportunidade de troca de experiências, valorização das informações recebidas. Foi observada ainda diminuição da dependência da medicação, melhor adesão ao tratamento hormonal e orientações, melhoria no relacionamento médico-paciente. Em um estudo prospectivo, LIAO & HUNTER (1999) apresentam a avaliação de uma intervenção educativa, realizada ao Sul de Londres, com objetivo de preparação para a menopausa.

O trabalho consiste numa amostra de 86 mulheres com idade de 45 anos. As participantes responderam questionários avaliando os conhecimentos e crenças sobre a menopausa e comportamentos relativos à saúde, antes e após passarem por duas sessões educativas. Pode-se observar, após a intervenção, um aumento de conhecimento e diminuição das crenças negativas relacionadas à menopausa, além da diminuição da intenção de se submeter à terapia de reposição hormonal. Uma intervenção psicológica com grupos de mulheres no climatério é relatada por NETTO et al. (1999). Este trabalho, desenvolvido em um Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto/São Paulo teve como objetivo informar, apoiar e preparar psicologicamente mulheres na fase do climatério, visando uma melhor qualidade de vida. A intervenção consistiu em 9 encontros semanais, com duração de 1:30 h cada. A partir de técnicas de dinâmica de grupo, foram discutidos temas relativos ao climatério (definição e sintomas), sexualidade, relacionamentos familiares e envelhecimento. Os resultados, baseados numa análise qualitativa da intervenção, demonstram que as participantes puderam esclarecer dúvidas quanto aos temas apresentados, ampliar o convívio social, pensar a velhice sob uma ótica mais positiva e discutir possibilidades para se viver esta fase com maior qualidade de vida. SOUZA et al. (1999) apontam a escassez de estudos que contemplem a menopausa e o climatério a partir de uma visão psicológica, e descrevem sua experiência com grupos de mulheres neste período. As autoras trabalharam com mulheres entre 40 a 52 anos, em quatro encontros com duração de uma hora. Os temas dos encontros foram: apresentação das participantes e

descrição da vivência neste período, as fases da vida da mulher em relação aos hormônios, hábitos de vida saudáveis, indicações e contra-indicações da TRH, apresentação de exercícios de alongamento e relaxamento progressivo. Na avaliação dos grupos, as participantes ressaltaram que a aquisição de informações sobre esta fase possibilitaria vivenciá-la com maior segurança. Os estudos apresentados coincidem com a proposta de:

*“...transmitir às mulheres mais informações e de forma mais freqüente; esclarecê-las sobre a necessidade de cuidarem de si mesmas em todas as fases da vida, e a maneira específica de fazê-lo no climatério.” (HARDY et al., 1995, p.3)*

Diante do contexto apresentado, onde o aumento da expectativa de vida permite que um número cada vez maior de mulheres passe pelo climatério e cheguem à menopausa, justifica-se o desenvolvimento de estudos e modalidades de atendimento que possibilitem diminuir a morbidade e melhorar a qualidade de vida das mulheres nesta fase. A proposta de intervenção psicológica, realizada neste estudo, baseia-se na experiência relatada por NETTO et al. (1999). A fim de melhor adequar os procedimentos desenvolvidos anteriormente aos objetivos desta pesquisa, foram feitas modificações no número de encontros, apresentação dos conteúdos e instrumentos de avaliação. O conteúdo programático da intervenção compõe-se de temas que estão presentes na vivência das mulheres, nesta fase, apontados pela literatura e pela experiência anterior

dos pesquisadores. A escolha pela abordagem grupal é feita por se acreditar que, dentro do contexto de grupo, viabiliza-se a troca de experiências. De acordo com HINES (1993), a experiência de trabalhos grupais com mulheres na menopausa é eficiente porque rompe com a sensação de isolamento, ajudando-as a lidarem não só com os sintomas físicos, mas também com as preocupações que acompanham a crise da meia-idade. A utilização de técnicas de dinâmica de grupo, para desenvolver os conteúdos dos encontros, visa facilitar a discussão e vivência dos temas propostos. De acordo com MIRANDA (1997), o caráter lúdico da dinâmica de grupo possibilita que os domínios afetivo, cognitivo e psicomotor sejam trabalhados. Para ANDREOLA (1991), as técnicas de grupo possibilitam o auto-conhecimento e a tomada de consciência. Além disso, os “*exercícios práticos*” se traduzem numa maneira efetiva de promover as relações interpessoais e alcançar modificações de comportamento dos participantes do grupo (FRITZEN, 1978).

Os estudos citados anteriormente demonstram que é grande a desinformação das mulheres quanto ao climatério e à menopausa. Entretanto, acredita-se que a aquisição de informações, pode proporcionar à elas uma vivência melhor desta fase (FERNANDES, A. et al., 1995; LIAO & HUNTER, 1999). Com relação aos sintomas psicológicos, a ansiedade e a depressão são citadas, por vários autores, como decorrentes desta fase (FERNANDES, C. et al., 1995; BYYNY & SPEROFF, 1996). Porém, existe divergência com relação à etiologia destes sintomas (APPOLINÁRIO et al.,

1995). Sabe-se que no climatério, a qualidade de vida das mulheres pode ficar comprometida, tanto em função da presença dos sintomas decorrentes das alterações hormonais, como também por variáveis sócio-culturais relacionadas à esta fase. Portanto, o nível de conhecimentos e informações, a ansiedade, a depressão e a qualidade de vida das mulheres, neste período, são aspectos que merecem ser investigados.

Assim, este estudo teve os seguintes objetivos:

#### OBJETIVOS GERAIS:

- Caracterizar um grupo de mulheres no climatério quanto ao nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida.
- Verificar os resultados de uma intervenção psicológica desenvolvida com mulheres no climatério sobre o nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida.



## OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Informar mulheres de meia-idade a respeito da síndrome do climatério (sintomas físicos, psíquicos e modificações dos papéis sociais).
  
- Apoiar e preparar psicologicamente estas mulheres visando a diminuição da ansiedade, depressão e melhoria da qualidade de vida.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Sujeitos**

Foram convidadas para participar deste estudo 211 mulheres na faixa etária entre 45 e 60 anos, com diagnóstico de síndrome do climatério, pacientes dos Ambulatórios de Ginecologia do Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato e do Centro de Saúde Prof. Dr. Joel Domingos Machado, localizados na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. Dentre as mulheres convidadas, 45 compareceram a pelo menos 1 dos encontros onde se deu a aplicação inicial dos instrumentos de avaliação, sendo que 26 finalizaram a intervenção. A descrição das características do grupo foi baseada nos dados das participantes que estiveram presentes nestes encontros.

Para análise dos efeitos da intervenção psicológica foi feita a comparação dos dados das 26 participantes avaliadas no início e que permaneceram até o final do trabalho.

## **2.2. Considerações éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP, e aprovado.

Todas as mulheres participaram da intervenção e da pesquisa mediante interesse pessoal pelo projeto e a assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo A).

As participantes que apresentaram necessidade e/ou interesse de atendimento psicoterápico, verificada durante ou após o processo de intervenção psicológica, foram encaminhadas para o Ambulatório do Serviço de Psicologia - HCFMRP-USP.

Durante toda a intervenção psicológica, a coordenadora do grupo (pesquisadora responsável) esteve disponível para fazer as orientações que foram necessárias, inclusive individualmente.

## **2.3. Procedimentos**

Foi desenvolvida uma intervenção psicológica, em contexto grupal, com os objetivos de informar as pacientes a respeito da síndrome do

climatério (sintomas físicos, psíquicos e modificações dos papéis sociais); apoiar e prepará-las psicologicamente para a vivência desta fase visando uma melhor qualidade de vida. Esta intervenção teve como base a proposta de atendimento descrita por NETTO et al. (1999).

Foram realizados 6 grupos, no período de Março/2000 a Julho/2001, sendo que 3 deles aconteceram no Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato e 3 no Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingos Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

### **2.3.1. Formação dos grupos**

Os critérios utilizados para compor a amostra foram a idade da paciente (45 a 60 anos) e o diagnóstico médico de síndrome do climatério. Os prontuários das pacientes eram previamente consultados para verificar quais se enquadravam nestes dois critérios. A ocorrência da menopausa, os níveis hormonais e a utilização da terapia de reposição hormonal não foram considerados para a escolha da amostra.

Os convites para participação na intervenção psicológica e no estudo eram feitos no dia em que as pacientes compareciam ao Ambulatório de Ginecologia, para a consulta médica. A pesquisadora, ou uma colaboradora de pesquisa (estagiária de Psicologia) devidamente treinada, apresentava-se

às pacientes e dizia que gostaria de convidá-las para participar de um grupo que seria realizado na instituição. As mulheres foram convidadas individualmente ou em pequenos grupos (três a quatro pacientes), antes ou após a consulta ginecológica. Na ocasião, elas eram informadas dos objetivos da intervenção, do número e duração dos encontros e da data provável para início do grupo. A confirmação do interesse e disponibilidade das mulheres em participar do grupo, horário, local e data de início da intervenção foi feita, posteriormente, pela pesquisadora através de contato telefônico.

Com o objetivo de agilizar a formação dos dois grupos realizados em 2001, utilizou-se a estratégia de convidar as participantes através de correspondência. Foram enviadas cartas para as pacientes cujos prontuários já haviam sido selecionados, mas que não haviam sido convidadas pessoalmente por terem faltado à consulta médica. Cartas também foram enviadas para as mulheres que, na ocasião do convite, demonstraram interesse, mas que por motivos pessoais (trabalho, compromissos com familiares, problemas de saúde, etc) não puderam participar dos grupos anteriores.

### **2.3.2. Coordenação dos grupos**

A coordenação dos grupos foi feita pela pesquisadora responsável, que teve a função de introduzir os temas, incentivar a participação dos membros

do grupo, elaborar a síntese dos conteúdos e realizar orientações psicológicas. Os grupos também contaram com a presença de uma colaboradora de pesquisa, (estagiária de Psicologia, ou residente do Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP) para auxiliar na aplicação dos instrumentos de avaliação e que, durante a intervenção, teve o papel de observador, fazendo anotações do desenvolvimento de cada encontro.

### **2.3.3. Descrição da intervenção psicológica:**

A intervenção psicológica, realizada com cada um dos 6 grupos, consistiu de 12 encontros semanais com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Os conteúdos abordados foram previamente definidos a partir da literatura pesquisada, que aponta a importância e necessidade de informar às mulheres sobre as mudanças que acontecem com elas nesta fase, no que se refere aos aspectos biológicos (alterações hormonais, sintomas e riscos do climatério), psicológicos e sociais (SOBRAC, 1999; ALDRIGHI et al., 2000a), e também da experiência anterior da pesquisadora com outros grupos de mulheres no climatério. O cronograma da intervenção pode ser visto no Anexo B. Os temas discutidos foram os seguintes:

## I. Climatério

- Conceito de climatério
- Diferenciação entre climatério e menopausa
- Sintomas e modificações que ocorrem no organismo da mulher no climatério
- Discussão sobre a forma como as participantes do grupo estão vivenciando essa fase da vida
- Discussão e reflexão acerca das possibilidades de como se viver bem neste período

## II. Sexualidade

- Sexualidade dentro do contexto histórico-cultural
- Sexualidade nas diferentes fases do desenvolvimento (infância, adolescência, vida adulta e velhice)
- Mitos e tabus relacionados à sexualidade

## III. Relacionamentos familiares

- Discussão e reflexão sobre a dinâmica dos relacionamentos familiares e como estes se modificam durante as diferentes fases da vida

## IV. Processo de envelhecimento

- O que é envelhecer
- Estereótipos e preconceitos relacionados ao processo de envelhecimento

- Envelhecimento saudável

#### V. Alternativas para melhorar a qualidade de vida no climatério

Com o objetivo de facilitar a participação, integração do grupo e discussão dos temas utilizou-se técnicas de Dinâmica de Grupo que estão descritas detalhadamente no Anexo C.

#### **2.3.4. Aplicação dos instrumentos de avaliação**

Por se tratar de instrumentos de auto-avaliação, a aplicação foi realizada coletivamente. Após cada participante receber uma cópia, a pesquisadora lia as instruções para o grupo. Nos casos em que as participantes não tinham condições ou apresentavam dificuldades para responder (analfabetismo, baixa escolaridade, dificuldades visuais), os instrumentos eram lidos pela pesquisadora ou colaboradora de pesquisa, que acompanhava ou assinalava a resposta escolhida pelo sujeito. A aplicação dos instrumentos acontecia no início dos encontros, antes da discussão do tema previsto para o dia.



## **2.4. Materiais e instrumentos**

### **2.4.1. Materiais para a intervenção**

Para o desenvolvimento das técnicas de Dinâmica de Grupo propostas, foram utilizados materiais gráficos (canetas hidrocor, lápis de cor, giz de cera, pincel atômico, cola colorida), papel sulfite, revistas, tesoura, cola.

Utilizou-se um mini-gravador e fitas cassetes para gravação dos encontros.

### **2.4.2. Instrumentos para avaliação da intervenção**

Com o objetivo de verificar os efeitos da intervenção psicológica, as participantes foram avaliadas, ao início e término do trabalho, quanto aos conhecimentos a respeito do climatério, ansiedade, depressão e qualidade de vida.

Para avaliar o nível de informações sobre o climatério, menopausa, sexualidade, velhice e hábitos de vida saudáveis foi construído um questionário estruturado e de auto-aplicação, composto por 25 frases (afirmativas ou negativas), tendo como alternativa de respostas os itens verdadeiro, falso e não sei (Anexo D). Este instrumento foi elaborado a partir

da literatura pesquisada e de dados coletados em estudo realizado anteriormente pela pesquisadora. (NETTO et al., 1999).

A ansiedade foi avaliada através do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) traduzido e adaptado por BIAGGIO & NATALÍCIO, 1979. O IDATE é uma das escalas de auto-avaliação mais utilizadas, avalia aspectos inespecíficos da ansiedade, presentes em qualquer situação estressante (ANDRADE & GORENSTEIN, 2000). Trata-se de duas escalas de auto-avaliação, ambas com 20 afirmações, para descrever como os sujeitos se sentem geralmente (ansiedade traço) e num determinado momento (ansiedade estado). Cada item é avaliado numa escala que varia de 1 até 4 pontos (Anexo E).

O instrumento utilizado para avaliação da depressão foi o Inventário de Depressão de Beck. Este instrumento, traduzido e validado para várias populações, é muito empregado tanto em pesquisas como na clínica (GORENSTEIN & ANDRADE, 2000). Consiste em um questionário com 21 grupos de afirmações, relacionados a sintomas e atitudes característicos de quadros depressivos, variando em níveis de intensidade de 0 a 3. (Anexo F).

Para avaliar a qualidade de vida, foi aplicado o WHOQOL-Bref, versão abreviada em português do instrumento desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (FLECK et al., 2000). O questionário consta de 26 questões e avalia 4 domínios: físico,

psicológico, relações sociais e meio-ambiente. As categorias de respostas variam entre 1 e 5 pontos (Anexo G ).

## **2.5. Procedimento para análise dos dados**

Os dados de identificação dos sujeitos (variáveis demográficas, de saúde e sociais) e o questionário de conhecimentos foram analisados a partir do programa estatístico Epi Info 6.04 (WHO, 2000).

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) foi analisado de acordo com as normas para a população brasileira propostas por BIAGGIO & NATALICIO (1979).

Para a avaliação do Inventário de Depressão de Beck foi utilizada a proposta de Kendall et al. (1987) apud GORENSTEIN & ANDRADE (2000) para amostras sem depressão diagnosticada.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-Bref) foi analisado de acordo com as instruções propostas pelo WHOQOL Group. Para comparação dos escores obtidos pela amostra em cada domínio, foram usadas as médias referentes às pacientes da área Ginecológica (FLECK et al., 2000).

Na análise estatística do IDATE, do Inventário de Depressão de Beck e do WHOQOL-Bref, utilizou-se uma abordagem paramétrica, pois os dados apontaram uma distribuição normal. O Teste t de Student para amostras pareadas foi utilizado para comparar os resultados obtidos na avaliação inicial e final. O nível de significância estabelecido foi de  $p \leq 0,05$ , considerando-se também valores aproximados.

O questionário de conhecimentos foi analisado estatisticamente através do Teste de McNemar para duas proporções não independentes. Com o objetivo de atender às exigências do teste estatístico, foi feito um agrupamento de respostas, onde as 3 categorias foram transformadas em apenas 2. Nas questões onde a resposta correta era "verdadeiro", agrupou-se as alternativas "falso" e "não sei". Quando era correta a resposta "falso", foram agrupadas as alternativas "verdadeiro" e "não sei".

Para a análise qualitativa optou-se pela Análise Temática de Conteúdo proposta por MINAYO (1994), que é uma das modalidades mais adequadas para a investigação qualitativa em Saúde. De acordo com a autora, essa modalidade busca os "núcleos de sentido" das verbalizações, que podem ser analisados de acordo com a presença ou frequência dos mesmos. Neste estudo, foram analisadas as categorias mais frequentes. A Análise Temática é composta de três etapas. A primeira etapa ou pré-análise consiste em selecionar o material a ser estudado, retomar as hipóteses e objetivos iniciais, reformulá-los a partir do material coletado e elaborar indicadores

para nortear a interpretação. Na segunda etapa, a exploração do material, recorta-se do texto as unidades de registro; escolhe-se as regras de contagem e faz-se a classificação e sistematização dos dados em categorias. A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O material escolhido para ser analisado foi a transcrição literal dos encontros que tiveram como tema central de discussão as questões sobre sexualidade, gravados em áudio. Para complementar a análise quantitativa, foram analisadas qualitativamente as transcrições das verbalizações de 18 encontros, pois o tema sexualidade foi trabalhado durante 3 encontros.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Caracterização dos sujeitos**

##### **3.1.1. Identificação**

Os dados de descrição do grupo são referentes às 45 mulheres que estiveram presente em pelo menos um dos encontros (2º, 3º ou 4º), em que foi feita a avaliação inicial. As variáveis investigadas foram coletadas a partir da ficha de identificação, anexada ao questionário de conhecimentos.

Na Tabela 1 são apresentadas as variáveis demográficas investigadas e suas especificações.

TABELA 1 - Variáveis Demográficas (n=45)

VARIÁVEL	ESPECIFICAÇÃO	N	PORCENTAGEM
IDADE	45 a 50 anos	20	44,4%
	51 a 55 anos	16	35,6%
	56 a 60 anos	9	20,0%
ESTADO CIVIL	Casada	35	77,8%
	Amasiada	3	6,7%
	Viúva	2	4,4%
	Desquitada	3	6,7%
	Solteira	2	4,4%
PROFISSÃO	Do lar	26	57,8%
	Costureira	3	6,7%
	Comerciante/Vendedora	6	13,3%
	Diarista/Faxineira	4	8,9%
	Cozinheira	2	4,4%
	Aposentada	3	6,7%
	Pintora	1	2,2%
ESCOLARIDADE	1º Grau Incompleto	18	40,0%
	1º Grau Completo	9	20,0%
	2º Grau Incompleto	4	9,0%
	2º Grau Completo	10	22,2%
	Alfabetizada	2	4,4%
	Superior	2	4,4%

As participantes, predominantemente, possuem idade entre 45 e 50 anos (44,4%), são casadas (77,8%), não têm ocupação profissional (57,8%) e possuem 1º grau incompleto (40,0%).

### 3.1.2. Condições de saúde

A Tabela 2 mostra a caracterização detalhada dos sujeitos quanto às variáveis de saúde.

TABELA 2 - Variáveis de Saúde

VARIÁVEL	ESPECIFICAÇÃO	n	PORCENTAGEM
MENOPAUSA	Sim	32	71,1%
	Não	12	26,7%
	Não Sabe	1	2,2%
	Total=45		
TEMPO DE MENOPAUSA	1 a 3 anos	15	46,9%
	4 a 6 anos	9	28,1%
	7 a 10 anos	2	6,2%
	> 10 anos	6	18,8%
	Total=32		
PROBLEMAS DE SAÚDE	Sim	31	68,9%
	Não	14	31,1%
	Total=45		
DOENÇAS RELATADAS	Hipertensão Arterial	15	32,0%
	Problemas de Coluna	6	12,9%
	Hipercolesterolemia	5	10,6%
	Osteoporose	3	6,4%
	Dores musculares	3	6,4%
	Depressão	2	4,3%
	Cardiopatía	2	4,3%
	Problemas de Bexiga	1	2,1%
	Flebite	1	2,1%
	Problemas Estomacais	1	2,1%
	Ácido Úrico	1	2,1%
	Rinite Alérgica	1	2,1%
	Labirintite	1	2,1%
	Reumatismo	1	2,1%
	Disritmia	1	2,1%
	Problema de Tireóide	1	2,1%
	Ronco	1	2,1%
Irritabilidade	1	2,1%	
	Total=47		
USO DE MEDICAÇÃO	Sim	33	73,3%
	Não	12	26,7%
	Total=45		
MEDICAÇÃO UTILIZADA	Hormônio	19	43,3%
	Anti-hipertensivo	14	31,8%
	Diazepínico	3	6,8%
	Analgésico	2	4,5%
	Relaxante	2	4,5%
	Cálcio	2	4,5%
	Anti-Depressivo	1	2,3%
	Tapasol (p/tireóide)	1	2,3%
	Total=44		



A maioria das mulheres já entrou na menopausa (71,1%). A única mulher que relatou não saber se já havia entrado na menopausa, justificou sua resposta em função de ter iniciado a terapia de reposição hormonal antes de completar 12 meses com ausência de menstruação, o que não permite precisar qual seria a data da última menstruação, critério para diagnóstico da menopausa.

O tempo de menopausa das participantes prevaleceu entre 1 a 3 anos (46,9%), seguido de 4 a 6 anos (28,1%).

A maioria das mulheres relatou a presença de problemas de saúde (68,9%).

A doença mencionada com mais frequência foi a hipertensão arterial (32%), seguida dos problemas de coluna (12,9 %) e hipercolesterolemia (10,6%).

O uso de medicação foi referido por 73,3% do grupo. As medicações mais utilizadas são os hormônios (43,3%) e os anti-hipertensivos (31,8%).

### **3.1.3. Socialização**

Na Tabela 3 está especificada a participação dos sujeitos em atividades de grupo e lazer.

TABELA 3 - Variáveis Sociais

VARIÁVEL	ESPECIFICAÇÃO	n	PORCENTAGEM
PARTICIPAÇÃO EM OUTROS GRUPOS	Não	31	68,9%
	Sim	14 n=45	31,1%
TIPO DE GRUPO	Religioso	5	31,3%
	Saúde	4	25,0%
	Atividade Manual	2	12,5%
	Atividade Física	2	12,5%
	3ª Idade	2	12,5%
	Trabalho Voluntário	1	6,2%
		n=16	
LAZER	Nenhum	23	51,1%
	Atividade Física	7	15,6%
	Viagens	4	8,9%
	Atividade Manual	3	6,7%
	Reunião Familiar	3	6,7%
	Clube	2	4,4%
	Baile	2	4,4%
	Festas Religiosas	1	2,2%
		Total=45	

A maioria das mulheres (68,9%) não participa de nenhuma outra atividade grupal.

Dentre os grupos mencionados, os de conteúdo religioso apresentaram uma porcentagem de 31,3, % e os relacionados à atividades de saúde (controle hipertensão, psicoterapia) 25,0%.

A ausência de atividades de lazer foi referida por 51,1% dos sujeitos. Dentre as atividades de lazer relatadas, as que apresentaram maior frequência de respostas foram atividade física (15,6%) e viagens (8,9%).

### 3.1.4. Participação na intervenção

Dentre as mulheres convidadas, 57 compareceram a pelo menos 1 dos 3 encontros iniciais, sendo que 29 eram pacientes do Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato e 28 do Centro de Saúde Prof. Dr. Joel Domingos Machado. Considerando os 6 grupos trabalhados, a frequência das participantes no 1º, 2º e 3º encontros foi, respectivamente, 49, 37 e 32 mulheres. As participantes que compareceram entre 5 e 12 encontros representam um total de 36, e as que finalizaram a intervenção foram 26. A Tabela 4 apresenta o número total de participantes que compareceram em cada encontro.

TABELA 4 - Número de participantes nos encontros

<b>ENCONTROS</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>
1º.	49
2º.	37
3º.	32
4º.	33
5º.	27
6º.	32
7º.	30
8º.	26
9º.	25
10º.	23
11º.	23
12º.	27
Frequência Média	30

Durante intervenção, a média de participantes presentes foi de 30 mulheres em cada encontro. Observa-se que, do 8º ao 12º encontro, a média de frequência foi de 25 participantes.

Nos grupos desenvolvidos no Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato houve um menor número de desistências (14 mulheres) do que nos do Centro de Saúde Escola Cuiabá (18 mulheres).

### **3.2. Avaliação do nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida das mulheres que participaram da aplicação inicial dos instrumentos**

A seguir, serão apresentados os resultados da avaliação do nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida das mulheres que estiveram presentes em pelo menos um dos encontros da aplicação inicial dos instrumentos (2º, 3º ou 4º encontro).

#### **3.2.1. Avaliação do questionário de conhecimentos**

A análise do questionário de conhecimentos refere-se aos resultados obtidos a partir da aplicação inicial do instrumento, na qual estiveram presentes 45 participantes.

##### **3.2.1.1. Informações sobre climatério e menopausa**

A Tabela 5 apresenta as questões relativas às informações sobre climatério e menopausa.

TABELA 5 - Questionário de conhecimentos: questões relacionadas à informações sobre climatério e menopausa

<b><u>INFORMAÇÕES SOBRE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA</u></b>	<b>PORCENTAGEM DE RESPOSTAS</b>			
	<b>VERDADEIRO</b>	<b>FALSO</b>	<b>NÃO SEI</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
Não existe diferença entre menopausa e climatério	26,6	15,6	57,8	-
Todas as mulheres devem fazer terapia de reposição hormonal quando entram na menopausa	82,2	-	17,8	-
O climatério não traz risco para a saúde da mulher	24,4	37,8	35,6	2,2
Menopausa é a última menstruação da mulher	48,9	22,2	28,9	-
O climatério envolve todo o período de transformações em torno da última menstruação	51,2	4,4	42,2	2,2
Depois da menopausa a mulher ainda pode ter filhos	17,8	53,4	24,4	4,4
A terapia de reposição hormonal repõe os hormônios que o organismo deixa de fabricar	77,8	2,2	17,8	2,2
No climatério, a mulher pode sentir ondas de calor, irritação, secura na vagina e insônia.	86,7	2,2	11,1	-
A terapia de reposição hormonal pode aliviar os sintomas que a mulher sente no climatério, e prevenir contra a osteoporose e doenças do coração	88,9	-	8,9	2,2

As participantes apresentaram maior percentual de dúvidas (resposta "não sei") e respostas incorretas nas questões referentes à diferença entre climatério e menopausa, necessidade de TRH para todas as mulheres, riscos que o climatério traz para a saúde e o conceito de menopausa.

A maioria das participantes avaliadas (82,2%) acredita que todas as mulheres devem fazer TRH e 17,8% delas têm dúvidas quanto ao assunto.

Verificou-se que todo o grupo estudado desconhece o fato de que nem todas as mulheres têm indicação clínica para a reposição hormonal farmacológica.

Os resultados da questão que avalia os conceitos de climatério e menopausa demonstraram que a maioria das participantes (57,8%) não tem conhecimento da diferença existente entre eles, e que 26,6% das mulheres acreditam que os dois têm o mesmo significado.

A questão referente aos riscos que o climatério traz para a saúde da mulher foi avaliada como falsa por 37,8% das participantes, como verdadeira por 24,4% e 35,6% não souberam responder. Pode-se verificar que, apesar da alternativa "falso" ter apresentado maior porcentagem de respostas, a soma das alternativas "verdadeiro" e "não sei" representa 60,0% do grupo estudado.

Na afirmação de que a menopausa é a última menstruação, o percentual de respostas incorretas (22,2%) e dúvidas (28,9%) representa 51,1% do total de respostas.

As participantes demonstraram, em sua maioria, conhecer os principais sintomas do climatério (86,7%), a finalidade da TRH (77,8%) e seus benefícios (88,9%), e que a menopausa é o final da vida reprodutiva (53,4%).

### 3.2.1.2. Sexualidade

As questões que abordam o tema da sexualidade e as porcentagens de respostas obtidas estão descritas na Tabela 6.

TABELA 6 - Questionário de conhecimentos: questões relacionadas à sexualidade

<b><u>SEXUALIDADE</u></b>	<b>PORCENTAGEM DE RESPOSTAS</b>			
	<b>VERDADEIRO</b>	<b>FALSO</b>	<b>NÃO SEI</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
Na menopausa o desejo sexual da mulher diminui	53,3	22,2	24,5	-
Se a mulher sempre teve uma vida sexual satisfatória, no climatério isso continuará acontecendo	42,2	22,2	33,4	2,2
A mulher tem menos necessidade de sexo do que o homem	31,1	53,4	13,3	2,2
No climatério, a mulher deixa de ser bonita e atraente	24,5	62,2	13,3	-
Conhecer o próprio corpo não é importante para a sexualidade	31,1	55,6	11,1	2,2
A mulher não deve tomar a iniciativa para o sexo	15,6	68,9	13,3	2,2

A questão referente à diminuição do desejo sexual na menopausa foi considerada verdadeira por 53,3% das mulheres pesquisadas e 24,5% delas não tinham esse conhecimento. Quanto à possibilidade de satisfação sexual no climatério, 22,2% responderam “falso” e 33,4% “não sei”. As maiores porcentagens de falta de informação e concepções errôneas foram apresentadas nessas questões.



### 3.2.1.3. Envelhecimento

As questões relativas aos preconceitos e mitos sobre o envelhecimento podem ser vistos na Tabela. 7.

TABELA 7 - Questionário de conhecimentos: questões relacionadas ao envelhecimento

<b><u>ENVELHECIMENTO</u></b>	<b>PORCENTAGEM DE RESPOSTAS</b>			
	<b>VERDADEIRO</b>	<b>FALSO</b>	<b>NÃO SEI</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
O envelhecimento é uma etapa da vida que só traz conseqüências negativas, como as doenças e as perdas	37,8	48,9	11,1	2,2
A mulher quando fica mais velha vai perdendo a inteligência	22,2	66,7	11,1	-
A velhice é uma fase na qual a pessoa tem mais tempo livre para passear, cuidar de si e realizar antigos planos	71,2	13,3	13,3	2,2
Nesta fase da vida, é tarde para iniciar novos projetos	17,8	75,6	6,6	-
Envelhecer pode ser vivido de forma positiva Quando a mulher cuida da sua saúde, tem hábitos saudáveis e procura realizar atividades que lhe dêem prazer	95,6	-	4,4	-

Os resultados obtidos, nas questões que abordam o tema envelhecimento, apontam que a maioria das participantes compreendem a velhice como uma fase possível de ser vivida de maneira positiva e prazerosa (95,6%), realizando novos projetos (75,6%), com mais tempo livre (71,2%) e sem prejuízo da inteligência (66,7%). Porém, os resultados da questão que avalia a afirmação de que o envelhecimento é uma etapa

apenas com conseqüências negativas e perdas, quando somadas as categorias "verdadeiro" (37,8%) e "não sei" (11,1%), o percentual destas respostas equivale às respostas que consideraram a afirmação como falsa (48,9%).

### 3.2.1.4. Hábitos de vida saudáveis

Os hábitos que podem contribuir para que as mulheres tenham uma vida mais saudável no climatério e as porcentagens de respostas obtidas são apresentadas na Tabela 8.

TABELA 8 - Questionário de conhecimentos: questões relacionadas a hábitos de vida saudáveis

<b><u>HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS</u></b>	<b>PORCENTAGEM DE RESPOSTAS</b>			
	<b>VERDADEIRO</b>	<b>FALSO</b>	<b>NÃO SEI</b>	<b>SEM RESPOSTA</b>
A mulher deve ir ao ginecologista somente quando estiver com algum problema de saúde.	20,0	75,6	4,4	-
A mulher, na fase do climatério, deve procurar fazer uma dieta com alimentos ricos em cálcio e pobres em gorduras e açúcares	77,8	4,4	15,6	2,2
No climatério, a mulher deve procurar participar de atividades em grupo ( grupos de 3ª Idade, bailes, grupos religiosos, etc.)	88,9	4,4	6,7	-
A prática de exercícios físicos (caminhadas, natação, dança, etc.) é recomendada para as mulheres no climatério	88,9	-	8,9	2,2
Nesta fase da vida, é importante para a mulher buscar atividades que lhe dêem prazer	91,2	4,4	2,2	2,2

Em todas as questões avaliadas, a porcentagem de respostas adequadas foi superior a 75,0%.

### **3.2.2. Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)**

#### **3.2.2.1. Ansiedade traço**

A ansiedade traço foi avaliada em 38 mulheres, que apresentaram o escore médio de 47,55 (desvio padrão = 9,81). Este resultado, comparado com a padronização (Teste t de Student) média = 45,34 e desvio padrão = 9,88 (BIAGGIO & NATALÍCIO, 1979), não apresentou diferença significativa.

#### **3.2.2.2. Ansiedade estado**

Quanto à ansiedade estado, foram avaliadas 44 mulheres. A média dos escores obtidos foi 43,34 (desvio padrão = 10,55). Comparado aos dados normativos (Teste t de Student) média = 43,64 e desvio padrão = 10,02, a média das participantes foi equivalente à norma.

### **3.2.3. Avaliação do inventário de depressão de Beck**

O escore médio das 38 participantes avaliadas com o inventário de depressão de Beck foi 15,55. Considerando a padronização para amostras sem depressão diagnosticada, o grupo pesquisado, por apresentar escores acima de 15, encontra-se dentro da categoria disforia (GOREINSTEIN & ANDRADE, 2000).

### **3.2.4. Avaliação do instrumento de qualidade de vida - WHOQOL-Bref**

A média dos escores apresentados pelas 39 participantes em cada um dos domínios avaliados foi comparada estatisticamente, através do Teste t de Student, com os escores das pacientes de Ginecologia (FLECK et al., 2000). No Domínio Físico e Meio Ambiente a média dos escores das participantes não apresentou diferença significativa em relação à do grupo com que foram comparadas. No Domínio Psicológico, houve significância estatística ( $p= 0,03$ ) na análise da diferença entre a média das mulheres pesquisadas (13,83) e a do grupo de comparação (14,69). O Domínio Relações Sociais também apresentou diferença significativa ( $p< 0,001$ ) entre as médias; as participantes obtiveram média 13,44 e o grupo de pacientes da ginecologia 15,51. A Tabela 9 mostra as médias das participantes e também das pacientes da área ginecológica.

TABELA 9 - WHOQOL-Bref: médias dos sujeitos (n= 39) e pacientes da área ginecológica

<b>Domínio</b>	<b>Sujeitos (n=39)</b>	<b>Pacientes Ginecologia</b>	<b>p</b>
Físico	14,05	13,81	-
Psicológico	13,83	14,69	0,03
Relações Sociais	13,44	15,51	< 0,001
Meio Ambiente	13,08	13,15	-

### **3.3. Análise comparativa: avaliação pré e pós intervenção psicológica**

A seguir, serão apresentados os resultados da análise comparativa dos níveis de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida das mulheres avaliadas no início e no final da intervenção psicológica.

#### **3.3.1. Caracterização dos sujeitos**

Fizeram parte desta amostra 26 mulheres. Este grupo possui, quanto às variáveis demográficas, de saúde e sociais, características semelhantes às do grupo caracterizado no início da intervenção. Na Tabela 10 são apresentadas as variáveis analisadas e a especificação das categorias que tiveram maior percentagem de respostas.

TABELA 10 – Caracterização sujeitos avaliados na pré e pós intervenção (n=26)

VARIÁVEL	ESPECIFICAÇÃO	PORCENTAGEM
IDADE	45 a 50 anos	53,8%
ESTADO CIVIL	Casada	80,8%
PROFISSÃO	Do lar	65,4%
ESCOLARIDADE	1 <sup>o</sup> Grau Incompleto	43,6%
MENOPAUSA	Sim	69,2%
TEMPO DE MENOPAUSA	1 a 3 anos	50,0%
PROBLEMAS DE SAÚDE	Sim	76,95%
DOENÇAS RELATADAS	Hipertensão Arterial Hipercolesterolemia Problemas de Coluna	33,4% 13,3% 13,3%
USO DE MEDICAÇÃO	Sim	84,6%
MEDICAÇÃO UTILIZADA	Hormônio Anti-hipertensivo	46,5% 35,5%
PARTICIPAÇÃO EM OUTROS GRUPOS	Não	69,2%
LAZER	Nenhum	57,7%

### 3.3.2. Avaliação do questionário de conhecimentos

A análise comparativa entre o resultado inicial e final do questionário de conhecimentos apontou uma diferença significativa em cinco das 25 questões investigadas. É importante ressaltar que quatro questões eram relativas às informações sobre climatério e menopausa e uma estava relacionada ao conteúdo de sexualidade. Nas questões com temas sobre

hábitos de vida saudáveis e envelhecimento não foi encontrada diferença significativa entre a avaliação pré e pós intervenção psicológica.

A Tabela 11 mostra as questões que apresentaram diferença significativa entre os resultados da avaliação pré e pós intervenção psicológica.

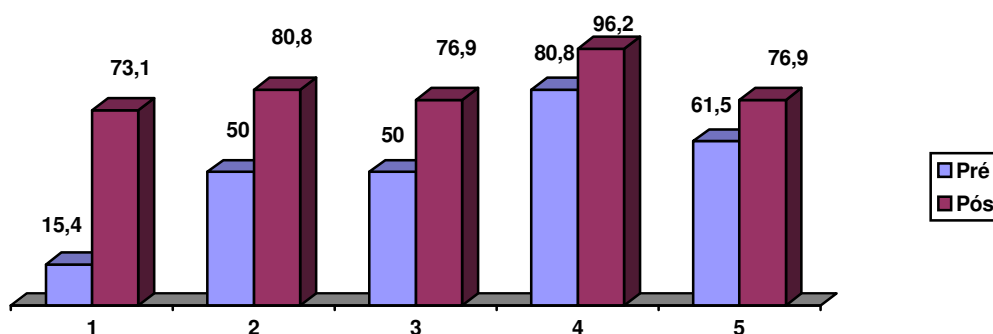
TABELA 11 - Questionário de conhecimentos: porcentagem de respostas e diferenças significativas entre os resultados pré e pós intervenção psicológica

<u>INFORMAÇÕES SOBRE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA</u>	PORCENTAGEM DE RESPOSTAS						
	VERDADEIRO		FALSO		NÃO SEI		p
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	
Não existe diferença entre menopausa e climatério	26,9	19,2	15,4	73,1	57,7	7,7	<0,01
O climatério envolve todo o período de transformações em torno da última menstruação	50,0	80,8	3,8	15,4	46,2	3,8	0,03
Menopausa é a última menstruação da mulher	50,0	76,9	26,9	23,1	23,1	0	0,04
A terapia de reposição hormonal repõe os hormônios que o organismo deixa de fabricar	80,8	96,2	0	0	19,2	3,8	0,05
<u>SEXUALIDADE</u>							
No climatério, a mulher deixa de ser bonita e atraente	23,1	15,4	61,5	76,9	15,4	7,7	0,06*

\*Foi também considerado significativo este valor, próximo a  $p \leq 0,05$

O Gráfico 1 mostra a porcentagem de respostas adequadas nas questões que apresentaram diferença estatisticamente significativa comparando os resultados das avaliações pré e pós intervenção psicológica.

Gráfico 1 - Questionário de conhecimentos: porcentagem dos resultados pré e pós intervenção psicológica nas questões que apresentaram significância estatística



- 1- Diferença entre o conceito de climatério e menopausa
- 2- Conceito de climatério
- 3- Conceito de menopausa
- 4- Finalidade da TRH
- 5- Perda da beleza e sensualidade no climatério

### 3.3.2.1. Informações sobre climatério e menopausa

A questão que avalia a diferença entre menopausa e climatério foi a questão que apresentou a maior porcentagem de respostas "não sei" (57,7%) na primeira aplicação. Antes da intervenção, foi verificado um baixo



número de respostas concordando com a diferença entre os dois conceitos (15,4%). Após a intervenção, aumentou significativamente o número de mulheres que consideraram falsa essa frase (73,1%), diminuindo também as respostas não sei (7,7%) e verdadeiro (19,2%). A comparação dos resultados pré e pós intervenção psicológica apresentou diferença com significância estatística ( $p=0,001$ ).

Na primeira aplicação do questionário, a frase que define o climatério como todo o período de transformações em torno da menopausa, foi avaliada por 50,0% dos sujeitos como verdadeira. Verificou-se também alta frequência da resposta "não sei" (46,2%). Esse resultado apresentou diferença estatística significativa ( $p= 0,03$ ) quando comparado às respostas da segunda avaliação, onde 80,8% das mulheres consideraram a frase verdadeira; 15,4% responderam "falso" e apenas 3,8% "não sei".

Na questão referente ao conceito de menopausa como a última menstruação da mulher, o percentual de respostas corretas aumentou de 50,0 % (avaliação inicial) para 76,9% (avaliação final). Neste caso, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,04$ ).

Na questão que aponta a terapia de reposição hormonal como forma de repor os hormônios que o organismo deixa de produzir, foi observado um alto número de respostas considerando verdadeira esta afirmativa, tanto na primeira aplicação (80,8%) como na segunda (96,2%). Foi encontrada uma

diferença estatística significativa ( $p= 0,05$ ) entre os resultados pré e pós intervenção no que se refere à alternativa "não sei", que passaram de 19,2% para 3,8%.

### **3.3.2.2. Sexualidade**

A frase que relacionava o climatério com a perda da beleza e sensualidade foi considerada, na avaliação inicial, como falsa por 61,5% das mulheres, por 23,1% como verdadeira e 15,4% escolheram a alternativa "não sei". Na aplicação pós intervenção, esta questão foi dada como falsa por 76,9% dos sujeitos, como verdadeira por 15,4% e 7,7% responderam "não sei". Estes resultados apontam uma diferença estatisticamente significativa ( $p= 0,06$ ) entre as respostas apresentadas na pré e pós avaliação.

### **3.3.3. Avaliação do inventário de ansiedade traço-estado**

#### **3.3.3.1. Ansiedade traço**

A análise estatística dos resultados do nível de ansiedade traço apresentada na Tabela 12, mostrou que não houve diferença significativa para  $p \leq 0,05$  (Teste t de Student) entre as médias obtidas na avaliação

inicial (média = 47,12) e final (média = 45,12). Estes resultados, quando comparados com os dados normativos do instrumento (média = 45,34) (BIAGGIO & NATALÍCIO, 1979), também não apresentaram diferenças significativas ( $p= 0,14$ ).

TABELA 12 - IDATE - ansiedade traço: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica

<b>Ansiedade Traço</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Padronização	45,34	9,88
Avaliação Pré	47,12	9,40
Avaliação Pós	45,12	9,03

### 3.3.3.2. Ansiedade estado

Os resultados não apontaram diferença estatisticamente significativa entre a média de ansiedade estado da avaliação pré intervenção (44,04) e os dados normativos (43,64). A média encontrada na avaliação pós intervenção (37,35) apresentou diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,003$ ) quando comparada com a padronização (média = 43,64). Houve diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,003$ ) entre os resultados das avaliações pré e pós intervenção. Estes dados são apresentados na Tabela 13.

TABELA 13 - IDATE - ansiedade estado: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica

<b>Ansiedade Estado</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Padronização	43,64	10,02
Avaliação Pré	44,04	11,15
Avaliação Pós	37,35	9,06

### **3.3.4. Avaliação do inventário de depressão de Beck**

As médias dos escores do inventário de depressão de Beck, na primeira e na segunda aplicação foram, respectivamente, 15,35 e 13,35. Considerando a padronização proposta por Kendall et al. apud GOREINSTEIN & ANDRADE (2000) para amostras sem depressão diagnosticada, o grupo estudado, na aplicação inicial, encontrava-se dentro da categoria disforia (escores acima de 15).

### **3.3.5. Avaliação do instrumento de qualidade de vida - WHOQOL-Bref**

Os resultados do WHOQOL-Bref encontrados na avaliação pré e pós intervenção psicológica, quando comparados estatisticamente (Teste t de Student), não apresentaram diferença significativa nos Domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. No Domínio Meio Ambiente foi encontrada

significância ( $p= 0,06$ ), ou seja, na avaliação pré intervenção a média encontrada foi 12,64 e na pós 13,15.

TABELA 14 - WHOQOL-Bref: médias e desvios padrão da avaliação pré e pós intervenção psicológica

<b>Domínio</b>	<b>Avaliação Pré</b>	<b>Avaliação Pós</b>
Físico	14,18 (2,79)	13,87 (3,08)
Psicológico	13,92 (2,52)	14,18 (2,33)
Relações sociais	13,49 (3,52)	14,46 (3,19)
Meio ambiente	12,64 (2,13)*	13,15 (1,73)*

\* Diferença significativa ( $p= 0,06$ )

A Tabela 15 apresenta a comparação entre as médias dos escores apresentados pelas participantes, nas duas aplicações do WHOQOL-Bref, e o escore médio das pacientes da área de Ginecologia citadas no estudo de FLECK et al. (1999). Verificou-se que não houve diferença significativa entre as aplicações, exceto no Domínio Relações Sociais. Neste domínio, a diferença significativa ( $p= 0,007$ ) foi entre o resultado da aplicação inicial (média = 13,49) e a média para pacientes da Ginecologia (15,51).

TABELA 15 - WHOQOL-Bref: médias dos sujeitos e pacientes da área ginecológica

<b>Domínio</b>	<b>Avaliação Pré</b>	<b>Avaliação Pós</b>	<b>Pacientes de Ginecologia</b>
Físico	14,18	13,87	13,81
Psicológico	13,92	14,18	14,69
Relações sociais	13,49 *	14,46	15,51*
Meio ambiente	12,64	13,15	13,15

\*Diferença significativa  $p= 0,007$

A diferença significativa apresentada no Domínio Relações Sociais sugere que, no início da intervenção, as participantes comparadas às pacientes de Ginecologia (FLECK et al., 2000) apresentavam maiores dificuldades nos relacionamentos sociais.

#### **3.4. Análise qualitativa da temática sexualidade**

Como análise complementar aos dados quantitativos já apresentados, foi feita uma análise qualitativa parcial abordando os conteúdos sobre sexualidade. Foram comparadas as verbalizações das participantes, coletadas nos encontros que tiveram este tema como ponto central da discussão, e as frases do questionário de conhecimentos também relacionadas à essa temática. A opção por analisar qualitativamente este conteúdo justifica-se pela importância que as questões sexuais têm na forma como as mulheres vivenciam o climatério. Além disso, durante a intervenção, pôde-se perceber que nos depoimentos das mulheres havia controvérsias e ambigüidades entre as respostas à algumas das questões do questionário de conhecimentos e algumas verbalizações apresentadas.

Foi realizada a Análise Temática do material, segundo MINAYO (1994). Optou-se por categorizar os conteúdos que foram mais freqüentes. Na leitura inicial da transcrição de cada encontro, foram assinaladas as verbalizações referentes ao temas escolhido. Posteriormente, esses

conteúdos foram analisados de acordo com o significado e estabelecidas as categorias.

### **3.4.1. Sexualidade**

Estão incluídos nesta categoria as verbalizações das participantes relativas ao desenvolvimento e exercício da sexualidade em todas as fases da vida (infância, adolescência, vida adulta e velhice). Compreende os conteúdos referentes à sexualidade do próprio sujeito, do parceiro e outras pessoas citadas. Considera-se a sexualidade como abrangendo um conjunto de fenômenos da vida sexual, relativos a comportamentos, condutas e à atividade sexual, nos seus componentes afetivos e funcionais (FAVARATO et al., 2000).

Na análise qualitativa das verbalizações sobre sexualidade, as subcategorias mais freqüentes foram: falta de informações sobre sexualidade, diminuição do desejo sexual no climatério, mitos e tabus relacionados à sexualidade, iniciativa da mulher para o sexo, menor interesse sexual da mulher, questões do gênero feminino, perda da beleza e sensualidade no climatério, importância de conhecer o próprio corpo. Abaixo, estão apresentadas as seis subcategorias que estavam contempladas no questionário de conhecimentos e que coincidiram com as questões abordadas pelas Dinâmicas de Grupo utilizadas para a discussão do tema. São elas:

### 3.4.1.1. Diminuição do desejo sexual no climatério

As verbalizações apresentadas pelas participantes indicam a mudança na sexualidade e a diminuição do desejo sexual no climatério. Os resultados foram coincidentes com os resultados do questionário de conhecimento. Essa subcategoria ocorreu com muita frequência, podendo ser representada pelas frases abaixo transcritas:

*"... eu acho que depois dos 40, mudou muito a sexualidade minha. Porque até os 30, 35 topava à qualquer hora, tinha vontade e tudo. Depois que eu comecei esse clima aí, aquelas ondas de calor, e aquelas coiseras... Tudo, foi mudando. Tinha dia que eu não queria nem ver ele deitado perto de mim. Mudou muito, você entende? "*

*"Ah... bastante, né, às vezes precisa assim, como dizem o outro, igual fogão de lenha. Você precisa ir assim, botando fogo devagarinho... É, tem que ir trabalhando."*

*"É, eu acho que diminui o interesse. Diminui bem o interesse. Eu se eu puder, eu até espero meu marido dormir direitinho, depois eu vou bem quietinha. Se ele me cutuca de noite, eu finjo que estou dormindo. O meu diminuiu bastante...."*



### 3.4.1.2. Satisfação sexual no climatério

Através dos depoimentos das integrantes, durante os encontros, e dos resultados do questionário, verificou-se que a maioria das participantes acha que não é possível as mulheres continuarem tendo uma vida sexual satisfatória no climatério. Nos relatos das mulheres pode-se perceber que, mesmo antes de chegar neste período, muitas já apresentavam dificuldades relacionadas à sexualidade (falta de informações, relacionamento conjugal ruim, mitos e tabus):

*"Tem momentos que eu penso assim, para mim o principal não é ter a relação sexual... Então, eu acho que muitas vezes eu prefiro um momento gostoso nesse sentido assim. Não precisa ser relação sexual propriamente dita, mas um gesto de carinho, uma atenção. Eu acho que isso é tão gostoso... meu marido não é nada romântico."*

*"O meu primeiro marido rasgava as minhas calcinhas... eu negava prá ele, eu não deixava, muitas vezes eu saía do quarto chorando."*

*"...ultimamente, porque é coisa horrível o marido chegar, procurar, acabou, tchau e bença... como diz, tchau, né? O homem é assim... Realmente o homem é animal mesmo, ele não se preocupa com a parceira, pra ele foi lá e pá. E aquilo te causa um bloqueio, porque você fala: Oh, que camarada egoísta, né? Não é verdade? Só ele, só ele."*

*"Cê reparou que sexo é cheio de tabu? Tudo quanto é coisa ele põem tabu no meio, que nem ter relação menstruada... dá isso, dá aquilo... é tudo mentira..."*

*"A minha primeira gravidez eu morria de vergonha de mostrar minha barriga, nossa! Toda gravidez, mas a primeira foi a mais difícil pra mim sabe? Vergonha!"*

Pode-se perceber que para as participantes, a sexualidade e o desempenho sexual são influenciados diretamente pela forma como o parceiro demonstra seu interesse por elas, pelas atividades e problemas do cotidiano e, inclusive, pela forma como vivenciaram as primeiras experiências sexuais. Foram também muito freqüentes os relatos dos comportamentos dos parceiros, que as mulheres julgam inapropriados (falta de carícias preliminares, desinteresse pelos sentimentos delas, falta de romantismo). Desta forma, pode-se compreender a dificuldade dessas mulheres para encararem o climatério como uma fase onde é possível ter uma sexualidade prazerosa.

#### **3.4.1.3. Iniciativa da mulher para o sexo**

A análise das verbalizações dos grupos mostra que, apesar das participantes afirmarem que as mulheres devem tomar a iniciativa para o

sexo, isso não é prática comum de várias delas. Nas duas aplicações do questionário, a inadequação da mulher para iniciar a relação sexual foi considerada falsa pela maioria das participantes. Porém, os relatos apontaram a dificuldade dessas mulheres em demonstrar ao parceiro seu desejo e tomar a iniciativa para o sexo:

*"Eu acho que deve, tudo bem, depende muito da mulher. Eu mesma, no meu caso, eu prefiro ser procurada do que procurar. Eu sei que deve, que é normal, tudo bem, mas eu acho mais gostoso, mais legal, ser procurada."*

*"Sim, só que não precisa porque quando você é namorada, você sabe, começa a namorar, o namorado é que chama, né. Então não, é sempre assim a gente sai e quem toma a iniciativa é ele, porque eu nunca chamei..."*

*"Não, não. Parece que sou meio tímida..."*

*"Ah, eu já acostumei né. Sempre ele toma a iniciativa. Então acomodei, eu acho. Eu não tomo a iniciativa, talvez por causa disso."*

#### 3.4.1.4. Perda da beleza e sensualidade no climatério

Tanto no questionário de conhecimentos, como nos depoimentos das mulheres, foi maior a frequência de verbalizações negando a perda da beleza e sensualidade no climatério.

*"Eu acho que eu tô mais bonita. Meu marido fala que eu tô, minha netinha: 'vó a senhora tá bonita, vó !'. Então, eu tô bonita."*

*"É sim, uai, a elegância não tem idade..."*

*"Eu acho que ela valoriza mais o corpo nesta época, elas valorizam mais ou têm mais tempo, não sei..."*

No entanto, também surgiram verbalizações onde as mulheres associaram a perda da beleza e sensualidade, não especificamente ao climatério, mas ao processo de envelhecimento. Os relatos abaixo podem exemplificar essa percepção:

*"Ah, mais bonita a gente não vai ficando, mas não que é por causa do climatério, mas é devido que a*

*gente vem vindo com a nossa idade, né? Eu acho que não tem nada a ver né? Vamos supor, do climatério com a nossa idade assim, que nós vai ficá mais feia, é a idade que vem chegando."*

*"... quando eu era nova, 30, 45 anos, eu não era desse jeito. Agora, de repente, eu fico num desespero. A minha barriga tá enorme, meu peito tá caído. Eu não vou mentir, não tem como eu me sentir atraente, eu me sentir mais bonita, mais sexy, não tem como..."*

#### **3.4.1.5. Necessidade de sexo**

Durante a intervenção, os relatos dizendo que os homens têm mais necessidade de sexo do que as mulheres foram mais freqüentes. No entanto, isso foi incompatível com os resultados do questionário de conhecimentos, quando a maioria das participantes negou a afirmação de que as mulheres têm menos necessidade de sexo do que os homens. As participantes relacionaram a diferença do interesse sexual entre homens e mulheres a fatores como a educação, sobrecarga de tarefas femininas e aos fatores emocionais que interferem no interesse e desejo sexual das mulheres. Os seguintes depoimentos mostram a contradição entre o que as mulheres responderam no questionário e o que foi discutido na intervenção:

*"Acredito que a mulher é mais acomodada, né? O homem é animal mesmo, tá sempre com*

*disposição... a própria situação, o cansaço, o dia a dia. A gente, além de fazer lá fora, tem que fazer em casa. Então aquilo vai acumulando, chega à noite ... Não é que a gente não sente vontade, mas é que a própria situação, o cansaço. O homem não, pode estar com mil e uma coisa na cabeça que ele está sempre disposto nessa hora, nem que for só por aqueles minutos. Eu penso que realmente o homem tem mais necessidade de sexo. É como eu disse, meio animal, meio não, é animal mesmo.*

*"Eu acho que naturalmente sempre é assim, a mulher tem menos necessidade. Acredito até por questões de educação. Eu fui educada pra ser dona de casa, mãe, esposa no sentido assim de cuidar do marido, cuidar da roupa... Minha mãe nunca me ensinou alguma coisa de ser sensual."*

#### **3.4.1.6. Importância de conhecer o próprio corpo**

As verbalizações das mulheres foram, na sua maioria, ressaltando a importância de se conhecer o próprio corpo; o que indica uma relação positiva com as respostas do questionário. Isso pode ser verificado em relatos como:

*"Eu acho que é importante conhecer o próprio corpo e saber as zonas eróticas, pra sentir onde você vai sentir prazer, onde não vai. A gente precisa mesmo conhecer o corpo."*

*"Então, eu acho importante a gente se conhecer, a gente ter um horizonte maior do que ser muito fechada, muito bitolada. Eu acho que isso dá condições para você poder se analisar em diversos momentos da sua vida..."*

Entretanto, poucas mulheres relataram possuir este auto-conhecimento. Nos depoimentos relativos à falta de informações sobre a sexualidade, nas diferentes etapas do desenvolvimento, fica implícito o desconhecimento das mulheres em relação ao seu próprio corpo e ao corpo masculino . Os relatos abaixo podem ilustrar esse aspecto:

*"Antigamente os pais não conversavam com os filhos, e minha mãe foi sempre muito fechada."*

*"Não, ela (a mãe) nunca me explicou nada. Minha menstruação veio com 12 anos. Quando veio pra mim eu falei: 'Nossa Senhora, eu me machuquei'. Eu não sabia o que era aquilo."*

*"...foi quando eu comecei, né? Eu falava assim: 'Meu Deus do Céu...'. Eu tinha vergonha, nunca tinha visto um homem pelado. A primeira vez, eu não queria sair de dentro do carro. Eu queria ir embora."*

A falta de informação quanto à sexualidade sugere que, apesar das mulheres acharem importante para a sexualidade conhecer o próprio corpo, o fato de não terem essa vivência dificulta o exercício da sexualidade.

Pode-se observar através dos depoimentos durante a intervenção, que para a maioria das participantes, a sexualidade no climatério encontra-se comprometida. As mulheres apontaram uma diminuição do desejo e da satisfação sexual neste período, dificuldade para demonstrar o desejo e interesse sexual e desconhecimento do próprio corpo. Entretanto, a maneira como elas estão vivenciando a sexualidade, neste período, não é explicada apenas em função das alterações provocadas pela deficiência estrogênica. A sexualidade no climatério pode ser influenciada por fatores como a falta de informações, a repressão sexual, os mitos e tabus relacionados ao envelhecimento, as dificuldades de relacionamento com o parceiro, as modificações do corpo, sentimentos de perda em relação à sensualidade, dentre outros. Todavia, é perfeitamente possível que as mulheres no climatério continuem mantendo uma vida sexual satisfatória. É de grande importância que elas sejam esclarecidas sobre as modificações (físicas, psicológicas e sociais), para que possam encontrar recursos internos e externos para enfrentar esta fase.



## **4. DISCUSSÃO**

### **4.1. A intervenção psicológica**

Este estudo originou-se da solicitação feita pelos profissionais de saúde que atendem as mulheres climatéricas no Ambulatório de Ginecologia do Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato para que fosse desenvolvido um trabalho informativo com esta clientela. A partir dessa demanda, foi elaborada uma proposta de intervenção a ser realizada, em grupos, com estas mulheres.

Durante o procedimento de formação dos grupos, um aspecto observado refere-se à dificuldade de adesão das mulheres ao atendimento oferecido. Foram convidadas 211 mulheres para participar do trabalho. Destas 57 compareceram a pelo menos um dos 3 encontros iniciais e 26 finalizaram a intervenção. É bastante expressiva a diferença entre a quantidade de mulheres convidadas e as que efetivamente aceitaram o convite. A maioria das justificativas dadas pelas mulheres que, no momento do convite, não aceitaram participar do trabalho, estavam relacionadas ao fato delas trabalharem fora de casa, precisarem cuidar dos netos para que

as filhas/noras pudessem trabalhar e também por serem cuidadoras de familiares doentes/idosos. Esse dado é condizente com o nível sócio-econômico (médio baixo, baixo) dos usuários dos Centros de Saúde onde o trabalho foi desenvolvido e também com o fato da maioria das mulheres que aceitaram participar do estudo não terem ocupação profissional, ou seja, serem donas de casa. Assim, o horário em que os encontros aconteciam (8:00 às 9:30 hs. ou 14:00 às 15:30 hs.) pode ser um dos fatores que impediu a participação das mulheres na intervenção. Uma alternativa para aumentar a participação das mulheres nos grupos de climatério, seria oferecer o atendimento em horários diferentes da jornada de trabalho, como por exemplo, no final da tarde. A dificuldade para a formação dos grupos também foi relatada em outros trabalhos. Na experiência de SOUZA et al. (1999), apesar de muitas mulheres se interessarem pela proposta, poucas mostraram-se interessadas e dispostas a participar. Nos grupos de sala de espera citados em GUTIÉRREZ (1992), as mulheres também apresentavam resistências em aceitar o convite para passar para outra sala e participar do grupo que seria realizado; o que era minimizado pela garantia de serem atendidas no horário da consulta marcada.

Outro aspecto a ser discutido, refere-se à frequência e às desistências que ocorreram durante a intervenção. Considerando-se todos os grupos, estiveram presentes em média 30 mulheres em cada encontro. A variação do número de participantes presentes no 1º e no último encontro esteve entre 49 e 30 mulheres. Uma questão que pode estar relacionada à

diminuição da frequência de participantes refere-se à duração da intervenção. O fato de ter sido desenvolvido um trabalho de média duração (aproximadamente 3 meses), propicia o acontecimento de situações que podem impossibilitar a participação em alguns encontros ou, até mesmo, a permanência das mulheres até o final da intervenção, como por exemplo, doenças pessoais e/ou de familiares, viagens, recepção de parentes/visitas em casa, modificações na própria situação de trabalho ou de algum familiar, necessidade de assumir funções de cuidadora, etc. Ainda quanto às desistências, observou-se que elas ocorreram em menor número no Centro Médico, Social e Comunitário de Vila Lobato. As hipóteses levantadas para explicar este dado estão relacionadas ao fato da maioria das pacientes residirem próximo a este Centro de Saúde, os grupos terem sido realizados em horário mais adequado (período da manhã) e pela instituição oferecer assistência especializada apenas em Ginecologia e Pediatria; o que favorece um atendimento e acompanhamento mais personalizado às pacientes.

Cabe também ressaltar que, além dos aspectos objetivos que dificultaram ou até mesmo impossibilitaram uma maior adesão ao trabalho de grupo, existem ainda as dificuldades internas decorrentes de medos, mitos e preconceitos, que amedrontam as mulheres nesta fase da vida. Sabe-se que as mulheres têm dificuldades e resistência para lidar com os temas climatério e menopausa. Segundo HARDY et al. (1992) isso deve-se ao fato da imagem das mulheres de meia-idade, ou que estão passando

pelo climatério, ser embasada em concepções negativas. Na experiência de grupo relata por SOUZA et al. (1999), as mulheres mais jovens, e que não se consideravam no climatério, tiveram menos dificuldade para falar sobre o assunto do que as mulheres mais velhas. Quando questionadas sobre o que era climatério e menopausa, as mulheres também apresentaram uma visão predominantemente negativa deste período; associada à perdas (físicas e emocionais) e ao envelhecimento.

Observou-se, neste estudo, que a modalidade de intervenção grupal e as técnicas de dinâmica de grupo utilizadas contribuíram para aumentar a motivação e o interesse das mulheres pela intervenção, facilitaram as discussões e promoveram a integração grupal. De acordo com RISSIN (1999, p.34):

*"o grupo se oferece como um lugar para a elaboração da crise da menopausa na medida em que o contato entre as participantes viabiliza a revisão de idéias e de preconceitos. É também um lugar onde a mulher na menopausa pode falar."*

A adequação das técnicas e do estilo de atendimento em grupo foi demonstrada através da forma como as participantes executaram as tarefas que eram propostas pela coordenadora, da disponibilidade para discutir os assuntos e expressar suas vivências e dos vínculos de confiança

estabelecidos durante a intervenção, entre as participantes do grupo e destas com a coordenadora.

#### **4.2. Instrumentos de avaliação**

Os instrumentos utilizados, nesta pesquisa, para avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e qualidade de vida são largamente empregados com finalidade clínica e de pesquisa (ANDRADE & GOREINSTEIN, 2000; GOREINSTEIN & ANDRADE, 2000). Entretanto, faz-se necessário considerar os aspectos que favoreceram e os que dificultaram a utilização dos mesmos. Por se tratarem de escalas de auto-avaliação, foi possível fazer a aplicação de forma coletiva, permitindo incluir a aplicação dos instrumentos no início dos encontros e desta forma avaliar todas as mulheres ao mesmo tempo. O baixo nível de escolaridade de algumas participantes dificultou a compreensão dos instrumentos, apesar da ajuda dada pela pesquisadora ou colaboradora de pesquisa no momento da aplicação. Esse fator pode ter influenciado na maneira como as mulheres responderam aos instrumentos.

Outro aspecto que é importante de ser ressaltado diz respeito à falta de dados na literatura que relatassem o uso destes instrumentos com mulheres no climatério. Assim, os resultados encontrados neste estudo foram comparados apenas com os dados normativos de cada instrumento. A

impossibilidade de comparar esses resultados com uma amostra de características semelhantes às das mulheres avaliadas não permite ampliar a análise dos dados. Na aplicação inicial, algumas mulheres apresentaram uma pequena resistência para responder aos instrumentos. Isso era demonstrado através de verbalizações como: "*Questionário de novo!*", "*Mais questionário para responder...*", "*...essa pergunta é difícil*". Pôde-se observar que esse tipo de comportamento era mais freqüente nas participantes que tiveram, nas dinâmicas de grupo desenvolvidas, dificuldades de entrar em contato com suas emoções. Apesar disto, nenhuma das participantes se recusou a responder aos instrumentos. Na aplicação final, as participantes não apresentaram dificuldades para responder aos instrumentos. Na avaliação que fizeram sobre a utilização deles, um aspecto interessante apontado pelas mulheres foi o fato de que elas, quase nunca, paravam para refletir ou pensar sobre os temas abordados. Assim, os instrumentos podem ter contribuído para favorecer a introspecção e o auto-conhecimento.

### **4.3. Avaliação do nível de informações**

Estudos sobre o climatério têm apontado o despreparo e as dificuldades das mulheres para vivenciarem este período (FERNANDES, A., 1995; RODRIGUES & RODRIGUES, 1990). Isso pode ser causado pela falta de informações e também pelas concepções negativas que estão associadas à esta fase de vida das mulheres. De acordo com HARDY et al.

(1992), tanto as mulheres como a população em geral possuem deficiências na quantidade e na qualidade das informações sobre o climatério e a menopausa. Os resultados da avaliação do nível de informações realizada com as 45 participantes, no início do estudo, coincide com estes dados da literatura. As mulheres avaliadas demonstraram desconhecimento da diferença entre os termos climatério e menopausa, da concepção da menopausa como a última menstruação e do climatério como o período de transformações em torno dela. Esse dado é coerente com as concepções do senso comum, ou seja, climatério e menopausa são vistos como sinônimos (HARDY et al., 1992). À primeira vista, estes termos podem parecer conceitos técnicos, com importância apenas para os profissionais de saúde. Porém, a compreensão deles pode ajudar as mulheres a terem uma visão mais ampla deste período da vida, o que conseqüentemente, irá favorecer a ampliação dos cuidados que elas dispensarão para sua saúde.

Outro dado importante a ser considerado refere-se à possibilidade do climatério trazer riscos à saúde da mulher (SOBRAC, 1999; FERREIRA, 1999). As participantes do estudo, na avaliação inicial, demonstraram não saber que com a diminuição da produção de estrogênios as mulheres ficam mais suscetíveis às doenças cardiovasculares e osteoporose. O desconhecimento dos riscos decorrentes da deficiência estrogênica pode minimizar a atenção que essas mulheres terão com sua saúde, no que se refere ao acompanhamento ginecológico periódico, adesão à TRH, realização de exames preventivos e prática de hábitos de vida saudáveis.

Quanto à sexualidade, os resultados das questões que avaliam a diminuição do desejo e a satisfação sexual no climatério podem estar indicando mais do que a falta de informações. Eles podem sugerir a maneira como as mulheres estudadas estão vivenciando a sexualidade nesta etapa da vida. Conforme ABDO et al. (1997), na pré ou pós menopausa, a maior parte das mulheres irá sofrer alterações na função sexual. Para as participantes deste estudo a possibilidade de continuar tendo uma vida sexual satisfatória no climatério parece não estar sendo visualizada, já que o grupo, na sua maioria, avaliou esta questão como falsa ou respondeu não ter conhecimento sobre o assunto. Essa dificuldade para compreender e vivenciar a sexualidade de forma satisfatória no climatério pode ser explicada também pelo fato de que, segundo TRIEN (1994), *"as preocupações comuns da meia-idade minam as energias sexuais da mulher"*. Do ponto de vista biológico, LOPES (1999) aponta que, no climatério, a sexualidade pode sofrer transformações relacionadas à alteração hormonal (diminuição da elasticidade e lubrificação vaginal e lentidão na resposta sexual). Entretanto, a sexualidade nesta fase da vida recebe também influência de fatores psicossociais, como por exemplo, a relação conjugal, experiências sexuais anteriores, aspectos sociais e culturais relacionados ao sexo (FAVARATO et al., 2000). Assim, questões sócio-culturais (mitos e tabus), psicológicas, dificuldades sexuais e de relacionamento com o parceiro, já presentes em fases anteriores e que se acentuam neste período, são fortes determinantes para a diminuição do desejo e satisfação sexual das mulheres climatéricas. Os depoimentos das



mulheres durante a intervenção coincidem com esses dados da literatura, pois mostraram o quanto esses fatores influenciam na vivência da sexualidade neste período. Argumenta-se assim que os profissionais que trabalham na área de saúde da mulher orientem adequadamente suas pacientes, quanto às transformações da sexualidade no climatério. Em alguns casos pode ser necessário o apoio psicológico para ajudar as mulheres, ou até mesmo os casais, a enfrentarem essas mudanças (MENDES, 1995; ABDO et al., 1997; FAVARATO et al., 2000).

O envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento que, principalmente nas culturas ocidentais, tem sido associado à idéia de perdas e decrepitude; tornando-se um período ameaçador e temido. SALGADO (1992, p.158) declara que:

*"a sociedade do princípio deste século foi pouco generosa com os velhos. No seu egoísmo difundiu horrores com relação à velhice, transformando cada indivíduo em inimigo de si próprio, ao se defrontar com seu envelhecimento."*

As questões que avaliam o processo de envelhecimento apontam um alto índice de respostas adequadas. Porém, verificou-se uma contradição entre o resultado da questão que considera o envelhecimento como uma etapa que só traz conseqüências negativas, com os resultados das outras

questões (possibilidade de vivenciar o envelhecimento de forma positiva e iniciar novos projetos, fase com maior disponibilidade de tempo, preservação das capacidades cognitivas). Este dado pode estar indicando uma ambivalência entre as concepções que as participantes têm sobre o envelhecimento e uma maneira "idealizada" para se vivenciar este período. VELOZ et al. (1999) relatam que, no Brasil, existem pesquisas em que os idosos representam o processo de envelhecimento exclusivamente a partir das perdas, mas que também estão surgindo oportunidades para que *"experiências de envelhecimento bem sucedido possam ser vividas coletivamente"*. A participação grupal pode ser importante no sentido de ajudar o idoso a reconstruir a sua identidade, a recuperar os laços com a família e resgatar suas potencialidades (ZIMERMAN, 1997). Neste sentido, os grupos para a Terceira Idade, têm contribuído muito para a desmitificação dos preconceitos e estereótipos relacionados à velhice.

A maioria das participantes demonstrou possuir informações e conhecimentos quanto aos hábitos de vida que podem contribuir para uma vida saudável no climatério. Estes resultados são incoerentes com dados coletados sobre a participação em grupos e realização de atividades de lazer. Verifica-se assim a existência de uma diferença entre conhecer e praticar efetivamente hábitos de vida saudáveis. Desta maneira, fica evidenciada a necessidade de, nas ações educativas, sensibilizar as mulheres e motivá-las a seguirem uma dieta adequada, praticar exercícios físicos regulares e buscar atividades que contribuam para seu bem-estar.

De acordo com os resultados obtidos, as participantes conhecem os principais sintomas do climatério (ondas de calor, insônia, secura vaginal e irritação), a finalidade da TRH e seus benefícios (alívio dos sintomas e prevenção contra osteoporose e doenças cardiovasculares) e que a menopausa é o final da vida reprodutiva. Como a maioria das mulheres pesquisadas já atingiu a menopausa, provavelmente esses conhecimentos podem ser decorrentes da vivência deste período. Além disso, deve ser lembrado que a sintomatologia climatérica é muito discutida, tanto pelos profissionais de saúde como pela mídia e população em geral, o que poderia ter favorecido a aquisição desses conhecimentos. Vale ressaltar um aspecto identificado por HARDY et al. (1992), que o fato das mulheres perceberem as mudanças que acontecem no seu corpo, não lhes garante conhecer o significado e as conseqüências dessas alterações.

As medidas preventivas são muito importantes para garantir a qualidade de vida das mulheres no climatério, já que representa um período longo, podendo as mulheres passarem até 1/3 de suas vidas nesta fase. SPEROFF (1999) ressalta a importância da educação da mulher na perimenopausa para que ela possa fazer "*opções terapêuticas*". Este autor argumenta que as intervenções preventivas têm 3 objetivos principais: manutenção da saúde física, social e mental; detectar precocemente patologias e ajudar a mulher a passar com tranquilidade por esta fase. Dentre estas medidas destaca-se o repasse de informações, tanto na consulta ginecológica como nos grupos educativos, o que pode favorecer a

mudança de concepções erradas e de comportamentos. De acordo com MARTINS (1999), a possibilidade das mulheres que estão passando por esta etapa conversarem, pode ser muito importante, já que vivenciam algo semelhante. Assim, nos grupos educativos, torna-se importante esclarecer os conceitos de climatério e menopausa, informar sobre as modificações físicas, psicológicas e sociais que acontecem neste período, orientar sobre a importância de uma dieta equilibrada e a prática de hábitos de vida saudáveis.

A avaliação do nível de informações, ao final da intervenção psicológica realizada neste estudo, apontou que houve aumento significativo no percentual de respostas corretas nas questões referentes aos conceitos de climatério e menopausa; à diferença entre ambos, à finalidade da TRH e à manutenção da beleza e sensualidade no climatério. Desta forma, a intervenção contribuiu para a aquisição de conhecimentos e desmitificação de preconceitos relacionados a estes conteúdos.

#### **4.4. Avaliação da ansiedade e depressão**

A ansiedade e a depressão são citadas por vários autores como sendo sintomas psicológicos do climatério (APPOLINÁRIO et al., 1995; KUBA et al., 1998, FERNANDES, 1999). Entretanto, a deficiência estrogênica não é a única causa desses sintomas, estando eles associados também a fatores

psicossociais (HALBE et al., 1999; ALDRIGHI et al., 2000a). Segundo APPOLINÁRIO et al. (1995), estudos epidemiológicos demonstram que, durante o climatério, não acontece o aumento da frequência de depressão maior, apesar de acontecer aumento dos sintomas depressivos, ansiosos e mnésticos. Para MARTINS (1996), os sintomas depressivos são mais freqüentes nas mulheres que possuem uma concepção negativa da menopausa, sendo importante avaliar a ocorrência de problemas emocionais anteriores. A terapêutica de reposição hormonal tem sido apontada como benéfica no alívio dos sintomas depressivos, melhora do humor e memória e prevenção à Doença de Alzheimer (HALBE et al., 1999; ALDRIGHI et al., 2000a; DEMÉTRIO, 2000). As pacientes, de acordo com as queixas apresentadas, além da TRH, devem ser incentivadas a participarem de grupos, e caso seja necessário, encaminhadas à psicoterapia de apoio (SOARES & ALMEIDA, 1999). Neste estudo, as participantes foram avaliadas com relação à ansiedade e depressão no início e ao final da intervenção psicológica. Na avaliação inicial, as participantes apresentaram níveis de ansiedade traço e estado considerados normais, quando comparados à padronização. Isso indica uma adequação das participantes para reagir a situações de tensão. Na avaliação final, verificou-se a diminuição da média de ansiedade estado. Esse dado indica que a intervenção psicológica pode ter contribuído para a redução da ansiedade transitória e situacional. Quanto à avaliação da depressão, os resultados indicam que as participantes, na avaliação pré intervenção, apesar de não manifestarem indícios depressivos, apresentam alterações no estado de

humor. Na avaliação final, a diminuição da média dos escores mostra que as participantes passaram a enquadrar-se na categoria sem depressão. Portanto, a intervenção psicológica contribuiu também no sentido de melhorar o estado de humor das participantes. Vale ressaltar que a maioria das participantes que relataram usar alguma medicação fazem a terapia de reposição hormonal; o que segundo os estudos citados poderia estar influenciando positivamente no estado de humor das mulheres avaliadas.

#### **4.5. Avaliação da qualidade de vida**

O tema qualidade de vida tem despertado interesse de profissionais e pesquisadores de diversas áreas. Entretanto, ainda não existe um consenso quanto ao conceito de qualidade de vida (HALBE, 1999; BLUMEL et al., 2000). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, três aspectos compõem este conceito: subjetividade, multidimensionalidade e presença de valores positivos e negativos. Assim, qualidade de vida é definida como: "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL Group apud FLECK et al., 2000). Vários são os instrumentos de avaliação de qualidade de vida criados e traduzidos para diferentes culturas. Porém, esses instrumentos não podem ser utilizados para avaliar a qualidade de vida nas diferentes doenças, já que cada uma possui sua especificidade clínica. Desta forma,

instrumentos específicos são necessários para cada condição, e a menopausa é uma delas (BLUMEL et al., 2000). Este autor aponta que não existem muitas pesquisas sobre os efeitos da qualidade de vida na menopausa.

Neste estudo, na avaliação inicial, as participantes apresentaram escores reduzidos nos Domínios Psicológico e Social, em relação às pacientes da área de Ginecologia avaliadas por FLECK et al. (2000). Esse resultado apresenta semelhança com o estudo de BLUMEL et al. (2000) que avaliou, através de um questionário específico de qualidade de vida para a menopausa, os domínios vasomotor, psicossocial, físico e sexual. Verificou-se que as mulheres na peri ou pós-menopausa estão mais sujeitas a prejuízos na qualidade de vida nos quatro domínios investigados. Deve-se ainda ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo - WHOQOL-Bref, não se destina especificamente à avaliação da qualidade de vida das mulheres na menopausa. Na avaliação realizada ao final do estudo, verificou-se o aumento no escore médio quanto ao Domínio do Meio Ambiente. Isto indica que, após a intervenção, as participantes avaliaram suas condições de vida de maneira mais positiva.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo teve como objetivos gerais caracterizar um grupo de mulheres no climatério quanto ao nível de informações, ansiedade, depressão e qualidade de vida e verificar os resultados de uma intervenção psicológica sobre estes aspectos.

As mulheres avaliadas, no início da intervenção psicológica, demonstraram baixo nível de informações nas questões referentes à diferença entre os conceitos de climatério e menopausa, a necessidade de TRH para todas as mulheres, os riscos que o climatério traz para a saúde das mulheres, o conceito de menopausa, o desejo e a possibilidade de satisfação sexual no climatério. A desinformação e o desconhecimento destes aspectos podem levar as mulheres a não tomarem os cuidados necessários com sua saúde nesta fase da vida, seja no que se refere ao acompanhamento ginecológico sistemático, à prática de hábitos de vida saudáveis, como também diminui a possibilidade que elas tenham concepções mais positivas sobre o climatério e a menopausa.



Quanto ao envelhecimento, os resultados do questionário de conhecimento apresentaram uma divergência, que também foi observada nos depoimentos das mulheres durante a intervenção. Isso pode estar mostrando que as idéias negativas sobre a velhice e o envelhecer ainda estão muito presentes na nossa sociedade. É compreensível que mulheres nesta fase da vida demonstrem ambigüidade e sintam-se ambivalentes quanto a este assunto, uma vez que, o climatério é percebido por elas como o início do processo de envelhecimento.

As mulheres avaliadas tinham conhecimento sobre os principais sintomas do climatério, a finalidade e os benefícios da TRH, que depois da menopausa as mulheres não podem mais engravidar e sobre os comportamentos e hábitos de vida que podem contribuir para melhoria da saúde nesta fase da vida. Acredita-se que as participantes já tinham essas informações por estarem vivenciando os sintomas do climatério e também por que esses aspectos são bastante discutidos pela mídia.

A intervenção psicológica contribuiu para a aquisição de conhecimentos relativos aos conceitos e diferença entre climatério e menopausa, à finalidade da TRH e à beleza e sensualidade no climatério. Isso foi verificado a partir do aumento significativo no percentual de respostas adequadas que aconteceu na avaliação pós intervenção.

A avaliação dos níveis de ansiedade e depressão mostrou que, no início da intervenção, as participantes estavam dentro dos padrões considerados normais para a ansiedade e com uma leve alteração no estado de humor. Após a intervenção, verificou-se que houve uma diminuição dos escores da ansiedade estado e também que as mulheres avaliadas passaram a não mais apresentar traços de disforia. Assim, a intervenção psicológica pode ter contribuído para melhorar o bem-estar psicológico das participantes.

A avaliação da qualidade de vida apontou que, no início da intervenção, os escores das participantes do estudo nos Domínios Psicológico e Relações Sociais, quando comparadas às pacientes da área ginecológica, apresentaram-se diminuídos. Esse dado pode estar indicando que estas áreas estão sendo prejudicadas pelas questões presentes na vida das mulheres neste período. Após a intervenção psicológica, as mulheres passaram a avaliar suas condições de vida (Domínio Meio Ambiente) de forma mais positiva.

Diante de todas essas considerações, justifica-se a necessidade do planejamento e implementação de ações de saúde que contemplem uma etapa tão importante da vida das mulheres, que é o climatério.

## ANEXO A

### Termo de consentimento informado

O Programa de Promoção de Saúde na Comunidade do HCFMRP-USP está desenvolvendo um estudo com mulheres na faixa de idade entre 45 a 55 anos, chamada de climatério.

Várias pesquisas mostram que algumas mulheres enfrentam dificuldades ao passar por esta fase ( mal estar físico, irritação, depressão, etc). Assim, este estudo tem o objetivo de investigar se, um atendimento psicológico que informe sobre as questões do climatério; discuta sobre as mudanças que ocorrem na vida da mulher nesta época (sexualidade, relacionamentos familiares, envelhecimento); possibilite trocar de experiências e pensar alternativas para uma vida mais saudável, pode trazer melhoria na qualidade de vida.

Caso aceite participar deste estudo, você precisa saber que:

1. Ele será realizado com grupos, em 12 encontros semanais, cada um com duração de 1:30 h.
2. Os encontros serão gravados com o objetivo de documentar o trabalho, mas os responsáveis pelo estudo terão acesso a este material.
3. Você irá responder, no início e no final do estudo, a questionários sobre como se sente.
4. No final do estudo, você será convidada a participar de uma entrevista individual.
5. Todas as informações que você apresentar serão mantidas em sigilo, e poderão ser utilizadas apenas para este estudo.
6. Não será possível identificá-la o que garante completo anonimato.
7. Você estará livre para desistir de participar do estudo, em qualquer momento, e isto não prejudicará seu atendimento no Centro de Saúde.
8. Não há nenhum risco significativo em participar deste estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar deste estudo, tendo recebido as informações acima e sendo minha participação inteiramente voluntária.

Assinatura:

Data:

Assinatura do pesquisador responsável:

## ANEXO B

### Cronograma da intervenção psicológica

ENCONTRO	TEMA	DINÂMICA
1º ENCONTRO	1- Apresentação: - da coordenadora - das participantes - da proposta de trabalho 2- Expectativas do grupo 3- Contrato	"Confecção de crachás"
2º ENCONTRO	1- Apresentação 2- Aplicação: questionário de conhecimentos, IDATE – Estado	"Apresentação em Duplas"
3º ENCONTRO	1- Aplicação: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida, IDATE – Traço 2- Conceituação de Climatério	"Corrente de Nomes" "Tempestade de Idéias"
4º ENCONTRO	1- Aplicação: Inventário Beck 2- Palestra com médico	"Discussão Grupal"
5º ENCONTRO	Sexualidade	"Características Individuais"
6º ENCONTRO	Sexualidade	"Batata-quente"
7º ENCONTRO	Sexualidade	"Batata-quente"
8º ENCONTRO	Relacionamentos Familiares	"Desenho da Família"
9º ENCONTRO	Envelhecimento	"Viagem de Navio" "Tempestade de Idéias"
10º ENCONTRO	1- Aplicação: questionário de conhecimentos, IDATE – Estado 2- Revisão dos temas discutidos	"Vida de mulher no climatério..."
11º ENCONTRO	1- Aplicação: Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida, IDATE-Traço 2- Avaliação do Trabalho	"Avaliação da Intervenção" "O que estou deixando e o que estou levando"
12º ENCONTRO	1- Aplicação: Inventário Beck 2- Encerramento	"Mensagens nos Balões"

## **ANEXO C**

### **Descrição das técnicas de dinâmicas de grupo utilizadas na intervenção psicológica**

#### **1º ENCONTRO:**

**Técnica:** "CONFECÇÃO DE CRACHÁS"

#### **Objetivo:**

- Facilitar a apresentação dos participantes
- Promover a integração do grupo

#### **Descrição:**

O coordenador, após distribuir papeletas e material gráfico, solicita que cada participante confeccione um crachá contendo seu nome, ou a maneira como gostaria de ser chamado. Após escrever o nome, pede aos participantes que façam uma decoração neste crachá.

#### **2º ENCONTRO:**

**Técnica:** "APRESENTAÇÃO EM DUPLAS"

**Objetivo:**

- Promover a integração do grupo

**Descrição:**

O grupo se divide em duplas. Por aproximadamente 10 minutos, cada dupla deve conversar, contando informações como nome, idade, onde mora, dados familiares, profissão. Em seguida, cada participante apresenta para o grupo a pessoa com quem conversou. (SERRA, 1979)

**3º ENCONTRO:****Técnica I: "CORRENTE DE NOMES"****Objetivos:**

- Auxiliar na memorização dos nomes dos integrantes do grupo
- Possibilitar a desinibição e integração grupal

**Descrição:**

Uma participante deve iniciar dizendo seu nome em voz alta. Na sequência, as outras participantes devem além de dizer o seu nome, repetir todos os nomes ditos anteriormente (MIRANDA, 1997).

**Técnica II: "TEMPESTADE DE IDÉIAS'****Objetivos:**

- Identificar as idéias e conceitos que as participantes têm sobre o climatério
- Sintetizar as idéias trazidas pelas participantes, acrescentando as informações e orientações que forem necessárias

**Descrição:**

Após ser indicado o tema "climatério", as participantes devem falar o que sabem sobre esse termo. Pede-se que digam quais as informações que têm à respeito, o que já ouviram falar, sem se preocuparem se é ou não correto. Todas as idéias são anotadas pelo coordenador no quadro-negro. Ao final, o coordenador sintetiza as idéias do grupo, acrescentando as informações necessárias, fazendo as devidas orientações e corrigindo os conceitos incorretos (SERRA, 1979).

**4º ENCONTRO:****Técnica: "DISCUSSÃO GRUPAL"****Objetivo:**

- Esclarecer as dúvidas surgidas após a discussão sobre climatério e menopausa

**Descrição:**

O coordenador explica que esta reunião será destinada ao esclarecimento das dúvidas que as participantes possam ainda ter sobre o climatério e menopausa. Um médico participa deste encontro, a fim de esclarecer as questões relacionadas à área médica.

**5º ENCONTRO:**

**Técnica:** "CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS"

**Objetivos:**

- Auto-apresentação
- Propiciar a integração e a descontração do grupo
- Facilitar a discussão sobre os mitos e tabus relacionados à sexualidade

**Descrição:**

O coordenador espalha em uma mesa, no centro do grupo, cartões (previamente escritos), com características individuais e também cartões em branco, pincéis atômicos e fita adesiva. Todas as participantes são convidadas a andarem ao redor da mesa para lerem os cartões e escolherem uma característica com a qual se identifiquem. Os cartões devem ser colados no peito com fita adesiva. Caso alguém queira uma característica já escolhida, deve escrever em um cartão em branco. Cada



participante deve falar porque escolheu aquela característica. A utilização de características com conotação de sexualidade, permite o aquecimento para se discutir o tema (NEPDA).

## **6º e 7º ENCONTROS:**

### **Técnica: "BATATA-QUENTE"**

#### **Objetivos:**

- Discutir a sexualidade nas diferentes fases do desenvolvimento (infância, adolescência, vida adulta e velhice), e os mitos e tabus relacionados ao tema.
- Proporcionar um clima de descontração no grupo a fim de facilitar a discussão

#### **Descrição:**

Uma caixa contendo frases sobre o tema é mostrada ao grupo. Dar a seguinte instrução: passar rapidamente a caixa de mãos em mãos; ao sinal de palmas, parar de passar. A participante que estiver com a caixa nas mãos retira um papel contendo uma frase e diz o que pensa sobre ela. Em seguida, abre-se a discussão para quem quiser acrescentar algo. Após a discussão de cada frase, o coordenador pode aproveitar para trazer novas

informações, desmistificar conceitos, esclarecer dúvidas e orientar quanto a atitudes mais adequadas (NEPDA).

## **8º ENCONTRO**

**Técnica:** "DESENHO DA FAMÍLIA"

**Objetivos:**

- Refletir sobre a dinâmica dos relacionamentos familiares e como estes se modificam durante as fases da vida
- Propiciar a introspecção através do desenho

**Descrição:**

Em uma folha de papel sulfite demarcada em quatro partes, as participantes devem representar através de desenhos a sua família nos seguintes momentos: família de origem, família que constituiu (casamento), no presente e no futuro. Uma música suave é utilizada para favorecer a introspecção e a concentração do grupo. Todas as participantes relatam para o grupo o significado do desenho feito. O coordenador sintetiza os conteúdos trazidos, apontando as modificações na estrutura familiar como uma decorrência natural das dinâmicas familiares.

**9º ENCONTRO:****Técnica I: "VIAGEM DE NAVIO"****Objetivos:**

- Possibilitar a descontração através da movimentação do grupo dentro da sala
- Identificar e discutir as percepções do grupo quanto à velhice

**Descrição:**

O coordenador explica o jogo para todas as integrantes sentadas em círculo (não devem sobrar cadeiras vazias). Trata-se de uma viagem de navio. No decorrer dessa viagem, acontecem ondas para a direita e para a esquerda. Quando a onda for para a direita, pula-se uma cadeira a direita. O mesmo acontece para a esquerda. Quando o coordenador diz tempestade, todas as participantes trocam de lugar. Neste momento, o coordenador toma o lugar de uma participante, e esta deve falar o que pensa sobre o envelhecimento (SECRETARIA ESTADO DA EDUCAÇÃO SÃO PAULO, 1998).

**Técnica II: "TEMPESTADE DE IDÉIAS"****Objetivos:**

- Identificar as idéias e conceitos das participantes sobre as vantagens e desvantagens do envelhecimento

- Sintetizar as idéias trazidas pelas participantes, acrescentando as informações e orientações que forem necessárias

**Descrição:**

Após ser indicado o tema: "Vantagens e Desvantagens do Envelhecimento", as participantes devem falar o que sabem sobre ele. Pedese que digam o que pensam sobre o assunto, sem se preocuparem se é ou não correto. Todas as idéias são anotadas pelo coordenador no quadro-negro.

Ao final, o coordenador sintetiza as idéias do grupo, acrescentando as informações necessárias, fazendo as devidas orientações e corrigindo os conceitos incorretos (MIRANDA, 1997).

**10º ENCONTRO:**

**Técnica:** "VIDA DE MULHER NO CLIMATÉRIO"

**Objetivo:**

- Possibilitar a integração dos conteúdos trabalhados e a relação destes com o momento de vida das participantes

**Descrição:**

O coordenador solicita que cada participante faça um cartaz para representar o que é "vida de mulher no climatério". São oferecidos ao grupo materiais gráficos, papel sulfite, cola, revistas e tesoura. Após a confecção dos cartazes, pede-se às participantes para comentarem suas produções. O coordenador, ao final, sintetiza os conteúdos trazidos pelo grupo relacionando-os com os temas discutidos durante a intervenção e também com o momento de vida das participantes.

**11º ENCONTRO****Técnica I: "AVALIAÇÃO DO TRABALHO"****Objetivo:**

- Avaliar o trabalho desenvolvido

**Descrição:**

O coordenador diz ao grupo que gostaria de saber o que acharam do trabalho desenvolvido. Para isso, explica que as participantes devem responder as seguintes perguntas:

- 1- O que você esperava deste trabalho?
- 2- Como foi participar deste grupo?
- 3- O que você está levando deste trabalho?

**Técnica II: " O QUE ESTOU DEIXANDO E O QUE ESTOU LEVANDO..."****Objetivos:**

- Facilitar a expressão dos sentimentos relacionados à vivência grupal
- Iniciar processo de despedida e separação

**Descrição:**

O coordenador pede às participantes que fiquem de pé, em círculo, e apresenta um novelo de lã, dizendo que aquele novelo está representando o grupo. Na primeira rodada, o novelo é passado de mão em mão e cada participante deve falar sua percepção sobre ele. Na sequência, cada participante deve jogar o novelo para outra, sem soltar uma das pontas. Neste momento, a participante deve dizer o que está deixando para o grupo. Forma-se uma teia, à medida que o novelo vai sendo jogado entre as participantes. O coordenador mostra como ficou o novelo, e compara com as experiências vividas no grupo. Em seguida, o novelo deve ser enrolado novamente. Para isso, cada uma irá devolver o novelo para aquela que lhe entregou. Quando o novelo estiver enrolado, o coordenador pede às participantes que o passem de mão em mão, e digam como ele ficou.

**12º ENCONTRO****Técnica: "MENSAGENS NOS BALÕES"**

**Objetivo:**

- Possibilitar a elaboração do momento de despedida

**Descrição:**

Pede-se à todas as participantes que escrevam uma mensagem positiva para alguém do grupo. Um balão é entregue para cada uma, e a mensagem escrita é colocada nele. O coordenador incentiva o grupo a movimentar-se pela sala, brincando com os balões. Para isso utiliza-se uma música alegre e que também contenha uma mensagem de otimismo. Depois de brincar por alguns minutos, cada participante deve ficar com um balão. O coordenador faz a contagem e todos os balões são estourados ao mesmo tempo. Cada participante lê para o grupo a mensagem recebida.

## ANEXO D

### Questionário de conhecimentos

Leia e responda atentamente as perguntas que seguem abaixo, assinalando com um X as respostas que considerar corretas.  
Muito obrigada pela sua colaboração.

**Nome:**

**Idade:**

**Estado Civil:**

solteira

casada

viúva

outro

**Escolaridade:**

1º Grau completo (1ª a 8ª série)

1º Grau incompleto

2º Grau completo (1ª a 3ª série)

2º Grau incompleto

outra

**Profissão/Ocupação:**

**Já atingiu a menopausa?**

Sim

Não

Não sei

**Há quanto tempo:**

**Tem algum problema de saúde:**

Sim

Não

**Qual?**

**Medicação que toma:**

**Participa de algum grupo? Qual(is)?**

**Atividades de Lazer:**



		VERDADEIRO	FALSO	NÃO SEI
1-	A mulher deve ir ao ginecologista somente quando estiver com algum problema de saúde.			
2-	O climatério não traz risco para a saúde da mulher.			
3-	A mulher, na fase do climatério, deve procurar fazer uma dieta com alimentos ricos em cálcio e pobres em gorduras e açúcares.			
4-	Todas as mulheres devem fazer a terapia de reposição hormonal quando entram na menopausa.			
5-	No climatério, a mulher pode sentir ondas de calor, irritação, secura na vagina e insônia.			
6-	A mulher tem menos necessidade de sexo do que o homem.			
7-	Na menopausa o desejo sexual da mulher diminui.			
8-	Nesta fase da vida, é tarde para iniciar novos projetos.			
9-	Menopausa é a última menstruação da mulher.			
10-	Não existe diferença entre menopausa e climatério.			
11-	A mulher quando fica mais velha vai perdendo a inteligência.			
12-	No climatério, a mulher deve procurar participar de atividades em grupo ( grupos de 3ª Idade, bailes, grupos religiosos, etc.)			
13-	No climatério, a mulher deixa de ser bonita e atraente.			

		VERDADEIRO	FALSO	NÃO SEI
14-	Envelhecer pode ser vivido de forma positiva quando a mulher cuida da sua saúde, tem hábitos saudáveis e procura realizar atividades que lhe dêem prazer.			
15-	Nesta fase da vida, é importante para a mulher buscar atividades que lhe dêem prazer.			
16-	Se a mulher sempre teve uma vida sexual satisfatória, no climatério isso continuará acontecendo.			
17-	A terapia de reposição hormonal pode aliviar os sintomas que a mulher sente no climatério, e prevenir contra a osteoporose e doenças do coração.			
18-	O envelhecimento é uma etapa da vida que só traz consequências negativas, como as doenças e as perdas.			
19-	Conhecer o próprio corpo não é importante para a sexualidade.			
20-	O climatério envolve todo o período de transformações em torno da última menstruação.			
21-	A terapia de reposição hormonal repõe os hormônios que o organismo deixa de fabricar.			
22-	A velhice é uma fase na qual o pessoa tem mais tempo livre para passear, cuidar de si e realizar antigos planos.			
23-	A mulher não deve tomar a iniciativa para o sexo.			
24-	Depois da menopausa a mulher ainda pode ter filhos.			
25-	A prática de exercícios físicos (caminhadas, natação, dança, etc.) é recomendada para as mulheres no climatério.			

## ANEXO E

### IDATE – inventário de ansiedade traço-estado -PARTE I

**INSTRUÇÕES:** A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora,  **neste momento**. Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

	Absoluta mente não (1)	Um pouco (2)	Bastante (3)	Muitíssimo (4)
1 Sinto-me calmo(a)_____	1	2	3	4
2 Sinto-me seguro(a)_____	1	2	3	4
3 Estou tenso(a)_____	1	2	3	4
4 Estou arrependido(a)_____	1	2	3	4
5 Sinto-me à vontade_____	1	2	3	4
6 Sinto-me perturbado(a)_____	1	2	3	4
7 Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios_____	1	2	3	4
8 Sinto-me descansado(a)_____	1	2	3	4
9 Sinto-me ansioso(a)_____	1	2	3	4
10 Sinto-me em "casa"_____	1	2	3	4
11 Sinto-me confiante_____	1	2	3	4
12 Sinto-me nervoso(a)_____	1	2	3	4
13 Estou agitado(a)_____	1	2	3	4
14 Sinto-me uma pilha de nervos_____	1	2	3	4
15 Estou descontraído(a)_____	1	2	3	4
16 Sinto-me satisfeito(a)_____	1	2	3	4
17 Estou preocupado(a)_____	1	2	3	4
18 Sinto-me super excitado(a) _____	1	2	3	4
19 Sinto-me alegre _____	1	2	3	4
20 Sinto-me bem _____	1	2	3	4

## ANEXO E

### IDATE – inventário de ansiedade traço-estado -PARTE II

**INSTRUÇÕES:** A seguir são dadas algumas afirmações que têm sido usadas para descrever sentimentos pessoais. Leia cada uma e faça um círculo ao redor do número, à direita da afirmação, que melhor indicar como você se sente agora, **geralmente**. Não há respostas certas e erradas, não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

	Quase Nunca	Às Vezes	Freqüentemente	Quase Sempre
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Sinto-me bem _____	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente _____	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar _____	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente _____	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado (a) _____	1	2	3	4
7. Sou calmo (a) ponderado (a) e senhor (a) de mim mesmo (a)	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver _____	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância _____	1	2	3	4
10. Sou feliz _____	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas _____	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo _____	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro _____	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas _____	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido (a) _____	1	2	3	4
16. Estou satisfeito (a) _____	1	2	3	4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando _____	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça _____	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável _____	1	2	3	4
20. Fico tenso (a) e perturbado (a) quando penso em meus problemas no momento _____	1	2	3	4

## ANEXO F

### Inventário de depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.  
1 Eu me sinto triste.  
2 Eu estou sempre triste e não consigo sair disso.  
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.  
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  
2 Eu acho que nada tenho a esperar.  
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
  
3. 0 Não me sinto um fracasso.  
1 Acho que fracassei muito mais do que uma pessoa comum.  
2 Quando olho para trás, na minha, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
  
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
2 Não encontro um prazer real em mais nada.  
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
  
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.  
1 Eu me sinto culpado às vezes.  
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
3 Eu me sinto sempre culpado.
  
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.  
1 Acho que posso ser punido.  
2 Creio que vou ser punido.  
3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.  
1 Estou decepcionado comigo mesmo.  
2 Estou enojado de mim.  
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.  
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.  
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava.  
2 Agora, choro o tempo todo.  
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.  
1 Fico molesto ou irritado mais facilmente do que costumava.  
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me por estar parecendo velho e sem atrativos.  
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.  
1 Não durmo tão bem quanto costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.  
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.  
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.  
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.  
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.  
2 Meu apetite está muito pior agora.  
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5,0 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.  
Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos:  
( ) SIM ( ) NÃO
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.  
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.  
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.  
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
1 Estou menos interessado por sexo que costumava.  
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.  
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

## ANEXO G

### WHOQOL-Bref - instrumento de avaliação de qualidade de vida – versão abreviada

#### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	-	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5



As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	nem bom	bom	muito bom
15 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26 (F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS \*

ABDO, C.H.; FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V.R.; CANAES, K.R.; VITÓRIA, S.M.; ANTUNES NETO, F.R.; HALBE, H.W. Perfil sexual da mulher no climatério. **Rev. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v.8, n.1, p.37-39, 1997.

ABREU, M.A.L. Sexualidade da mulher climatérica. **Femina**, São Paulo, v.26, n.1, p.45-50, 1998.

\_\_\_\_\_. A mulher climatérica: passado, presente, futuro. **Femina**, São Paulo, v.27, n.6, p.519-520, 1999.

ALDRIGHI, J.M.; HUEB, C.K.; ALDRIGHI, A.S. Climatério. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.57, n.12, 2000a. Disponível em: [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=606&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=606&fase=imprime). Acesso em: 22 jun. 2001.

---

\*De acordo com a Norma Técnica da ABNT NBR 6023 - Informação e Documentação - Referências - Elaboração (ago./2000).

ALDRIGHI, J.M.; PIRES, A.L.R.; ALDRIGHI, C.M.S.; MANSUR, A.P. Evidências recentes da terapia de reposição hormonal no climatério. **Diagn. Tratamento**, São Paulo, v.5, n.3, p.49-54, 2000b.

ANDRADE, L.H.S.G.; GORESTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In: GORESTEIN, C. et al. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. cap.15, p.139-144.

ANDREOLA, A.B. **Dinâmica de grupo: jogo da vida e didática do futuro**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

APPOLINÁRIO, J.C.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C.; MEIRELLES, R. Terapia hormonal e os sintomas psíquicos na menopausa: Parte 1: Revisão de literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.44, n.4, p.169-176, 1995.

BAGNOLI, V.R.; FONSECA, A.M.; RAMOS, L.O. Climatério: manifestações clínicas. In: PINOTTI, J.A. et al. **Menopausa**. São Paulo: Rocca, 1995. cap.21, p.170-176.

BIAGGIO, A.M.B.; NATALÍCIO, L. **Inventário de ansiedade traço-estado: manual**. Rio de Janeiro: CEPAC, 1979.

BLUMEL, J.E.; CASTELO-BRANCO, C.; BINFA, L.; GRAMEGNA, G.; TACLA, X.; ARACENA, B.; CUMSILLE, M.A.; SANJUAN, A. Quality of life after the menopause: a population study. **Maturitas**, Amsterdam, v.34, n.1, p.17-23, 2000.

BYNY, R.L.; SPEROFF, L. **Climatério: guia clínico de atendimento à mulher idosa**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas dos século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, p.184-200, 1997.

COLAVITTI, F. Menopausa à vista. **Veja**, São Paulo, 24 out, ed. 1723, p.152-153, 2001.

COSTA, R.R. Mulher climatérica: ponto de vista do ginecologista. In: PINOTTI, J.A. et al. **Menopausa**. São Paulo: Rocca, 1995. cap.3, p.21-23.

DEMÉTRIO, F.N. Saúde mental da mulher no climatério. **RBM Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.11, n.2, 2000. Disponível em [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=112&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=112&fase=imprime). Acesso em 21 jun. 2001.

FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M.; FRÁGUAS JR., R.; PIRES, A.L.R.P.; LIMA, S.M.R. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v.15, n.4, p.199-200, 2000.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Climatério**: manual de orientação. 1995.

FERNANDES, A.F.C.; SOARES, G.M.P.; SOBREIRA, T.T. O significado da menopausa e os fatores que interferem no relacionamento sexual da mulher. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.48, n.4, p.415-422, 1995.

FERNANDES, C.E.; WEHBA, S.; BONASSI, R. Climatério. **Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.52, n.10, p.151-169, 1995.

FERNANDES, C.E.; WEHBA, S.; MELO, N.R.; MACHADO, R.B.; ROUCORT; S. Abordagem clínica da mulher no climatério. **Femina**, São Paulo, v.27, n.2, p.121-130, 1999.

FERREIRA, J.A.S. **A perimenopausa**. Disponível em: <http://www.vicnet.com.br/starfire/sobrac/3.htm>. Acesso em: 27 dez. 1999.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do

instrumento WHOQOL-Bref. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, p.178-183, 2000.

FORMIGA FILHO, J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L. & DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap.4, p.151-162.

FRAIMAN, A.P. **Menopausa**: conceitos e preconceitos. São Paulo: Hermes, 1989.

FRITZEN, J.S. **Exercícios práticos de dinâmica de grupo e de relações humanas**. v.2., 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: GORESTEIN, C. et al. **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. cap.15, p.139-144.

GUTIÉRREZ, E. (Org.). Da reflexão à prática. In: \_\_\_\_\_. **Mulher na menopausa**: declínio ou renovação? Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

HALBE, H.W. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde. **Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, n.4, 1999. Disponível em:



[http://cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=1106&fase=imprime](http://cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=1106&fase=imprime). Acesso em: 03 out. 2001.

HALBE, H.W.; RAMOS, L.O.; FONSECA, A.M.; SAKAMOTO, L.C. Tratamento da mulher climatérica ou pós menopausal. **Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n.2, 1999. Disponível em: [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=1091&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=1091&fase=imprime). Acesso em 22 jun. 2001.

HARDY, E.; ALVES, G.; OSIS, M.J.D. Climatério: implicações sociais. **Femina**, São Paulo, v.20, n.4, p.313-320, 1992.

\_\_\_\_\_. Sociologia do climatério. In: PINOTTI, J.A. et al. **Menopausa**. São Paulo: Rocca, 1995. cap 5, p.32-36.

HINES, N. The effects of menopause on today's women. **Progress: family systems research and therapy**, Encino CA, v.2, p. 87-102, 1993.

HUNTER, M.; O'DEA, I. An evaluation of a health education intervention for mid-age women: five years follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. **Patient education and counseling**, Ireland, v.38, n.3, p.245-255, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua de vida: evolução da mortalidade - 2000. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao\\_da\\_mortalidade.shtm](http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm). Acesso em: 27 fev.2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua de vida: tábua completa de mortalidade - sexo feminino - 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/tabuadevida/textomulhers2000.shtm>. Acesso em: 27 fev.2002.

KUBA, V.M.; ATHAYDE, A.; FONTES, R.G. Tratamento não hormonal da menopausa. **Femina**, São Paulo, v.26, n.2, p.99-104, 1998.

KULAK JR. J.; WARREN, M.P. Conseqüências da deficiência estrogênica nos anos da perimenopausa. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v.13, n.3, p.151-155, 1998.

LANDERDAHL, M.C. Buscando novas maneiras de pensar o climatério feminino. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.6, n.1, p.130-134, 1997.

LIAO, K.K.M.; HUNTER, M.S. Preparação para a menopausa: avaliação das expectativas de uma intervenção educativa de saúde na mulher de meia-idade. **Maturitas-Brasil**, São Paulo, v.1, n.1, p.59-67, 1999.

LOPES, C.M.C. Reposição hormonal da menopausa: pelo direito de a mulher escolher. **Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n.2, 1999. Disponível em: [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=1090&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=1090&fase=imprime). Acesso em: 22 jun. 2001.

LOPES, G.P. A sexualidade e a terceira idade. In: \_\_\_\_\_. **Sexualidade Humana**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1989. cap.3, p.47-58.

LOPES, G.P.; RUBINGER, T.M.; NASCIMENTO, L.G. Aspectos psicosssexuais do climatério. **Femina**, São Paulo, v.19, n.11, p.900-901, 1991.

MARTINS, A.A. Introdução. In: \_\_\_\_\_. **Menopausa sem mistérios**: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. cap.1, p.18-23.

\_\_\_\_\_. O que é climatério? O que é menopausa? Menopausa precoce. In: \_\_\_\_\_. **Menopausa sem mistérios**: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. cap.3, p.28-34.

\_\_\_\_\_. Aspectos psíquicos do climatério. In: \_\_\_\_\_. **Menopausa sem mistérios**: as mais recentes descobertas. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996. cap.6, p.58-71.

MELO, N.R.; FERNANDES, C.E.; POMPEI, L.M.; WEHBA, S. Climatério.

**Rev. Bras. Med.**, São Paulo, v.56, n.12, 1999. Disponível em:

[http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=408&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=408&fase=imprime).

Acesso em: 21 jun. 2001.

MENDES, M.C. Climatério e sexualidade: visão de um ginecologista. In:

LOPES, G. et al. **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995.

cap.7, p.39-46.

MIRANDA, S. **Oficina de dinâmica de grupo para empresas, escolas e**

**grupos comunitários**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 1997.

MONTGOMERY, M. A menopausa: seus aspectos fisiológicos, psicológicos

e sociais. **Climatério: a última palavra**. v.1, n.3, p.2-12, 1996.

NETTO, J.R.C.; ROMEU, L.; GORAYEB, R. Grupo de climatério: relato de

experiência num Centro de Saúde. In: Congresso Internacional de

Climatério, 4., 1999, Rio de Janeiro. **Programa e Resumos**. Rio de Janeiro:

1999.

NÚCLEO DE ESTUDOS E PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

E DST/AIDS. **Oficinas de trabalho para prevenção de problemas de**

**saúde ligados à sexualidade, prevenção de DST/AIDS e uso indevido de**

**substâncias psicoativas**. Ribeirão Preto.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. cap.3, p.26-43.

PINHO NETO, J.S. **Climatério**: abordagem terapêutica. Disponível em: <http://www.vicnet.com.br/starfire/sobrac/artigos/climaterio.html>. Acesso em: 19 nov. 1999.

RISMAN, A. Atividade sexual na terceira idade. In: VERAS, R. **Terceira Idade**: envelhecimento, dignidade e cidadania futura. São Paulo: Dumará, 1995. cap.3, p.49-64.

RISSIN, R. Uma experiência de psicoterapia na menopausa. **Arq. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.31-34, 1999.

RODRIGUES, R.A.P.; RODRIGUES, A.R.F. Adaptação da mulher no climatério: proposta de desempenho em enfermagem. **Femina**, São Paulo, v.18, n.1, p.15-17, 1990.

SAKAMOTO, L.C.; HALBE, H.W. Epidemiologia da menopausa. In: PINOTTI, J.A. et al. **Menopausa**. São Paulo: Rocca, 1995. cap.1, p.1-9.

SALGADO, M.A. Mitos e preconceitos sócio-culturais com a velhice: responsabilidades do trabalho social. In: Seminário Nacional de Especialistas Multidisciplinares em Terceira Idade, 1., 1992, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1992. p.157-164.

SAMPAIO NETO, L.F.; REIS, M.C.; BARBO, M.L.P. Grupos de mulheres no climatério: uma proposta auxiliar na terapêutica. **Femina**, São Paulo, v.18, n.2, p.151-153,1990.

SANTOS, E. **Seguimento de pacientes climatéricas em uma unidade básica distrital de saúde**. 1999. 71p. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Educação/ Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual do Multiplicador: adolescente**. 3ed. São Paulo, 1998.

SERRA, F. **Jogos e simulações para treinamento e seleção na empresa moderna**. Rio de Janeiro: Edições de Ouro, 1979.

SIMÕES, R.D.; BARACAT, E.C. Climatério: mitos e realidades. In: GALVÃO, L. & DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. cap.15, p.366-383.

SOARES, C.N.; ALMEIDA, O.P. **Abordagem dos transtornos mentais associados ao climatério.** Disponível em: <http://www.vicnet.com.br/.com.br/starfire/sobrac/18.htm>. Acesso em: 27 dez. 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. **Consenso sobre os fundamentos e o manejo da terapia de reposição hormonal.** Disponível em: <http://www.vicnet.com.br/.com.br/starfire/sobrac/20htm>. Acesso em: 27 dez. 1999.

SOUZA, C.L.; ALDRIGHI, J.M. Sono e climatério. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v.16, n.1, p. 20-25, 2001.

SOUZA, C.L.; DIKSZTEJN, R.; HORI, F.L.B. Um olhar psicológico sobre a menopausa. **RBM Caderno GO**, São Paulo, v.56, 1999. Disponível em: [http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id\\_materia=672&fase=imprime](http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=672&fase=imprime)  
Acesso em: 22 jun. 2001.

SPEROFF, L. A transição da perimenopausa. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v.14, n.2, p.59-61, 1999.

SPRITZER, P.M.; REIS, F.M. Reposição hormonal no climatério: princípios terapêuticos embasados em evidências. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v.13, n.1, p.32-41, 1998.

TRIEN, S.F. A melancolia da meia-idade. In: \_\_\_\_\_. **Menopausa: a grande transformação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. cap.4, p.61-78.

\_\_\_\_\_. Sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Menopausa: a grande transformação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994. cap.9, p.173-195.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SISTEMA INTEGRADO DE BIBLIOTECAS. **Diretrizes para a apresentação de teses e dissertações à USP**: documento eletrônico ou impresso (versão preliminar). São Paulo: SIBi/USP, 2001. Disponível em: <http://www.teses.usp.br>. Acesso em: 26 fev.2002.

VASCONCELOS, M.F.O. Sexualidade na 3ª idade. In: **Caminhos do Envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. cap.15, p.77-86.

VELOZ, M.C.T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C.M.; CAMARGO, B.V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.2, n.2, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79721999000200015&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 15 set. 2000.



VERAS, R.P. A vida mais longa no mundo: determinantes demográficos. In: \_\_\_\_\_ . **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil.**

Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. cap.1, p.23-50.

VILELLA, W.V. Num país tropical, do sexo que se faz ao sexo do qual se fala. In: GALVÃO, L. & DIAZ, J. (Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** Rio de Janeiro: Hucitec, 1999. cap.12, p.310-323.

ZIMERMAN, G.I. Grupos com idosos. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 30, p.331-342.