



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ELOISE WERLE DE ALMEIDA

**ESTADO DE SAÚDE, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
COMPOSIÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM
DEFICIÊNCIA VISUAL NO CLIMATÉRIO E PÓS-
MENOPAUSA**

Londrina
2015

ELOISE WERLE DE ALMEIDA

**ESTADO DE SAÚDE, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
COMPOSIÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM
DEFICIÊNCIA VISUAL NO CLIMATÉRIO E PÓS-
MENOPAUSA**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física associado UEM-UEL, da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Márcia Greguol

Londrina
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Almeida, Eloise Werle de.

Estado de saúde, prática de atividade física e composição corporal em mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa / Eloise Werle de Almeida. - Londrina, 2015.

110 f. : il.

Orientador: Márcia Greguol Gorgatti.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2015. Inclui bibliografia.

1. Exercícios físicos - Tese. 2. Mulheres deficientes visuais - Tese. 3. Pós-menopausa - Tese. 4. Climatério - Tese. I. Gorgatti, Márcia Greguol . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.

ELOISE WERLE DE ALMEIDA

**ESTADO DE SAÚDE, PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA E
COMPOSIÇÃO CORPORAL EM MULHERES COM DEFICIÊNCIA
VISUAL NO CLIMATÉRIO E PÓS-MENOPAUSA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física associado UEM-UEL, da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a. Márcia Greguol
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Denílson Teixeira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dra. Mey de Abreu van Munster
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Londrina, 31 de Julho de 2015.

*Dedico este trabalho a minha mãe, que durante toda
minha vida tem sido minha inspiração e minha base.*

AGRADECIMENTOS

Seria impossível a realização deste trabalho sem o apoio de quem se ama, sem amigos por perto e sem o olhar de aconchego de algumas pessoas tão especiais. Então, só me cabe agradecer...

a Deus, por me abençoar com a possibilidade de trabalhar e conviver com as pessoas maravilhosas com as quais trabalhei durante todo o processo de Mestrado;

a minha orientadora, professora Márcia Greguol pela generosidade em dividir seu conhecimento comigo, pela disposição em me ajudar sempre, pela confiança e amizade;

aos membros da banca, Profa. Mey de Abreu van Munster e Prof. Denílson Teixeira, pelas valiosas e generosas contribuições;

a minha família maravilhosa, pai, mãe, Li e Bia, que me apoiam e me fazem acreditar em que eu sempre posso alcançar meus objetivos;

de forma muito especial a minha mãe, que me oferece ajuda 24 horas por dia, me dá esperança e faz com que eu acredite em mim o tempo todo;

aos amigos Everaldo e Bruna, “irmãos de orientação”, que foram presentes durante toda minha jornada;

as queridas Lucélia e Loani que me auxiliaram muito com a coleta de dados em Londrina.

a professora Ângela do Laramara e aos demais coordenadores dos centros em que realizei a coleta de dados, pela disponibilidade para eu realizasse a pesquisa;

as participantes do estudo, por além de aceitarem fazer parte desta pesquisa, dividirem suas histórias de vida comigo e fazer com que eu tivesse ainda mais certeza de que eu estava no caminho certo;

ao colega Timothy, pela grande ajuda na análise estatística dos dados.

as minhas queridas amigas Nathalia, Alice, Mônica, Paola, Roberta, Laryssa e Laiane, por ajudarem a fazer minha vida fora do trabalho muito feliz;

Obrigada a todos que de alguma maneira, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho!

ALMEIDA, Eloise Werle. **Estado de saúde, prática de atividade física e composição corporal em mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa.** 2015. 102f. Dissertação de mestrado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

Mulheres a partir dos quarenta anos, em geral, encontram-se no período do climatério, no qual ocorre uma série de alterações hormonais que podem resultar no ganho de tecido adiposo e gerar sintomas como as ondas de calor, sudorese excessiva, desordens psicológica, dentre outros. Com a melhora das condições de cuidados médicos, aumentou-se a expectativa de vida de pessoas com deficiência, assim como o número de mulheres com deficiência que passarão pelo climatério e menopausa. No entanto, ainda não é claro como este processo acontece nas mulheres com deficiência visual e desta forma os cuidados específicos para esta população durante este período são precários. Assim, esta pesquisa avaliou a composição corporal, o nível de atividade física, a autopercepção da saúde e aspectos relacionados ao climatério em mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa. Para isso, foi realizada uma pesquisa descritiva-correlacional com 19 mulheres com deficiência visual no climatério ou menopausa, moradoras das cidades de Londrina, Ibiporã, Curitiba e São Paulo. Elas responderam a uma anamnese e a seis questionários para avaliação das características e sintomas do climatério e menopausa. (Questionário de Saúde da Mulher, Escala Climatérica de Greene, Índice de Kupperman, Inventário de Depressão de Beck, Questionário Internacional de Atividade Física e um questionário de classificação socioeconômica). Além disto, foram avaliadas a massa corporal e a estatura para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), a circunferência abdominal (CA) e o percentual de gordura por meio de bioimpedância tetrapolar. Como resultados, 84% das participantes da pesquisa foram classificadas como ativas, no entanto, as médias de IMC, CA e percentual de gordura estavam acima dos parâmetros recomendados para a saúde. Os sintomas do climatério foram os fatores que mais se correlacionaram com a percepção de saúde, indicando que fatores mais relacionados à sensibilidade da mulher exercem maior influência nesta população. Também os sintomas apresentados pelas mulheres com deficiência visual não foram diferentes das queixas colocadas pelas mulheres sem deficiência.

Palavras-chave: Climatério. Menopausa. Deficiência Visual. Atividade Física. Composição Corporal.

ALMEIDA, Eloise Werle. **Health, physical activity and body composition in women with visual impairments during menopause, and postmenopause.** 2015. 103p. Dissertação de mestrado em Educação Física da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

Women from the forties, in general, are the climacteric period which occurs in a variety of hormonal changes that may result in gain and adipose tissue generate a series of symptoms such as hot flashes, excessive sweating disorders psychological, among others. With the improvement in health care, was increased life expectancy of people with disabilities as well as the number of women with disabilities who will go through menopause and menopause. However, it is still unclear how this process happens in women with visual impairment and therefore specific care for this population during this period are precarious. This study assessed the body composition, physical activity, self-perceived health and aspects related to menopause in women with visual impairment in the climacteric and post-menopause. For this, a descriptive-correlational research with nineteen women with visual impairments during menopause or menopause was held residents of the cities of Londrina, Ibiporã, Curitiba and Sao Paulo. They responded to an interview and six questionnaires to evaluate the characteristics and symptoms of perimenopause and menopause. (Women's Health Questionnaire, Greene Climacteric Scale, Kupperman Index, the Beck Depression, International Physical Activity Questionnaire and socioeconomic classification questionnaire). In addition, we assessed body mass and height for subsequent calculation of body mass index (BMI), waist circumference (WC) and the percentage of fat with tetrapolar bioimpedance device. As a result, 84% of study participants were classified as active, however, the average BMI, body fat percentage, and were above the recommended health parameters. Climacteric symptoms were the factors most correlated with the perception of health, indicating that more women on sensitivity factors exert more influence in this population. Also the symptoms presented by women with visual impairment were not different from complaints raised by women without disabilities.

Keywords: Climacteric. Menopause. Visual Impairment. Physical Activity. Body Composition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO

Figura 1 –	Diagrama do processo de seleção dos estudos.....	19
------------	--	----

LISTA DE TABELAS

Parte 1 -	ARTIGO DE REVISÃO	
Tabela 1 -	Resultados das buscas por base de dados	18
Tabela 2-	Principais características e achados dos estudos.....	36
PARTE 2 –	DISSERTAÇÃO	
Tabela 1 –	Frequência de causas da deficiência visual.....	63
Tabela 2 –	Dados descritivos da composição corporal das participantes	63
Tabela 3 –	Frequência de comorbidades das participantes.....	64
Tabela 4 –	Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de atividade.....	64
Tabela 5–	Resultados do teste “t” entre mulheres ativas e insuficientemente ativas	66
Tabela 6 –	Resultados do teste qui-quadrado entre mulheres ativas e insuficientemente ativas.....	67
Tabela 7–	Resultados do teste “t” entre mulheres cegas e com baixa visão.....	67
Tabela 8 –	Resultados do teste “t” entre mulheres menopausadas e climatéricas.....	68
Tabela 9 –	Diferenças entre as participantes agrupadas por Nível Socioeconômico (NSE)	68
Tabela 10 -	Resultados do teste de correlação de Pearson entre as variáveis.....	69
Tabela 11 –	Matriz de regressão do Percentual de Gordura	70
Tabela 12 –	Matriz de regressão da autopercepção de saúde	70
Tabela 13 –	Matriz de regressão dos sintomas do climatério avaliados pelo Índice de Kupperman.....	70

SUMÁRIO

Apresentação	11
Parte 1 - ARTIGO DE REVISÃO	12
Resumo	14
1. INTRODUÇÃO	15
2. MATERIAIS E MÉTODOS	16
3. RESULTADOS	18
3.1 <i>Seleção dos estudos</i>	18
3.2 <i>Características dos estudos incluídos</i>	19
3.3 <i>Estado de Saúde</i>	20
3.4 <i>Cuidados com a Saúde</i>	22
3.5 <i>Sintomas</i>	22
4. DISCUSSÃO	24
5. SUGESTÕES PARA PRÓXIMOS ESTUDOS	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
PARTE 2 – DISSERTAÇÃO	45
1 INTRODUÇÃO	46
1.1 Justificativa	48
2 OBJETIVOS	50
2.1 Objetivo Geral.....	50
2.2 Objetivos específicos	50

3	REVISÃO DE LITERATURA	51
3.1	Aspectos gerais da deficiência visual.....	51
3.2	Alterações físicas e psicológicas durante o climatério e a menopausa.....	53
3.3	Composição corporal e menopausa.....	54
3.4	Climatério e menopausa em mulheres com deficiência	55
4	MATERIAIS E MÉTODOS	58
4.1	Tipo de Estudo	58
4.2	Participantes	58
4.3	Instrumentos e Procedimentos	58
4.3.1	Questionários	58
4.3.2	Composição corporal	61
4.4	Análises estatísticas.....	61
4.5	Aspectos éticos	62
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	93
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
	APÊNDICE B– ANAMNESE E INCIDENCIA DE COMORBIDADES	97
	ANEXOS	98
Anexo A –	Healthcare for Women with Disabilities in the Climacteric and Menopausa	99
Anexo B –	Questionário de Saúde da Mulher	100
Anexo C –	Escala Climatérica de Greene	102
Anexo D –	Índice de Kupperman	103
Anexo E –	Inventário de Depressão de Beck	104
Anexo F –	Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).....	106
Anexo G –	Critério de Classificação Econômica Brasil.....	108
Anexo H –	Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.....	109

Apresentação

Esta dissertação, intitulada “Estado de saúde, prática de atividade física e composição corporal em mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa”, é composta por duas partes principais:

- 1) **Artigo de revisão:** “Cuidados em saúde de mulheres pós com deficiência no climatério e menopausa: uma revisão sistemática” (Healthcare for women with disabilities in the climacteric and menopause) – Publicado no periódico *Sexuality and Disability* (Anexo A).

- 2) **Dissertação:** Estado de saúde, prática de atividade física e composição corporal em mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa.

Parte 1

ARTIGO DE REVISÃO

Cuidados em saúde de mulheres com deficiência no climatério e menopausa: uma revisão sistemática

Eloise Werle de Almeida,

Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná, Brasil.

eloisewalmeida@gmail.com

Márcia Greguol,

Universidade Estadual de Londrina, Londrina – Paraná, Brasil.

mgreguol@gmail.com

Autor correspondente

Eloise Werle de Almeida

Rua Antonio Pisicchio, n 155, apto 303, Gleba Palhano.

CEP: 86.050.482

Londrina/Paraná

Telefone: (55) (43) 99349233

eloisewalmeida@gmail.com

Resumo

A menopausa, que caracteriza o estado em que a reprodução não é mais possível, também pode ser definida como a interrupção completa dos ciclos menstruais. O período que precede este acontecimento, no qual ocorre uma série de mudanças hormonais, endócrinas e metabólicas é denominado climatério. Da mesma forma que as mulheres da população em geral, mulheres com deficiência frequentemente são acometidas por sintomas do climatério e menopausa e suas implicações no estado e cuidados de saúde. Com a melhora das condições de cuidados médicos, houve grande aumento na expectativa de vida de pessoas com deficiência, assim como no número de mulheres com deficiência que irão passar pelo climatério e menopausa. O objetivo desta revisão é analisar os dados disponíveis na literatura sobre o estado de saúde, os cuidados em relação à saúde de mulheres com deficiência no climatério e menopausa, bem como os sintomas percebidos nesse período por esta população. A busca na literatura ocorreu em nove bases de dados eletrônicas – Medline, Cinahl, Scielo, Lilacs, SportDiscus, Web of Science, AcademicSearch Premier e PsycInfo. Os critérios de inclusão foram: a) estudos de campo com a participação de mulheres climatéricas e/ou pós-menopausa com algum tipo de deficiência; b) avaliação do estado de saúde das participantes, os cuidados tomados para manutenção da saúde das mulheres durante este período e/ou os sintomas percebidos durante o climatério. Foram selecionados 17 estudos em mulheres com espinha bífida, sequelas de poliomielite, lesão medular, esclerose múltipla, deficiência intelectual e Síndrome de Down. Em todos os estudos foram encontradas características específicas do processo do climatério e da menopausa nas mulheres com deficiência. No entanto, não foi possível diferenciar uma deficiência da outra em relação aos acontecimentos na menopausa. Por fim, ressalta-se a necessidade da criação de questionários e métodos de avaliação do estado e dos cuidados de saúde, bem como os sintomas do climatério específicos para a mulher com deficiência.

Palavras-chave: mulher com deficiência; pós-menopausa; climatério; saúde da mulher.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento está associado a importantes mudanças no organismo. Durante este processo, a mulher passa de um estado reprodutivo para um não reprodutivo (Dias et al., 2013). A menopausa, que caracteriza este estado em que a reprodução não é mais possível, também pode ser definida como a interrupção completa dos ciclos menstruais (Ferreira et al., 2013). O período que precede este acontecimento, no qual ocorre uma série de mudanças hormonais, endócrinas e metabólicas é denominado climatério (Schmitt, Cardoso e Aldrighi, 2008; Pereira et al., 2009). As alterações hormonais ocorrem em decorrência da falência ovariana, diminuindo então a produção de estrógeno e progesterona (Komm; Mirkim, 2012). No tecido ósseo, muscular e adiposo são percebidos reflexos desta variação hormonal (Maltais, Desroches e Dionne, 2009; Ciprianiet al., 2012). Após a menopausa, a massa óssea e a massa magra tendem a diminuir e a massa gordurosa tende a aumentar. Também durante o climatério uma série de sintomas acomete grande parte das mulheres. Dentre estes, os mais comuns são as ondas de calor – denominadas fogachos – sudorese noturna, diminuição na libido, aumento de pelos faciais, desordens emocionais e psicológicas – como depressão e ansiedade – e principalmente alterações nos ciclos menstruais (Mirkim; Pickar, 2013).

Da mesma forma que as mulheres da população em geral, mulheres com deficiência frequentemente são acometidas por estes mesmos sintomas. Com a melhora das condições de cuidados médicos, houve grande aumento na expectativa de vida de pessoas com deficiência, assim como no número de mulheres com deficiência que irão passar pelo climatério e menopausa (Willis et al., 2010). Estudos apontam uma menopausa precoce em mulheres com alguns tipos de deficiência em relação aos seus pares sem deficiência, como mulheres com deficiência intelectual e síndrome de Down (Carr; Hollins, 1995; Schupf, 1997; Seltzer et al., 2001). No entanto, as causas para este acontecimento ainda não estão bem definidas (Welner, Simon e Welner, 2002). Como fator agravante, mulheres com deficiência frequentemente recebem precárias informações sobre sua sexualidade, reprodução e autopercepção corporal, principalmente se tratando de mulheres com deficiência intelectual (McCarthy, 2002). Desta forma, o entendimento do processo da menopausa por parte destas mulheres se

torna mais complicado e conseqüentemente os sintomas que as acometem nem sempre são associados às mudanças relacionadas ao climatério. Este fato torna mais difícil a administração e os cuidados com estes sintomas (Dormire; Becker, 2007).

Principalmente as mulheres com deficiências mais severas tendem a receber menos cuidados com sua saúde, como a realização de exames de rotina anuais (Dormire; Becker, 2007). A falta de conhecimento sobre a menopausa e seu próprio corpo por parte das mulheres com deficiência dificulta a adoção de comportamentos benéficos para a saúde por esta população. Outro ponto importante é a prevenção de condições secundárias à deficiência, que podem ser exacerbadas durante a menopausa e confundidas com os sintomas (Duchrame, 2008).

A fim de se reverter esta situação, torna-se essencial a eliminação de possíveis barreiras para que tais cuidados possam ser tomados e o estímulo para a adoção de comportamentos favoráveis à manutenção da saúde. Sendo assim, uma revisão sobre o tema torna-se importante para agregar todo conhecimento disponível acerca dos sintomas e dos cuidados em saúde da mulher com deficiência no climatério, com finalidade de oferecer maiores subsídios aos profissionais de saúde sobre possíveis intervenções com esta população.

A partir do exposto, o objetivo desta revisão é analisar os dados disponíveis na literatura sobre o estado de saúde, os cuidados em relação à saúde de mulheres com deficiência no climatério e menopausa, bem como os sintomas percebidos nesse período por esta população.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão da literatura foi conduzida por meio de uma busca de artigos indexados em bases de dados que abordassem o tema: climatério e menopausa em mulheres com deficiência. Para conduzir a busca foram selecionadas as seguintes bases de dados: Medline – Medlars Online (1950 – Setembro de 2013), Cinahl - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (1982 – Setembro de 2013); Scielo - ScientificElectronic Library Online (1998 – Setembro de 2013); Lilacs –

LatinAmericanandCaribbean Health Science Literature (1982 - Setembro de 2013); SportDiscus (1975 – Setembro de 2013); Web of Science (1900 - Setembro de 2013); AcademicSearch Premier (1975 – Setembro de 2013); PsycInfo (2001 - Setembro de 2013).

Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores de Ciências da Saúde: menopausa (Menopause), climatério (Climacteric) e pós-menopausa (Postmenopause), combinados aos termos: deficiência (disability, impairment, handicap), pessoa com deficiência (person with disability), deficiência intelectual (Intellectual disability/impairment), deficiência física (physical disability/impairment), deficiência motora (motor disability/impairment), deficiência visual (visual disability/impairment) e deficiência auditiva (hearing disability/impairment), cegueira (blindness), surdez (deafness), utilizando operadores booleanos OR e AND para ampliar e refinar as buscas. Não foi restrito nenhum idioma das publicações.

Concluídas as buscas, os artigos foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: estudos de campo com a participação de mulheres climatéricas e/ou pós-menopausa com algum tipo de deficiência; avaliação do estado de saúde das participantes, os cuidados tomados para manutenção da saúde das mulheres durante este período e/ou os sintomas percebidos durante o climatério. Foram excluídos deste trabalho estudos de revisão, bem como dissertações e teses.

Após esta etapa, as publicações que contemplassem os critérios de inclusão foram tabuladas e analisadas de acordo com os seguintes fatores: objetivo da pesquisa (a), características das participantes do estudo (b), variáveis pesquisadas (c) e principais achados da pesquisa (d). Novamente com esta análise mais refinada, caso os estudos não estivessem completamente de acordo com os critérios de inclusão propostos, seriam excluídos da revisão.

3. RESULTADOS

3.1 Seleção dos estudos

A partir das buscas nas bases de dados selecionadas, foram encontrados 617 estudos utilizando os termos descritos. Foi então realizada uma leitura minuciosa dos títulos para confirmar se as publicações se adequavam ao tema de pesquisa proposto. Após esta etapa, 77 estudos foram selecionados.

Do total de estudos selecionados (n=77), 44 foram excluídos por estarem indexados em mais de uma base de dados. Os 33 artigos restantes passaram então por uma leitura completa e refinada. Concluídas as leituras, 16 estudos foram excluídos por não se adequarem completamente aos critérios de inclusão propostos (10 artigos eram revisões de literatura e não realizaram pesquisas de campo e 6 estudos não analisaram o estado de saúde, os cuidados de saúde ou os sintomas do climatério das mulheres participantes). Assim sendo, ao final 17 estudos foram incluídos na presente revisão.

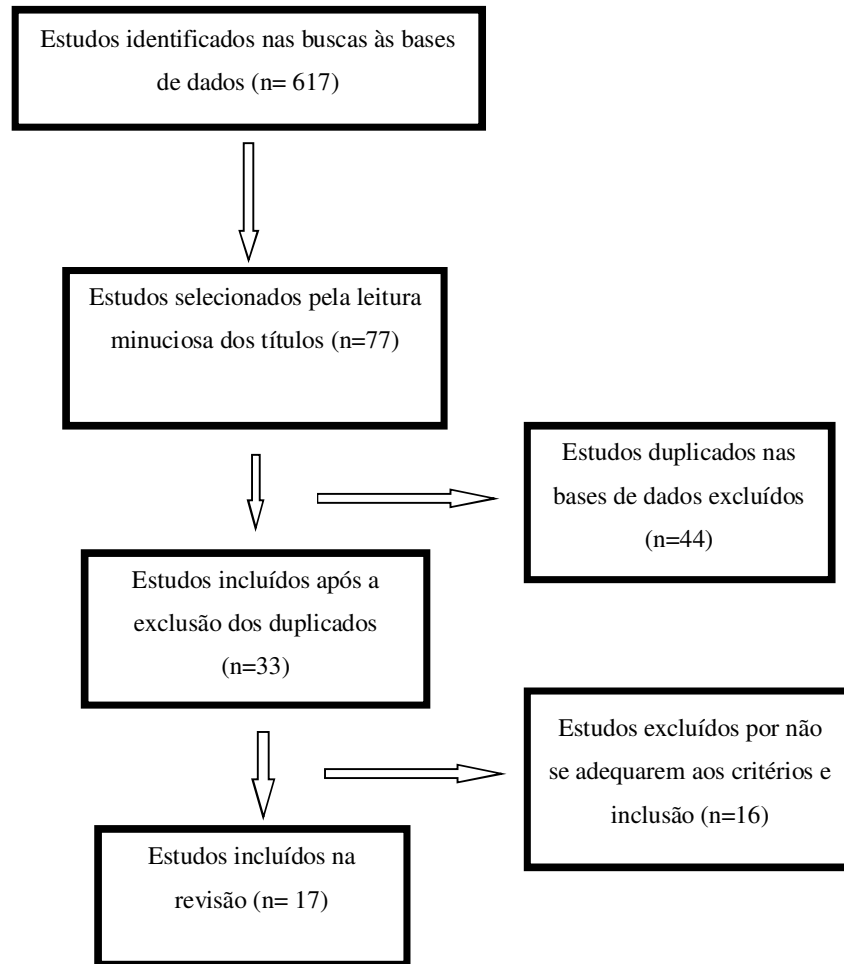
Os resultados das buscas estão descritos na Tabela 1 e a estratégia de seleção dos artigos para esta revisão está descrita na Figura 1.

Tabela 1: Resultados das buscas por base de dados

Base de dados	Período da busca	Artigos encontrados
MEDLINE	1950-2013	16
CINAHL	1982-2013	14
SCIELO	1998-2013	-
ACADEMIC PREMIER	1975-2013	20
WEB OF SCIENCE	1900-2013	19
PSYCINFO	2001-2013	06
LILACS	1982-2013	-
SPORT DISCUS	1975-2013	02
TOTAL		77

Note: Medline - Medlars Online; Cinahl - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; Scielo - Scientific Electronic Library Online; Academic Search Premier; Web of Science; PsycInfo; Lilacs - Latin American and Caribbean Health Sciences Literature; and Sport Discus.

Figura 1 – Diagrama do processo de seleção dos estudos



3.2 Características dos estudos incluídos

Os estudos incluídos nesta revisão tinham características de delineamento transversal. As mulheres foram avaliadas em um determinado momento a fim de se verificar seu perfil em relação ao estado de saúde ou aos cuidados tomados para a

manutenção de uma saúde positiva, bem como os sintomas do climatério e menopausa percebidos pelas mulheres durante este período.

Dos 17 estudos incluídos, cinco avaliaram o estado de saúde no momento da pesquisa (Harrison; Becker, 2007; Seltzer; Schupf, 2001; Schupf et al., 2003; Coppuset al., 2010; Cosgrave et al., 1999), quatro investigaram o estado de saúde e os sintomas percebidos pelas mulheres durante o climatério e menopausa (Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2010; Kalpakjian et al., 2005; Kalpakjian e Lequerica, 2006), um avaliou o estado de saúde e levantou os cuidados de saúde tomados pelas participantes (Kalpakjian et al., 2004), dois estudos trataram dos cuidados de saúde, estado de saúde e também dos sintomas do climatério e menopausa (Willis, Wishart e Muir, 2010), dois investigaram somente os sintomas percebidos pelas mulheres com deficiência durante o climatério e menopausa (Kalpakjian et al., 2010; Willis, 2008), e por fim três estudos avaliaram os cuidados em saúde tomado pelas participantes bem com os sintomas do climatério e menopausa (Becker et al., 2002; McCarthy e Millard, 2003; McCarthy, 2002).

No que se trata das participantes dos estudos, o número de indivíduos variou de 15 a 909, totalizando 3445 mulheres com deficiência. A faixa etária pesquisada foi de 21 a 91 anos e as deficiências encontradas nas mulheres foram: espinha bífida (n= 2), sequelas de poliomielite (n= 2455), lesão medular (n=65), esclerose múltipla (n= 168), deficiência intelectual (n= 129) e Síndrome de Down (n= 626). Os instrumentos utilizados para as coletas de dados foram questionários fechados bem como entrevistas semiestruturadas e estruturadas. Os principais achados dos estudos estão sintetizados na Tabela 2.

3.3 Estado de Saúde

Doze estudos investigaram o estado de saúde de mulheres com deficiência pós-menopausa (Harrison; Becker, 2007; Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2005; Kalpakjian; Lequerica, 2006; Kalpakjian et al., 2004; Willis et al., 2011; Kalpakjian et al., 2007; Seltzer; Schupf, 2001; Schupf et al., 2003; Coppus et al., 2010; Cosgrave et al., 1999; Willis, Wishart e Muir, 2010). Quando se trata de status funcional e habilidade

para executar as atividades da vida diária, grande parte das mulheres avaliadas nestas questões apresentou dificuldades em realizar atividades cotidianas simples relacionadas à sua funcionalidade. (Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2005; Kalpakjian et al., 2007). As dificuldades relatadas pelas participantes destes estudos podem, no entanto, ser relacionadas às restrições motoras impostas pela sua deficiência, que no caso era sequela de poliomielite.

Já no que diz respeito ao peso ou Índice de Massa Corporal (IMC), Kalpakjian et al. (2004) relataram que 33% das participantes com deficiências físicas causadas pela poliomielite tinham IMC eutrófico, 33% estavam com sobrepeso e 33% obesas. Coppuset al. (2010) em seu estudo em mulheres com Síndrome de Down encontraram um IMC médio de $27,5\text{Kg/m}^2$, caracterizando sua amostra como sobrepesada. Também neste estudo não encontraram relação entre o IMC e o hipotireoidismo com a idade da menopausa. As pesquisas de Seltzer e Shupf (2001), Shupfet al. (2003) e Cosgrave et al. (1999), todas com participantes com Síndrome de Down, encontraram resultados similares no que se trata do hipotireoidismo e menopausa. Em nenhum dos estudos a presença desta disfunção na tireoide teve associação com a idade da menopausa. No entanto, nos estudo de Shupfet al. (2003),Coppus et al. (2010) e Cosgrave et al. (1999), em que foi avaliada a idade do aparecimento de demência, esta sim está relacionada à idade da menopausa nas mulheres com Síndrome de Down avaliadas, indicando que mulheres que tiveram menopausa mais precoce tiveram também o surgimento da demência em idades mais jovens.

Nas pesquisas em que foi avaliada a percepção da mulher em relação à sua saúde, Kalpakjian et al. (2007) relatou que 80,7% das mulheres com deficiências causadas pela poliomielite reportaram sua saúde como boa, muito boa ou excelente. Willis et al. (2011) colocou que apenas 2, de 45 mulheres com Síndrome de Down e deficiência intelectual da sua amostra não disse ser saudável e Kalpakjian et al. (2004) encontrou que 46,5% das participantes com deficiências causadas pela poliomielite de seu estudo estavam de levemente a extremamente satisfeitas com sua vida. Quando questionados os cuidadores sobre a saúde de mulheres com deficiência intelectual, grande parte relatou como boa (Willis, Wishart e Muir, 2010).

3.4 Cuidados com a Saúde

Os cuidados tomados pelas mulheres para a manutenção de uma saúde positiva foram mencionados em seis estudos (Becker et al., 2002; Kalpakjian et al., 2004; McCarthy; Millard, 2003, Willis et al., 2011; McCarthy, 2002; Willis, Wishart e Muir, 2010). Uma questão frequente nestas pesquisas é a adoção de comportamentos para prevenção da osteoporose. Principalmente mulheres com deficiência intelectual não entendem a importância de “manter seus ossos fortes” (Willis, Wishart e Muir, 2010; McCarthy, 2002). No entanto, no estudo de Kalpakjian et al. (2004), 62% das participantes com deficiências provocadas pela poliomielite praticavam atividades físicas e da mesma forma Willis et al. (2011) relataram em sua pesquisa que a maioria das mulheres com deficiência intelectual e Síndrome de Down faziam exercícios, em grande parte caminhada e natação.

Outra questão investigada é a regularidade na realização dos exames de rotina da mulher. Becker et al. (2002) apontam em seu estudo que 52% das mulheres com deficiências físicas fazem os exames ginecológicos anualmente e 66% da amostra faz mamografias regularmente. Já no estudo de Willis et al. (2011) apenas 12 de 45 participantes com Síndrome de Down ou deficiência intelectual faziam a mamografia rotineiramente. Da mesma forma Willis, Wishart e Muir (2010), ao entrevistar os cuidadores de mulheres com deficiência intelectual, encontraram que o autoexame das mamas não faz parte da rotina de cuidados e higiene destas mulheres, e a realização da mamografia e dos demais exames ginecológicos não foi mencionada.

3.5 Sintomas

Dos estudos que avaliaram os sintomas do climatério (Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2010; Kalpakjian et al., 2005; Kalpakjian; Lequerica, 2006; Willis et al., 2011; Kalpakjian et al., 2010; Willis, 2008; Becker et al., 2002; McCarthy; Millard, 2003; McCarthy, 2002; Willis, Wishart e Muir, 2010), os problemas mais frequentemente relatados pelas mulheres com deficiência foram pés e mãos frias, ondas de calor, insônia e outros problemas relacionados ao sono. Nos estudos de Kalpakjian et al. (2007), Kalpakjian et al. (2005) e Willis (2008) as participantes com deficiências

causadas pela poliomielite, deficiência intelectual e Síndrome de Down reportaram ganho de peso no período do climatério.

Ao se tratar especificamente de lesão medular, as mulheres com esta condição tiveram significativamente menos sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna) do que seus pares sem deficiência, oposto do que seria esperado (Kalpakjian et al., 2010). Já sintomas somáticos (desconforto gastrointestinal, dor, infecções na bexiga e incontinência urinária) foram relatados com mais frequência por estas mulheres.

Nos estudos em que foram avaliados os sintomas de mulheres com deficiência intelectual ou Síndrome de Down (Willis, 2008; McCarthy; Millard, 2003; Willis et al., 2010; McCarthy, 2002; Willis, Wishart e Muir, 2010), muitas vezes era difícil discutir sobre estes aspectos. Grande parte das participantes não tinha conhecimento sobre o significado do climatério, da menopausa e da interrupção dos ciclos menstruais. As perguntas tinham que ser especificamente direcionadas ao tema dos sintomas, e muitas vezes estes eram confundidos com as próprias características da deficiência ou do envelhecimento, principalmente os sintomas de ordem emocional e psicológica. Até mesmo os cuidadores reportavam esta dificuldade em identificar os sintomas.

Na pesquisa de Kalpakjian e Lequerica (2006), o status funcional de mulheres com deficiências causadas pela poliomielite foi inversamente associado aos sintomas da menopausa, ou seja, as mulheres com sintomas mais numerosos e severos não se mostraram hábeis para desempenhar as atividades da vida diária. Também foi encontrado um efeito direto dos sintomas do climatério sobre a qualidade de vida das mulheres. Por fim, quando os sintomas de mulheres com deficiências causadas por sequelas da poliomielite foram analisados em relação ao sono (Kalpakjian et al., 2007), houve associação significativa leve a moderada entre os sintomas do climatério e distúrbios do sono, sendo os sintomas psicológicos os que mais contribuíram na frequência destes problemas.

4. DISCUSSÃO

Esta revisão procurou reunir os principais achados sobre como se dá o processo do climatério e da menopausa em mulheres com diferentes tipos de deficiências. Três aspectos importantes foram analisados: o estado de saúde das participantes, os cuidados tomados para a manutenção de uma saúde positiva e os sintomas de climatério percebidos pelas mulheres.

O progressivo envelhecimento e a menopausa estão associados ao risco aumentado de doenças cardiovasculares, metabólicas, musculares, ósseas e a alterações hormonais. Quando se trata de mulheres com deficiência, estas características podem ser exacerbadas (Welner; Simon e Welner, 2002). No que diz respeito ao estado de saúde, grande parte das mulheres analisadas nos estudos incluídos nesta revisão, quando questionadas sobre como percebiam sua saúde, reportou como boa. No entanto, possivelmente existe uma dificuldade nas mulheres com deficiência intelectual em avaliarem seu próprio estado de saúde e seus sintomas da menopausa. A deficiência pode interferir na percepção da mulher em relação ao seu próprio corpo. Questionários ou entrevistas adaptados a esta população podem minimizar este viés e possibilitar a obtenção de resultados mais fidedignos.

Ao se analisar aspectos de saúde dos estudos individualmente, as participantes com deficiências físicas e Síndrome de Down estavam em sua maioria com sobrepeso (Kalpakjian et al., 2004; Coppuset al., 2010), ou tinham dificuldades em desempenhar suas atividades da vida diária, principalmente as de maior demanda física (Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2005; Kalpakjian et al., 2007). Mas não foram avaliadas outras questões relacionadas a outras patologias que talvez pudessem influenciar mais fortemente a percepção da saúde da mulher.

Outro ponto importante é que pessoas com deficiência frequentemente apresentam baixos níveis de atividade física (Scherer; Lopes, 2013). Esta prática limitada pode estar vinculada ao estilo de vida do indivíduo ou a fatores relacionados à deficiência (Dormire; Becker, 2007). Pessoas com deficiência física podem apresentar esse baixo nível de atividade física por limitações impostas pela própria deficiência. Dificuldades na mobilidade da mulher podem impossibilitar a realização de uma série

de tarefas frequentemente propostas em programas de atividades físicas. No entanto, existem várias atividades físicas adaptadas que podem ser viáveis para esta população. Cabe ressaltar que o estilo de vida fisicamente ativo protege contra o surgimento e a progressão de uma série de doenças crônicas. Sendo assim, a atividade física tem sido apontada como um componente importante de um estilo de vida saudável (ACMS, 2000).

No estudo de Kalpakjian et al. (2004), 62% das participantes praticavam atividades físicas e da mesma forma Willis et al. (2011) relatou em sua pesquisa que a maioria das mulheres faziam exercícios, sendo eles em grande parte caminhada e natação. No entanto, apesar da conhecida importância da rotina de exercícios para a saúde da mulher no climatério e menopausa, apenas estes dois estudos investigaram a questão da prática de atividades físicas nas mulheres com deficiência. Quando se trata de mulheres climatéricas sem deficiência, a frequência de atividade física é mais pesquisada e é positiva. A partir disto, destaca-se a necessidade da busca por estes dados na população com deficiência para que seja possível o incentivo e suporte adequado, de modo a proporcionar maiores níveis de atividade física para mulheres com deficiência no climatério e menopausa.

Com o processo de envelhecimento, além da redução da amassa óssea, ocorre um decréscimo na massa muscular denominada sarcopenia, responsável pela diminuição na capacidade funcional e autonomia em pessoas idosas. A combinação de sedentarismo e mudanças metabólicas pode favorecer este quadro (Welner; Simon e Welner, 2002). A prática regular de atividade física então pode contribuir para um melhor estado de saúde de mulheres com deficiência, principalmente após a menopausa. A atividade física para as mulheres sem deficiência pode amenizar os sintomas do climatério e menopausa (Guimarães; Baptista, 2011; Tairova; De Lorenzi, 2011) e também quando praticada em intensidades leve e moderada é preditora de menor acúmulo de gordura visceral (Pitanga et al., 2012). Evidências indicam que mulheres pós menopausa fisicamente ativas tendem a terem melhor qualidade de vida do que as mulheres sedentárias (Moilanen et al., 2012). Ela pode ser incluída como lazer, tornando sua prática mais prazerosa e desta forma um hábito cotidiano, refletindo assim em melhor qualidade de vida (Hicks et al., 2003) e autonomia funcional (Duràn et al., 2001).

Da mesma forma a autonomia funcional pode ser determinada pela função cognitiva dos indivíduos. Uma saúde mental positiva pode contribuir para a independência e socialização de pessoas com deficiência (Welner; Simon e Welner, 2002). Com o envelhecimento, a menopausa e as alterações hormonais relacionadas a este período, ocorre um decréscimo na função cognitiva, que pode se refletir no surgimento da demência e manifestação da Doença de Alzheimer em mulheres com alguns tipos de deficiência (Schupfet al., 2003). Quando relacionada a idade do surgimento da demência com a idade da menopausa de mulheres com Síndrome de Down, houve associações significativas, indicando que uma menopausa precoce está relacionada com surgimento de demência também em uma idade mais jovem (Seltzer; Schupf, 2001; Schupf et al., 2003; Coppus et al., 2010).

Já ao se analisar a idade da menopausa com a presença de hipotireoidismo, não foram encontradas associações significativas, indicando que esta disfunção na tireoide tem pouca influência na idade da menopausa (Seltzer; Schupf, 2001; Schupfet al., 2003; Coppuset al., 2010; Cosgraveet al., 1999). No entanto, é de grande importância o estudo desta disfunção principalmente em mulheres com Síndrome de Down, já que esta população é frequentemente acometida por este problema.

Outro ponto essencial para a manutenção da saúde da mulher com e sem deficiência no climatério e menopausa é a realização de exames de rotina. A mamografia é o principal exame para rastreamento do câncer de mama e sua realização regular permite a detecção e tratamento precoce da doença, o que pode repercutir em redução da mortalidade das mulheres por este fator. A mamografia é recomendada para o rastreamento de mulheres assintomáticas, avaliação diagnóstica, acompanhamento de mulheres sintomáticas e monitoramento de grupos de alto risco, sendo recomendada sua realização anualmente a partir dos 40 anos pelo Ministério da Saúde no Brasil (Oliveira et al., 2011).

Dos estudos que avaliaram os cuidados de saúde tomados pelas mulheres, especificamente a realização de exames de rotina, Becker et al. (2002) detectaram que 66% da amostra de mulheres com deficiências físicas realizava as mamografias regularmente e 52% das mulheres fazia os exames ginecológicos anualmente. Já Willis et al. (2011) detectaram que somente 12 de 45 mulheres com Síndrome de Down faziam

os exames de rotina das mamas. Quando os cuidadores de mulheres com deficiência intelectual foram questionados sobre estes cuidados de saúde, poucos relataram a realização de cuidados com a higiene e saúde das mulheres (Willis, Wishart e Muir, 2010). O hábito e a frequência de realização dos exames da mama são essenciais para a manutenção da saúde e da possível detecção precoce de uma patologia, aumentando as chances de tratamento e cura.

O maior índice de realização dos exames por parte das mulheres com deficiências físicas em relação aquelas com Síndrome de Down pode ser explicado pelo maior entendimento do processo do climatério e menopausa por parte das primeiras e com isso a maior preocupação com aspectos de saúde no envelhecimento. É frequente entre mulheres com deficiência intelectual a falta de entendimento do significado do processo do climatério. McCarthy (2002) relata em seu estudo que em suas entrevistas com mulheres com deficiência intelectual, quando questionado o motivo da interrupção dos ciclos menstruais e o significado da menopausa, nenhuma das mulheres soube responder.

Da mesma forma, McCarthy e Millard (2003), em suas entrevistas com mulheres com deficiência intelectual, afirmam ter sido esta a primeira oportunidade em que as participantes tiveram contato com alguma discussão ou explicação sobre a menopausa e a mudança de vida que ela acarreta. Muitas vezes esta falta de conhecimento sobre seu próprio corpo está relacionada ao suporte inadequado (McCarthy, 2002). É importante que cuidadores e familiares de mulheres com deficiência intelectual busquem esclarecer aspectos sobre sexualidade e reprodução às mulheres, mesmo que muitas vezes com esta idade as mulheres já morem sozinhas ou com seus cuidadores. O relacionamento com a família e o cuidador é visto como fundamental para melhorar o nível de informação e autocuidado de mulheres com deficiência intelectual..

Ao questionar mulheres com deficiência intelectual especificamente sobre os sintomas percebidos durante o climatério e a menopausa, Willis et al. (2008) relataram que 9 de 15 mulheres reportaram ondas de calor. Similarmente Willis et al. (2011) e McCarthy (2002) colocaram as ondas de calor como o sintoma mais frequente entre as participantes com deficiência intelectual ou Síndrome de Down. Já Kalpakjian et al. (2005) e Kalpakjian et al. (2007) relataram que os sintomas mais frequentes entre

mulheres com deficiências causadas por sequelas de poliomielite foram pés e mãos frias e problemas relacionados ao sono. Em ambos os estudos as mulheres reportaram ganho de peso nos últimos anos.

É bastante comum entre as mulheres sem deficiência a queixa de calores e sudorese noturna, classificados como sintomas vasomotores. A fisiologia destes sintomas ainda não está completamente esclarecida, mas estima-se que a produção hormonal de estradiol, hormônio luteinizante e folículo estimulante estejam relacionadas com a intensidade e frequência das ondas de calor nas mulheres sem deficiência (Thruston; Joffe, 2011). No entanto, dentre os sintomas relatados, o ganho de peso pode-se destacar como uma característica preocupante, já que pode acarretar uma série de patologias associadas, como diabetes e hipertensão, que implicam em maiores cuidados com a saúde. Mulheres sem deficiência frequentemente reportam que percebem as mudanças corporais como o ganho de peso e acúmulo de gordura abdominal (Moilanen et al., 2012). Apesar disto, em nenhum dos estudos analisados na presente revisão este aspecto foi abordado.

Kalpakjian et al. (2007) em seu estudo com mulheres com deficiências causadas pela poliomielite, que buscou entender a contribuição dos fatores relacionados à menopausa e à deficiência em distúrbios do sono, encontraram uma associação significativa leve a moderada entre os sintomas da menopausa e os distúrbios do sono. Os sintomas psicológicos, tais como sentimento de depressão, mudanças repentinas de humor e irritabilidade foram os que mais contribuíram na frequência dos distúrbios do sono. Estes sintomas interferiram diretamente na saúde e no bem estar emocional das mulheres, e não se sabe se a presença da deficiência influenciou o surgimento destes problemas psicológicos e conseqüentemente os distúrbios do sono, ou se apenas os aspectos hormonais relacionados ao climatério e menopausa tiveram contribuição.

A diferente percepção entre os sintomas da menopausa pode estar relacionada a fatores da deficiência. Mulheres com lesão medular relataram mais sintomas somáticos (desconforto gastrointestinal, dor, infecções na bexiga e incontinência urinária) que mulheres sem deficiências. No entanto estas são características comuns a pessoas com lesão medular (Rodrigues et al., 2012) e não foram mencionados em outros estudos envolvendo mulheres com outros tipos de deficiência.

Já ao se tratar especificamente de sintomas psicológicos, estes foram relatados em mulheres com diferentes tipos de deficiências: sequelas de poliomielite, lesão medular, deficiência intelectual e Síndrome de Down (Kalpakjian et al., 2007; Kalpakjian et al., 2005; Willis, 2008; McCarthy; Millard, 2003; Willis et al., 2011; McCarthy, 2002). Os sintomas mais comuns foram mudanças repentinas de humor, mau humor e sentimento de tensão e irritabilidade. Nos estudos em que foram analisados os sintomas de mulheres com deficiência intelectual, algumas queixas das próprias mulheres foram questionadas. As próprias características da deficiência podem ser os sintomas colocados anteriormente e com isso é possível que haja confusão se o sentimento está de fato relacionado às mudanças hormonais.

A idade das participantes dos estudos incluídos foi de 21 a 91 anos. No entanto apenas uma pesquisa com mulheres com Síndrome de Down avaliou mulheres a partir de 21 anos (Seltzer; Schupf, 2001). É conhecido que mulheres com Síndrome de Down têm menopausa precoce em relação a seus pares sem deficiência (Carr; Hollins, 1995; Schupf, 1997; Seltzer et al., 2001). Desta forma, a análise de aspectos relacionados à menopausa nesta população deve ser feita em uma amostra mais jovem. Nos demais estudos da revisão, em geral, a idade mínima das participantes foi de 35 a 45 anos, buscando analisar o período em que os sinais do climatério surgem.

Ao se analisar o período do climatério e o processo da menopausa em mulheres com deficiência englobando todos os fatores relacionados a estes acontecimentos, pode-se perceber uma similaridade ao contexto da mulher sem deficiência. Os sintomas levantados se assemelham, sendo relatadas pelas mulheres sem deficiência as ondas de calor, problemas de sono, irritabilidade, dentre outros (Guimarães; Baptista, 2011).

As mudanças hormonais ocorrem da mesma forma, e os reflexos destas alterações são percebidos igualmente entre mulheres com e sem deficiências. No entanto algumas características da deficiência podem maximizar os efeitos do climatério e menopausa, além de dificultar algumas medidas de cuidado com a saúde, como a prática de atividade física e o acesso a cuidados clínicos. Mulheres sem deficiência percebem alterações no seu próprio corpo, o que não ocorreu em mulheres com deficiência. Este aspecto pode servir como alerta e incentivo para o cuidado com a saúde, mesmo que inicialmente surja como uma preocupação estética. Sendo assim, é

necessária muita atenção e suporte a população com deficiência, para que o climatério e a menopausa aconteçam naturalmente e não promovam dificuldades adicionais à deficiência.

A partir desta revisão foi possível confirmar a escassez de estudos que abordem temas de estado e cuidados de saúde, bem como os sintomas do climatério em mulheres pós-menopausa com deficiência. Este tema ainda é pouco discutido talvez pela dificuldade de acesso a estas mulheres e também de métodos eficientes para realizar as avaliações necessárias. Outro ponto é que sexualidade e reprodução são assuntos difíceis de discutir com as mulheres, principalmente com deficiência. Na busca de artigos não foram localizados estudos envolvendo mulheres com deficiência visual ou auditiva, o que dificulta a comparação dos dados e a compreensão do processo de climatério e menopausa em mulheres com esta condição.

5. SUGESTÕES PARA PRÓXIMOS ESTUDOS

Em grande parte das pesquisas foi avaliado o estado de saúde das mulheres com deficiência no climatério e menopausa. No entanto não foram verificados estudos com dados mais específicos sobre a saúde desta população. Por este motivo, estudos que investiguem profundamente a composição corporal, como densidade óssea, percentual de gordura e variáveis metabólicas seriam importantes, já que manifestariam com mais precisão o estado de saúde das mulheres. Da mesma forma, o nível de atividade física foi avaliado em poucos estudos, utilizando métodos indiretos como questionários. Acelerômetros ou outros monitores de atividade física resultam em dados mais diretos e fidedignos. Avaliar esta variável é importante para a análise dos cuidados de saúde tomados pelas mulheres. Também investigar as barreiras que as mulheres encontram para a prática de atividade física pode contribuir para o entendimento do frequente sedentarismo entre pessoas com deficiência.

Variáveis psicológicas também podem ser medidas por questionários de doenças específicas como depressão. Estas avaliações podem contribuir para o entendimento dos sintomas psicológicos de mulheres com deficiência no climatério e menopausa e trazer à

tona informações sobre a saúde global desta população, de modo a motivar incentivar ações que visem a adoção de cuidados preventivos contra os sintomas relatados.

Por fim, ressalta-se a importância da criação de métodos validados de avaliação para as pessoas com deficiência, sobretudo para aquelas com deficiência intelectual. Os métodos para pessoas sem deficiência podem muitas vezes não ser aplicáveis para as pessoas com deficiência, já que pode haver a falta de entendimento e compreensão de perguntas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral, os sintomas percebidos pelas mulheres com deficiência no climatério e menopausa, seu estado de saúde, bem como os cuidados de saúde tomados foram os principais aspectos investigados nos artigos incluídos nesta revisão. Especificamente o estado de saúde das mulheres envolvidas apresenta pontos negativos. A maioria das participantes estava acima do peso e apresentava dificuldades em desempenhar suas atividades da vida diária. No entanto, grande parte das mulheres percebia sua saúde como boa, indicando que estas questões tinham pouca influência na percepção da saúde da mulher num contexto mais generalizado.

Em relação aos cuidados de saúde da mulher, apesar de geralmente pessoas com deficiência tenderem ao sedentarismo, nas participantes em que foi avaliado o nível de atividade física, estas foram na maioria classificadas como ativas. No que diz respeito à realização de exames de rotina, mulheres com deficiência intelectual não seguiam as recomendações propostas, enquanto aquelas com deficiência física faziam a mamografia e os exames ginecológicos anualmente.

Os sintomas percebidos pelas mulheres com deficiência no climatério e menopausa não foram diferentes dos mais relatados pelas mulheres sem deficiência. Os mais reportados foram ondas de calor, problemas com o sono e pés e mão frias, bem como sintomas psicológicos. As diferentes deficiências envolvidas nas mulheres avaliadas influenciaram as respostas das mulheres em relação aos sintomas percebidos.

Por fim, o processo do climatério e menopausa de mulheres com deficiência se mostrou semelhante ao de mulheres sem deficiência. Isto indica que as recomendações de um estilo de vida ativo, a realização dos exames de rotina e uma alimentação adequada que contribuem para que este período aconteça sem problemas para mulheres sem deficiência se aplicam às mulheres com deficiência e, portanto, devem ser estimuladas.

REFERÊNCIAS

- BECKER, H.; STUIFBERGEN, A.K.; GORDON, D. (2002) Menopausal experiences and hormone replacement therapy use among women with physical impairments. *Women's Health Issues*, 12 (4), 212-219.
- CARR, J.; HOLLINS, S.(1995) Menopause in women with learning disabilities. *Journal of Intellectual disability Research*, 39 (2), 137-139.
- CIPRIANI, C.; ROMAGNOLI, E.; CARNEVALE, V.; RASO, I. SCARPIELLO, A.; ANGELOZZI, M.; TANCREDI, A.; RUSSO, S.; DE LUCIA, F.; PEPE, J.; MINISOLA, S. (2012) Muscle strength and bone in healthy women: effect of age and gonadal status. *Hormones*, 11 (3), 325-332.
- COPPUS, A. M. W.; EVENHUIS, H. M.; VERBENE, G. J.; VISSER, F. E.; EIKELEBOOM, P.; VAN GOOL, W. A.; JANSSENS, A. C. J. W.; VAN DUJIN, C. M. (2010) Early age at menopause is associated with increased risk of dementia and mortality in women with Down Syndrome. *Journal of Alzheimer's Disease*, 19, 545-550.
- COSGRAVE, M. P.; TYRRELL, J.; MCCARRON, M.; GILL, M.; LAWLOR, B. A. (1999) Age at onset of dementia and age of menopause in women with down's syndrome. *Journal of Intellectual disability Research*, 43 (6), 461-465.
- DIAS, R. OLIVEIRA, A. T.; VESPASIANO, B. S.; NASCIMENTO, D. C., PRESTES, J. (2013) O treinamento de força melhora os sintomas climatéricos em mulheres sedentárias na pós-menopausa. *Revista ConScientia e Saúde*, 12 (2), 249-258.
- DORMIRE, S.; BECKER, H. (2007) Menopause health decision support for women with physical disabilities. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36 (1), 97-104.
- DUCHARME, S. (2008) Menopause and Women with Spinal Cord Injury. *Journal Sexuality and Spinal Cord Injury*.
- DURÁN, F. S.; LUGO, L.; RAMÍREZ, L.; EUSSE, E. (2001) Effects of an exercise program on the rehabilitation of patients with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 349-354.

- FERREIRA, V. N.; CHINELATO, R. S. C.; CASTRO, M. G.; FERREIRA, M. E. C. (2013) Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Revista Psicologia & Saúde*, 25 (2), 410-419.
- GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. (2011) Relationship between physical activity and menopausal symptoms. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16 (2), 144-149.
- HARRISON, T.; BECKER, H. (2007) A qualitative study of menopause among women with disabilities. *Advances in Nursing Science* 30 (2), 123–138.
- HICKS, A. L.; MARTIN, K. A.; DITOR, D. S.; LATIMER, A. E.; CRAVEN, C.; BUGARESTI, J.; MCCARTNEY, N. (2003) Long-term exercise training in person with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord*, 41, 34-43.
- KALPAKJIAN, C. Z.; LEQUERICA, A. (2006) Quality of life and menopause in women with physical disabilities. *Journal of Women's Health*, 15 (1), 1014-1027.
- KALPAKJIAN, C. Z.; RILEY, B. B.; QUINT, E. H.; TATE, D. G. (2004) Hormone replacement therapy and health behavior in postmenopausal polio survivors. *MATURITAS, The European Menopause Journal*, 48, 1398-410.
- KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; BUSHNIK, T.; RODRIGUEZ, G. M.; TERRIL, M. S. (2010) Menopause characteristics and subjective symptoms in women with and without spinal cord injury. *Archives of Physical and Medical Rehabilitation*, 91, 562-569.
- KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; TATE, D. G.; ROLLER, S.; TOUSSAINT, L. L. (2007) Menopause characteristics of women with physical disabilities from poliomyelitis. *MATURITAS, The European Menopause Journal*, 56, 161-172.
- KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; TOUSSAINT, L. L. (2007) Menopause and post-polio symptoms as predictors of subjective sleep disturbance in poliomyelitis survivors. *Climacteric*, 10, 1-62.
- KALPAKJIAN, C. Z.; TOUSSAINT, L. L.; QUINT, E. H.; REAME, N. K. (2005) Use of a standardized menopause symptom rating scale in a sample of women with physical disabilities. *Menopause: The Journal of The North American Menopausal Society*, 12 (1), 78-87.
- KOMM, B. S.; MIRKIM, S. (2012) The tissue selective estrogen complex: a promising new menopausal therapy. *Pharmaceuticals*, 5, 899-924.
- MALTAIS, M. L.; DESROCHES, J.; DIONNE, I. J. (2009) Changes in muscle mass and strength after menopause. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions*, 9 (4), 186-197.
- MCCARTHY, M. (2002) Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27 (4), 281-295.
- MCCARTHY, M.; MILLARD, L. (2003) Discussing the menopause with women with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 9-17.

- MIRKIN, S.; PICKAR, J. H. (2013) Management of osteoporosis and menopausal symptoms: focus on bazedoxifene/ conjugated estrogen combination. *International Journal of Women's Health*, 13 (5), 465-475.
- MOILANEN, J. M.; AALTO, A. M.; RAITANEN, J.; HEMMINKI, E.; ARO, A. R.; LOUTO, R. (2012) Physical activity and change in quality of life during menopause – an 8-year follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10 (8).
- PEREIRA, W. M. P.; SCHMITT, A. C. B.; BUCHALLA, C. M.; REIS, A. O. A.; ALDRIGHI, J. M. (2009) Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19 (1), 89-97.
- PITANGA, C. P. S.; PITANGA, F. J. G.; BECK, C. C.; GABRIEL, R. E. C. D.; MOREIRA, M. H. R. (2012) Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, 56 (6), 358-363.
- RODRIGUES, A. V.; VIDAL, W. A. S.; LEMES, J. A.; GÔNORA, C. S.; NEVES, T. C.; SANTOS, S. M. S.; SOUZA, R. B. (2012) Estudo sobre as características da dor em pacientes com lesão medular. *Acta Fisiátrica*, 9 (3), 171-177.
- SCHMITT, A. C. B.; CARDOSO, M. R. A.; ALDRIGHI, J. M. (2008) Tendências da mortalidade em mulheres brasileiras no climatério. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 18 (1), 11-15.
- SCHERER, R. L.; LOPES, A. S. (2013) Atividade física habitual em adultos com deficiência visual: uma revisão sistemática. *Revista Pensar a Prática*, 16 (1), 234-247.
- SCHUPF, N.; ZIGMAN, W.; KAPPELL, D.; LEE, J. H.; KLINE, J.; LEVIN, B. (1997) Early menopause in women with Down's Syndrome. *Journal of Intellectual disability Research*, 71 (3), 264-267.
- SELTZER, G. B.; SHUPF, N.; WU, H. S. (2001) A prospective study of menopause in women with Down's Syndrome. *Journal of Intellectual disability Research*, 45 (1), 1-7.
- SHUPF, N.; PANG, D.; PATEL, B. N.; SILVERMAN, H.; SHUBERT, R.; LAI, F.; KLINE, J. K.; STERN, Y.; FERIN, M.; TYCKO, B.; MAYEUX, R. (2003) Onset of dementia is associated with age at menopause in women with Down's Syndrome. *Annals of Neurology*, 54 (4), 433-438.
- TAIROVA, O. S.; DE LORENZI, D. R. S. (2011) Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (1), 135-145.
- THURSTON, R. C.; JOFFE, R. (2011) Vasomotor symptoms and Menopause: Findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 38 (3), 489-501.

- OLIVEIRA, E. X. G.; PINHEIRO, R. S.; MELO, E. C. P.; CARVALHO, M. S. (2011) Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Revista Ciência&Saúde Coletiva*, 16 (9), 3649-3664.
- WELNER, S. L.; SIMON, J. A.; WELNER, B. (2002) Maximizing health in menopausal women with disabilities. *Menopause: The Journal of The north American Menopausal Society*, 9 (3), 208-219.
- WILLIS, D. S.; WISHART, J. G.; MUIR, W. J. (2010) Carer knowledge and experiences with menopause in women with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7 (1), 42-48.
- WILLIS, D. S.; WISHART, J. G.; MUIR, W. J. (2011) Menopausal experiences of women with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research of Intellectual Disabilities*, 24, 74-85.
- WILLIS, D. (2008) A decade on: What have we learnt about supporting women with intellectual disabilities through the menopause? *Journal of Intellectual Disabilities*, 12 (1),9-23

Tabela 2- Principais características e achados dos estudos

ARTIGO	OBJETIVO DA PESQUISA	CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	VARIÁVEIS PESQUISADAS	PRINCIPAIS ACHADOS
1- <i>A Qualitative Study of Menopause Among Women With Disabilities</i> Harrison, Becker, 2007	Examinar as maneiras pelas quais as mulheres com deficiência com dificuldades de mobilidade compreender e reagir a menopausa.	16 mulheres com idades entre 40 e 65 anos. As deficiências diagnosticadas eram: Espinha bífida, sequelas da poliomielite, lesão medular e esclerose múltipla.	Entrevistas semiestruturadas pelo telefone sobre aspectos gerais e sintomas da menopausa.	Estado de saúde: As mulheres avaliaram sua funcionalidade física, seus sintomas da menopausa e seu conhecimento do risco de morbidez e mortalidade e desenvolveram um sentido para menopausa: 15 mulheres consentiram que a menopausa é uma questão de segundo plano quando consideram o contexto de suas vidas. “É uma coisa pela qual você tem que passar, como perder seu primeiro dente”.
2- <i>Menopause characteristics of women with physical disabilities from poliomyelitis</i> Kalpakjian et al. 2007	Descrever as características da menopausa de mulheres com deficiência física causada por poliomielite	909 mulheres com deficiência física causada por poliomielite, com idade entre 50 e 65 anos.	Questionários: Características sócio demográficas, saúde geral, presença de problemas de saúde, funcionalidade física (atividades da vida diária), bem estar emocional, histórico da pólio, histórico da menopausa (sintomas, estado menopausal)	Estado de saúde: A prática de atividades básicas e intermediárias da vida diária estava abaixo de faixas ótimas (47,5% e 82,5%, respectivamente). Sintomas: Os sintomas mais frequentes entre as mulheres foram: “Mãos e pés frios enquanto o resto do corpo está quente”; “Perda de interesse e desejo sexual”; “Dificuldade para dormir”; “Acordar cedo pela manhã e não conseguir mais dormir”; “Aumento de peso de mais de 5% no último ano”; “Se sentir tensa”.
3- <i>Menopause</i>	Examinar sintomas	60 mulheres com lesão	Idade de menopausa, status de	Sintomas: As mulheres com LM tiveram significativamente

<p><i>Characteristics and Subjective Symptoms in Women With and Without Spinal Cord Injury</i></p> <p>Kalpakjian et al. 2010</p>	<p>e características de menopausa em mulheres com lesão medular (LM)</p>	<p>medular (45-60 anos), que tivessem os ovários intactos e não utilizassem Terapia Hormonal</p>	<p>classificação das transições relacionadas a menopausa, sintomas incômodos relacionados a menopausa.</p>	<p>menos sintomas vasomotores (calorões e sudorese noturna) que as sem LM. Mulheres com LM tiveram significativamente mais sintomas somáticos (desconforto gastrointestinal, dor, infecções na bexiga e incontinência urinária) que mulheres sem LM. Não houve diferenças entre a secreção vaginal, problemas de sono e fadiga e também entre os sintomas psicológicos. Mulheres com LM tiveram o desejo sexual mais diminuído em relação a seus pares sem deficiência.</p>
<p><i>4- Use of a standardized menopause symptom rating scale in a sample of women with physical disabilities</i></p> <p>Kalpakjian et al, 2005</p>	<p>Determinar propriedades psicométricas de uma escala de sintomas de menopausa desenvolvida para mulheres sem deficiências em mulheres com deficiências físicas causada por pólio.</p>	<p>190 mulheres com deficiência causada por pólio e com menopausa natural, com idades entre 40 e 65 anos.</p>	<p>Questionários: saúde geral e doenças/ comorbidades, funcionalidade física (Atividades básicas e intermediárias da vida diária), humor, estresse, satisfação com a vida, problemas relacionados a pólio e menopausa.</p>	<p>Estado de saúde: 42,3% da amostra tem alguma dificuldade em desempenhar tarefas básicas da vida diária. 77,4% apresenta dificuldade nas tarefas intermediárias. 41,5% das mulheres reportaram sua saúde como boa, 32,4% muito boa e 6,8% excelente. Apenas 16,5% apontaram sua saúde como razoável e 3,7% como pobre. 97,4% disseram ter fraqueza em um ou mais membros, e 53,6% em 6 a 8 membros.</p> <p>Sintomas: Os sintomas mais relatados pelas mulheres foram: “pés ou mãos frias”; “insônia”; “Sentimento de tensão”; “irritabilidade”; “excitabilidade”. As ondas de calor foram relatadas por 80% das mulheres, e 63,7% reportaram ganho de peso. As mulheres climatéricas reportaram mais sintomas psicológicos e de sono. Em relação aos sintomas vasomotores e somático-sensoriais, não foram diferentes entre as mulheres com diferentes estados menopausais (pré e pós-menopausa e climatério).</p>

<p>5- <i>Quality of Life and Menopause in Women with Physical Disabilities</i></p> <p>Kalpakjian e Lequerica, 2006</p>	<p>Explorar a qualidade de vida em mulheres pós-menopausa com deficiência física causada por poliomielite.</p>	<p>752 mulheres pós-menopausa com deficiência física causada por sequela de poliomielite com idades entre 42 e 91 anos.</p>	<p>Pesquisa escrita – Qualidade de vida e bem estar emocional, funcionalidade física (status funcional – atividades da vida diária) e sequelas da pólio, sintomas de menopausa.</p>	<p>Estado de saúde e Sintomas: O status funcional é inversamente associado aos sintomas da menopausa. O status funcional e as sequelas da poliomielite têm relação inversa, indicando que as mulheres com mais sintomas e mais severos são menos abeis para desempenhar as AVDs. A qualidade de vida está associada ao status funcional. A correlação significativa entre a intensidade dos sintomas da menopausa e status funcional é existente, mas sua magnitude é muito fraca. Existe um efeito direto dos sintomas da menopausa sobre a qualidade de vida das mulheres.</p>
<p>6- <i>A decade on What have we learnt about supporting women with intellectual disabilities through the menopause?</i></p> <p>Willis, 2008</p>	<p>Estender o conhecimento e entendimento da menopausa em mulheres com DI, e também investigar os recursos disponíveis para as mulheres com deficiência e seus cuidadores.</p>	<p>15 mulheres entre 46- 77 anos, sendo 8 com deficiência de aprendizado leve e 7 moderada.</p> <p>11 têm DI não específica e 4 têm SD.</p>	<p>Entrevista semiestruturada: menstruação, menopausa, sinais e sintomas da menopausa, fontes de informação/educação sobre menopausa.</p>	<p>Sintomas: No geral, poucas mulheres reportaram sintomas de climatério até ser solicitado pelo entrevistador. A exceção foram as ondas de calor, as quais 9 mulheres relataram esta experiência. Dos outros sintomas discutidos, 5 mulheres relataram insônia. Quando perguntadas sobre dores e mudanças na pele, 10 e 4 mulheres relataram estas experiências, respectivamente. No entanto, estes sintomas podem estar associados à outras condições da deficiência.</p> <p>Duas mulheres disseram precisar de remoção de pelos faciais pelos seus cuidadores quando perguntadas sobre isto.</p> <p>Dez mulheres disseram sofrer mudanças no peso.</p> <p>Em relação aos sintomas emocionais, 5 reportaram mudanças de humor, sendo a raiva o sentimento emergente.</p>

<p><i>7- Menopausal experiences and hormone replacement therapy use among women with physical impairments.</i></p> <p>Becker et al., 2002</p>	<p>Descrever as experiências da menopausa em mulheres com deficiência física, bem como seu conhecimento sobre terapia hormonal</p>	<p>167 mulheres com deficiências físicas de esclerose múltipla e doenças articulares incluindo fibromialgia, com mais de 40 anos.</p>	<p>Características sócio demográficas e da deficiência, histórico de saúde, terapia hormonal, fontes de informação sobre menopausa</p>	<p>Cuidados de saúde: 52% das mulheres faz os exames ginecológicos anualmente e 66% da amostra faz as mamografias regularmente. 35% tem osteoporose. 35% das mulheres que nunca fizeram uso da Terapia Hormonal tiveram doenças cardíacas enquanto 50% das que usam relataram estas doenças.</p> <p>Sintomas: quando perguntadas sobre as experiências da menopausa, 29% responderam sobre o uso da TH, 17% relataram problemas que encontraram na menopausa e 14% falaram sobre como a menopausa é mais difícil para mulheres com deficiência.</p>
<p><i>Hormone replacement therapy and health behavior in postmenopausal polio survivors.</i></p> <p>Kalpajikan et al., 2004</p>	<p>Explorar os comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde e eficácia da TH em mulheres com deficiência.</p>	<p>131 mulheres com deficiências causadas pela pólio, com idades entre 41 e 65 anos.</p>	<p>Questionários: Comportamentos relacionados à saúde: comportamentos e percepção para manter o bem estar – responsabilidade com a saúde, exercício, alimentação, administração do estresse.</p> <p>Desfechos de saúde: colesterol (HDL, LDL e total), triglicérides, IMC e problemas com o sono.</p> <p>Saúde auto relatada e saúde na qualidade de vida, humor e satisfação com a vida</p>	<p>Cuidados de saúde: mais da metade da amostra tem comportamentos para promoção da saúde, como administração do estresse (44%). 85% não fuma, 62% pratica atividades físicas moderadas pelo menos 3 vezes na semana. 19% pratica atividades físicas intensas 3 vezes na semana.</p> <p>Estado de saúde: 33% da amostra tem IMC normal. 33% está com sobrepeso e 33% são obesas. A média do colesterol está acima dos níveis ótimos. 55% têm problemas para dormir. As mulheres no geral não apresentaram indicativos de ansiedade e depressão. 46,5% das mulheres disseram estar de levemente a extremamente satisfeitas com sua vida.</p>
<p><i>7- Discussing the menopause with women with learning disabilities</i></p> <p>McCarthy e</p>	<p>Descrever as formas como mulheres com deficiências de aprendizagem percebem a menopausa.</p>	<p>30 mulheres com deficiência de aprendizagem, com mais de 40 anos.</p>	<p>Entrevista semiestruturada para as próprias mulheres, investigando o conhecimento em relação a menopausa.</p>	<p>Cuidados de saúde: Poucas mulheres sabiam explicar o porquê da interrupção dos ciclos menstruais, ou o que a menopausa afetava em seus ossos.</p> <p>Sintomas: Era difícil analisar os sintomas do climatério, já que alguns se confundiam com características da mulher ou da deficiência, tais como a presença de pelos faciais ou problemas psicológicos/emocionais.</p>

Millard, 2003				Em relação aos sintomas emocionais, como a maioria das mulheres não entende a menopausa como o fim de um período reprodutivo, estes problemas são pouco comuns.
8- <i>Menopausal Experiences of Women with Intellectual Disabilities</i> Willis et al, 2011	Explorar as experiências da menopausa em mulheres com DI ou SD.	45 mulheres de 35 a 65 anos, com DI moderada a severa, sendo 17 com SD e 28 com outras DIs	Entrevista semiestruturada: informações sócio demográficas, cuidados pessoais e de saúde, experiências e conhecimento da menopausa/ menstruação.	Estado de saúde: A maioria das participantes do estudo disseram ser saudáveis, apenas 2 (DI) relataram saúde fraca. Cuidados de saúde: Poucas fumam e a maioria bebe bebidas alcoólicas somente em ocasiões especiais. A maioria pratica exercício, sendo estes em grande parte caminhada e natação. No entanto, poucas mulheres entendem a importância de praticar exercícios. 3 mulheres eram obesas e não sabiam das implicações disso para saúde. Apenas 12 faziam exames de rotina das mamas. Sintomas: 20 das 35 mulheres que estavam no climatério tinham ondas de calor. 7 relataram ganho de peso, mas não associam ao climatério. 6 apontaram ter o cabelo mais fino quando perguntadas sobre isso. 13 disseram desenvolver os pelos faciais durante o climatério. 8 mulheres relataram mudanças repentinas de humor.
9- <i>Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability</i>	Explorar a experiência da menopausa do ponto de vista das mulheres com DI.	15 mulheres com DI (43 – 65 anos)	Entrevista semiestruturada: Idade da menopausa, entendimento e expectativas da menopausa, fontes de conhecimento sobre menopausa, efeitos físicos da menopausa (osteoporose), experiências da menopausa (menstruação),	Sintomas: Quando perguntadas sobre mudanças corporais no envelhecimento, apenas 2 participantes disseram interrupção da menstruação. Uma respondeu sobre alterações hormonais e as outras 10 não responderam nada relacionado a menopausa. Quando perguntadas sobre a interrupção dos ciclos, 10 mulheres sabiam que pararia com a menopausa, 2

<p>McCarthy, 2002</p>			<p>mudanças físicas/ sintomas (calorões, mudança de peso, pelos), aspectos emocionais, apoio em geral, envelhecimento.</p>	<p>acreditavam que seria até o fim da vida.</p> <p>Quando perguntadas sobre o que não se pode fazer mais depois da menopausa, 4 disseram não ter mais filhos, 2 disseram não poder mais correr ou ser fisicamente ativa e 1 disse escrever.</p> <p>No geral, as participantes confundiam a menopausa com sinais gerais do envelhecimento. 11 mulheres não entendem o significado da menopausa em sua vida reprodutiva.</p> <p>Sete mulheres disseram com certeza ter ondas de calor e 1 não tem certeza. 3 disseram estar com o cabelo mais fino do que quando eram jovens. 5 disseram ter pelos faciais, 2 dor de estômago e dores abdominais, 2 ganho de peso e 1 mulher mencionou mudança no tamanho e na forma dos seios.</p> <p>Em relação aos sintomas psicológicos, as mulheres relataram diversos problemas, como o sentimento de infelicidade, mau humor, se sentir miserável, no entanto tanto para os pesquisadores quanto para os familiares e cuidadores e difícil avaliar se estes sentimentos se dão as alterações hormonais ou a fatores relacionados a deficiência.</p> <p>Cuidados de saúde: Quando perguntadas sobre a menopausa e osteoporose (“manter os ossos fortes”), apenas Duas disseram uma alimentação rica em cálcio, e citaram o leite. Uma mulher mencionou a importância do exercício e citou a caminhada.</p> <p>A maioria das mulheres sabia diferenciar alimentos saudáveis de não saudáveis.</p>
<p><i>10- Menopause and</i></p>	<p>Entender a</p>	<p>465 mulheres com</p>	<p>Pesquisa escrita: estado de</p>	<p>Estado de saúde: 42% das mulheres tem alguma limitação</p>

<p><i>post-polio symptoms as predictors of subjective sleep disturbance in poliomyelitis survivors</i></p> <p>Kalpajican et al., 2007</p>	<p>contribuição dos fatores relacionados à menopausa e a deficiência em distúrbios subjetivos do sono.</p>	<p>deficiências da poliomielite com idades entre 50 e 65 anos, que não fizessem uso de hormônios.</p>	<p>saúde, presença de problemas de saúde, funcionalidade física, bem estar emocional, histórico da poliomielite, sintomas e histórico da menopausa e distúrbios e problemas com sono.</p>	<p>no que diz respeito a sua habilidade em realizar tarefas da vida diária independentes. 77,2% tem dificuldade em realizar tarefas de maior demanda.</p> <p>Sintomas: houve associação significativa leve a moderada entre os sintomas da menopausa e distúrbios de sono. Os sintomas psicológicos são os que mais contribuem na frequência dos distúrbios de sono, mais que sintomas vasomotores e somáticos.</p>
<p>11- <i>A prospective study of menopause in women with Down's syndrome</i></p> <p>Seltzer e Schupf, 2001</p>	<p>Analisar a idade de menopausa em mulheres com SD e quanto o hipotireoidismo influencia nesta idade.</p>	<p>97 mulheres com SD de 21 a 70 anos e que tivessem habilidades verbais para responder perguntas em uma entrevista.</p>	<p>Entrevistas estruturadas: idade de menopausa e se foi natural ou cirúrgica. Recordatórios médicos : dados endócrinos e sobre o hipotireoidismo.</p>	<p>Estado de saúde: a presença de hipotireoidismo tem pouca influência na idade da menopausa. Quando comparada a idade de menopausa das mulheres com e sem hipotireoidismo não houve diferença significativa.</p>
<p>12- <i>Onset of dementia is associated with age at menopause in women with Down's</i></p>	<p>Analisar a influência da deficiência de estrógeno endógeno, indicada pela idade na menopausa, no</p>	<p>163 mulheres com SD (40 – 60 anos)</p>	<p>Avaliações clínicas : avaliações cognitivas e de habilidades funcionais, condições psiquiátricas e estado de saúde. Questionário : idade de menopausa, cuidados físicos e ginecológicos. Classificação da</p>	<p>Estado de saúde: A idade de menopausa foi similar nas mulheres com e sem hipotireoidismo. Mulheres com menopausa precoce tiveram o aparecimento da demência mais cedo também. O hipotireoidismo foi associado a um maior risco de demência. Nas mulheres com demência, a idade da menopausa teve uma correlação significativa com a idade de surgimento de demência.</p>

<p><i>syndrome</i></p> <p>Schupfetal, 2003</p>	<p>risco de Alzheimer.</p>		<p>doença de Alzheimer.</p>	
<p>13- Early Age at Menopause is Associated with Increased risk of Dementia and Mortality in Women with Down Syndrome</p> <p>Coppus et al, 2009</p>	<p>Analisar se a idade precoce de menopausa está associada com a idade do início de Alzheimer, risco de Alzheimer bem como mortalidade em mulheres com SD.</p>	<p>199 mulheres com SD (45 – 85 anos)</p>	<p>Diagnóstico de Doença de Alzheimer: ICD – 10.</p> <p>Avaliações clínicas: severidade da DI, histórico de hipotireoidismo, IMC, idade de menopausa.</p>	<p>Estado de saúde: O IMC médio das mulheres pós-menopausa foi de 27,2 Kg/m², das mulheres pré-menopausa foi 27,9 Kg/m² e das mulheres que não souberam responder seu estado de menopausa 27,5 Kg/m². A idade da menopausa não está relacionada ao IMC nem ao hipotireoidismo. A idade da menopausa está significativamente relacionada com a demência.</p> <p>Existe uma correlação forte entre a idade da menopausa e a idade da morte.</p>
<p>14- Age at onset of dementia and age of menopause in women with Down's syndrome</p> <p>Cosgrave et al, 1999</p>	<p>Estudar o perfil menstrual de mulheres com SD para examinar a relação de idade de menopausa e idade de aparecimento de demência.</p>	<p>146 mulheres com SD (42 anos)</p>	<p>Entrevista semiestruturada: ciclos menstruais regulares, idade de menarca e menopausa.</p> <p>O grau de demência foi analisado pelo critério psiquiátrico ICD-10 (OMS).</p>	<p>Estado de saúde: A idade da menopausa foi similar nos grupo de mulheres com e sem demência. Aconteceu uma relação significativa entre a idade da menopausa e a idade do aparecimento de demência para as mulheres pós-menopausa que tinham demência. Quanto à questão da tireoide, não houve diferença significativa entre o número de mulheres com e sem demência que faziam reposição de hormônios tireoidianos. Também a presença de hipotireoidismo não influenciou na idade da menopausa.</p>

<p><i>15- Carer Knowledge and Experiences with menopause in women with Intellectual Disabilities</i></p> <p>Willis, Wishart e Muir, 2010</p>	<p>Explorar o conhecimento e o entendimento da menopausa dos cuidadores de mulheres com DI, reunir as experiência destes cuidadores e identificar alguma necessidade destes cuidadores em dar suporte para as mulheres com DI.</p>	<p>69 cuidadores de 45 mulheres pré e pós menopausa e climatéricas com DI, com idades entre 35 e 65 anos</p>	<p>Entrevistas: informações sociodemográficas, conhecimento do cuidador em relação a saúde da mulher com DI (incluindo cuidados de saúde), e experiências dos cuidador em dar suporte a mulher em relação a menstruação e menopausa</p>	<p>Estado de saúde: no geral os cuidadores reportaram a saúde das mulheres como boa embora muitos citassem problemas como incontinência, hipertensão, obesidade e vários níveis de demência.</p> <p>Cuidados de saúde: Foi colocado que grande parte das mulheres precisa de suporte para fazer exercícios físicos, se manter saudáveis, controlar seu peso e ter uma alimentação saudável. Muitas vezes elas sabem como seria uma boa alimentação, mas não a fazem. Poucas mulheres sabem sobre manter seus ossos fortes. Poucos cuidadores indicaram que estes comportamentos de manutenção da saúde mudaram durante o climatério ou menopausa.</p> <p>Em relação aos exames da mama, poucos cuidadores ao relatar a rotina de cuidados com a higiene da mulher, citaram o autoexame das mamas.</p> <p>Sintomas: Grande parte dos cuidadores mencionou dificuldade em diferenciar sintomas da menopausa com aspectos relacionados à deficiência, principalmente os emocionais. Poucos disseram saber identificar irregularidade nos ciclos menstruais ou ondas de calor.</p> <p>Quando perguntados sobre como eles achavam que seria a menopausa para as mulheres que cuidavam, a resposta mais frequente foi que elas aceitariam esta fase, que pessoas com DI encontram dificuldades em sua vida, mas tendem a aceita-las. Já outros acham que seria difícil pela falta de entendimento por parte das mulheres. Grande parte dos cuidadores ressaltou a falta de entendimento das mulheres sobre suas menstruações, fertilidade e menopausa.</p>
---	--	--	---	---

PARTE 2

DISSERTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Mulheres a partir dos 40 anos geralmente encontram-se no período do climatério, no qual ocorre uma série de alterações hormonais que podem resultar no ganho de tecido adiposo e na alteração da distribuição de gordura corporal, dentre outros sintomas (SCHIMITT et al., 2008; DIAS et al., 2013).

As alterações hormonais ocorrem em decorrência da falência ovariana, diminuindo então a produção de estrógeno e progesterona (KOMM; MIRKIM, 2012). No tecido ósseo, muscular e adiposo são percebidos reflexos desta variação hormonal (MALTAIS; DESROCHES; DIONNE, 2009; CIPRIANI et al., 2012). Durante o climatério uma série de sintomas acomete grande parte das mulheres. Dentre estes, os mais comuns são as ondas de calor – denominadas fogachos – sudorese noturna, diminuição da libido, aumento de pelos faciais, desordens emocionais e psicológicas – como depressão e ansiedade – e principalmente alterações no ciclo menstrual (MIRKIM; PICKAR, 2013).

Após a menopausa, a massa óssea e a massa magra tendem a diminuir e a massa gordurosa tende a aumentar (MALTAIS; DESROCHES; DIONNE, 2009; CAO et al., 2013). Os esteroides ovarianos atuam alterando o metabolismo do tecido adiposo. Com a diminuição dos níveis desses esteroides sexuais, há uma alteração na atividade lipolítica no tecido adiposo, influenciando o maior acúmulo de gordura abdominal e a diminuição do acúmulo de gordura nos quadris e na coxa na mulher climatérica e menopáusicas (LIEDTKE et al., 2012; CAO et al., 2013).

Com a melhora das condições de cuidados médicos houve grande aumento na expectativa de vida de pessoas com deficiência, assim como no número de mulheres com deficiência que irão passar pelo climatério e menopausa (WILLIS et al., 2010). Estudos apontam uma menopausa precoce em mulheres com alguns tipos de deficiência em relação aos seus pares sem deficiência, como mulheres com deficiência intelectual, síndrome de Down e deficiência visual (LEHRER, 1981; CARR; HOLLINS, 1995; SCHUPF, 1997; SELTZER et al., 2001; PUSHKALA; GUBPTA, 2009). No entanto, as causas para este acontecimento ainda não estão bem definidas (WELNER; SIMON; WELNER, 2002).

A literatura aponta que o ciclo claro-escuro está relacionado com a produção de melatonina, e esta, por sua vez, influencia a regulação do ciclo menstrual feminino,

atuando na secreção de estrógeno pelas glândulas. Sendo assim, mulheres com deficiência visual que perderam a percepção de luz podem ter esta produção hormonal alterada e este fator pode estar relacionado com a idade de menopausa desta população (KLIUKIENE; TYNES; ANDERSON, 2001).

Outro ponto importante em relação à menopausa em mulheres com deficiência é como este período as afeta psicologicamente. Muitas mulheres sem deficiência encontram barreiras sociais e emocionais durante esta fase. Como fator agravante, mulheres com deficiência frequentemente recebem precárias informações sobre sua sexualidade, reprodução e autopercepção corporal, principalmente se tratando de mulheres com deficiência intelectual e visual (MCCARTHY, 2002). Desta forma, o entendimento do processo da menopausa por parte destas mulheres se torna mais complicado e conseqüentemente os sintomas que as acometem nem sempre são associados às mudanças relacionadas ao climatério. Este fato torna mais difícil a administração e os cuidados com estes sintomas (DORMIRE; BECKER, 2007). Indivíduos com deficiência visual, por receberem limitadas informações externas, podem apresentar dificuldades de formação da sua imagem corporal (INTERDONATO; GREGUOL, 2009), o que pode constituir um fator que influencia na percepção das mudanças corporais da mulher na menopausa.

Para o controle e prevenção das doenças que podem estar relacionadas com as alterações hormonais da menopausa e também para a reconstrução da imagem corporal da pessoa com deficiência visual, sabe-se que a atividade física atua de forma positiva (INTERDONATO; GREGUOL, 2009). Mulheres com deficiência frequentemente apresentam lacunas de informação em relação à necessidade de praticar atividades físicas. Por isso, a implantação de programas junto a esta população pode gerar mais resistência do que em pessoas sem deficiência (WILLIS et al. 2010).

Pessoas com deficiência frequentemente apresentam baixos níveis de atividade física (SCHERER; LOPES, 2013) e esta prática limitada pode estar vinculada ao estilo de vida do indivíduo ou a fatores relacionados à deficiência (DORMIRE; BECKER, 2007). Pessoas com deficiência visual podem apresentar comportamento sedentário devido a uma série de fatores econômicos, sociais, educacionais e culturais que interferem em suas atividades. Algumas limitações impostas pela deficiência, como a forma de locomoção e transporte e aspectos físicos, constituem-se em uma barreira para a adesão a programas de atividade física. Cabe ressaltar que a prática regular de

atividade física protege contra o surgimento e a progressão de doenças crônicas e, sendo assim, tem sido apontada como um componente importante de um estilo de vida saudável (ACMS, 2011). A prática pode contribuir no controle da obesidade e minimizar as mudanças de distribuição de gordura corporal decorrentes das alterações hormonais do período do climatério (FRANCISCHI et al., 2000) e, conseqüentemente, prevenir o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas mais comuns.

A partir do que foi exposto, definimos o problema para a nossa pesquisa: como se dá o processo do climatério e menopausa no que se refere aos sintomas e aspectos de saúde em mulheres com deficiência visual? E ainda: pode a atividade física influenciar na prevenção ou atenuação dos desconfortos decorrentes do climatério e menopausa em mulheres neste período?

1.1 Justificativa

O climatério é um período de transição conturbado na vida da mulher. Além disso, as alterações fisiológicas que estão acontecendo no corpo geram predisposição a doenças que podem comprometer o cotidiano dessa população (MALTAIS; DESROCHES; DIONNE, 2009; CIPRIANI et al., 2012). No entanto, mulheres com deficiência visual podem não perceber as mudanças corporais que ocorrem neste período (MOSQUERA, 2014). Isso pode levar a uma falta de cuidados relacionados à saúde, como uma alimentação adequada e a prática regular de atividade física.

Existe uma lacuna na literatura quando se trata de climatério e menopausa em mulheres com deficiência visual. Não são encontradas pesquisas que reportem como se dá o processo do climatério e menopausa nesta população no que se refere à saúde e cuidados para manutenção de uma saúde positiva destas mulheres. Sendo assim, uma análise do perfil antropométrico dessa população pode mostrar resultados significativos quanto à qualidade de vida que elas apresentarão ao longo dos anos. Também uma avaliação em relação à percepção da mulher com deficiência sobre os impactos do climatério e menopausa em seu corpo e em alguns aspectos psicológicos é importante para o entendimento do processo por parte das participantes. Além disso, os dados obtidos no presente estudo poderão servir de subsídio para o direcionamento de ações

relativas à promoção da saúde de mulheres no climatério, sobretudo no tocante à prescrição de programas de atividade física.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo objetiva avaliar o estado de saúde, a composição corporal, o nível de atividade física, e aspectos relacionados ao climatério de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa.

2.2 Objetivos específicos:

- Descrever e correlacionar os indicadores relacionados à composição corporal e ao nível de atividade física de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa;
- Identificar a autopercepção de saúde e a intensidade dos sintomas do climatério de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa;
- Comparar os sintomas e o estado de saúde percebidos pelas mulheres fisicamente ativas e sedentárias e com diferentes níveis de deficiência visual;
- Verificar possíveis associações entre as variáveis de percentual de gordura, percepção de saúde e sintomas do climatério.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura abordará aspectos importantes relacionados ao período do climatério e menopausa em mulheres, principalmente naquelas com deficiência. Também informações sobre aspectos gerais da deficiência visual serão tratados, já que se busca compreender o processo do climatério e menopausa nesta população.

3.1 Aspectos gerais da deficiência visual

A deficiência visual é caracterizada pela perda parcial ou total da capacidade visual em ambos os olhos, levando o indivíduo a uma limitação em seu desempenho habitual. A avaliação deve ser realizada após a melhor correção óptica (MUNSTER; ALMEIDA, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013 apud MUNSTER; ALMEIDA, 2013), o funcionamento visual pode ser abordado a partir de quatro aspectos: dois relativos ao órgão visual e dois relativos à pessoa. Os aspectos relativos ao órgão visual dizem respeito a alterações anatômicas que refletem na função visual. Já os aspectos relacionados à pessoa referem-se a mudanças na capacidade de aproveitamento da visão do indivíduo, podendo gerar desvantagem social ou econômica, conforme as alterações na visão funcional. As perdas no órgão visual podem ocorrer em vários níveis, gerando desde impedimento visual até a deficiência.

As funções visuais são referência para a classificação da deficiência visual. Dentre elas, pode-se destacar a acuidade visual, o campo visual, a binocularidade e a sensibilidade à luz. A acuidade visual é a capacidade de distinguir detalhes, tomada a partir da relação entre o tamanho do objeto e a distância em que ele está. Já o campo visual é a área circundante visível quando se fixa o olhar. A binocularidade diz respeito à noção de profundidade, ou seja, a percepção dos objetos e sua disposição no espaço. Por fim, a sensibilidade à luz corresponde à capacidade de se adaptar em diferentes níveis de luminosidade do ambiente (MUNSTER; ALMEIDA, 2013).

Em relação à visão funcional, considera-se esta como o aproveitamento diferenciado entre os indivíduos da sua visão remanescente, ou seja, a habilidade em conviver com a deficiência visual, já que existem níveis diferenciados de perda. A partir disto, foram criadas classificações da deficiência visual. Uma classificação importante é baseada em necessidades educacionais. Neste critério a pessoa pode ser classificada em:

pessoa com baixa visão, que é aquela que possui dificuldade em desempenhar tarefas visuais, mesmo com lentes corretivas, mas que pode aprimorar suas habilidades por meio de recursos compensatórios; e a pessoa cega, que é aquela para a qual a percepção de luz pode auxiliar seus movimentos, mas ainda é insuficiente para aquisição de conhecimento por meios visuais, necessitando então do método Braille em seu processo de aprendizagem (MUNSTER; ALMEIDA, 2013).

As causas da deficiência visual podem ser congênitas ou adquiridas e este fator irá influenciar o desenvolvimento da pessoa em um contexto generalizado, desde o processo de percepção do mundo físico, até o desenvolvimento de habilidades motoras, cognitivas, educacionais e sócio afetivas. Para pessoas com baixa visão, atualmente existem auxílios ópticos, como diferentes tipos de óculos e lentes, e também auxílios não-ópticos, como cadernos com pauta mais grossa e ampliação de livros, que dão subsídio para um melhor desenvolvimento educacional e cognitivo. Já a pessoa cega conta com o sistema Braille, que permite a leitura e a escrita tátil a partir da combinação de células de seis pontos em relevo agrupados a partir de diferentes significados (KHAWAJA et al, 2013).

Para o desenvolvimento de habilidades físicas e motoras, a falta da visão tem pouca influência direta, no entanto a falta de oportunidades para movimentação que ela pode provocar pode trazer como consequência problemas posturais e baixa resistência cardiovascular. A literatura também relaciona dificuldades no equilíbrio, no controle corporal, na coordenação e na agilidade à falta de movimentação. Somado a isto, o sedentarismo, prevalente em pessoas com deficiência visual, também pode contribuir para o surgimento de uma série de dificuldades motoras (OLIVEIRA; BARRETO, 2005; SCHERER; LOPES, 2013).

Sendo assim as atividades físicas podem contribuir por meio da oferta de situações de movimentação e também de participação social, promovendo um desenvolvimento global do indivíduo com deficiência visual. A participação desta população em programas de atividades físicas pode, além de promover sua inclusão na sociedade, ser positiva para o exercício de sua cidadania e para conscientizar outras pessoas da necessidade da mudança de valores e atitudes em relação à pessoa com deficiência visual (OLIVEIRA; BARRETO, 2005; SCHERER; LOPES, 2013).

3.2 Alterações físicas e psicológicas durante o climatério e a menopausa

A menopausa corresponde à interrupção completa dos ciclos menstruais na mulher e caracteriza um período em que não é mais possível a reprodução. O período que antecede este momento, e no qual uma série de alterações hormonais acontecem, é denominado climatério (BLÜMELET al., 2013).

As alterações hormonais que ocorrem durante o climatério e a menopausa são o restante de poucos folículos ovarianos e, além disso, os folículos remanescentes se tornam menos sensíveis à ação dos hormônios LH (Hormônio Luteinizante) e FSH (Hormônio Folículo Estimulante), que estimulam os ovários a produzir estrógeno e progesterona. Como a resposta dos ovários a esses hormônios se torna menor, é também menor o número de folículos que amadurecem e, assim, a produção de estrógeno e progesterona diminui (KOMM; MIRKIM, 2012).

O principal sintoma destas mudanças hormonais durante o climatério é a irregularidade e alteração nos ciclos menstruais. No entanto, uma série de outros sintomas são relatados pelas mulheres. Os mais comuns são as ondas de calor, denominadas fogachos, sudorese noturna, secura vaginal causada pela atrofia vaginal, perda na libido, aumento de pelos faciais e desordens emocionais, como depressão e ansiedade (KOMM; MIRKIM, 2012; MIRKIM; PICKAR, 2013).

Os fogachos e também a sudorese noturna são classificados como sintomas vasomotores do climatério. As ondas de calor podem vir acompanhadas de sudorese, rubor, calafrios, palpitações e até mesmo taquicardia, sendo mais incômodas durante a noite, já que podem provocar agitação e insônia. A fisiologia destes sintomas ainda não está completamente esclarecida, mas estima-se que a produção hormonal de estradiol, LH e FSH estejam relacionada com a frequência das ondas de calor (THRUSTON; JOFFE, 2011). Dados colocam que de 60% a 90% das mulheres no climatério irão conviver com os sintomas vasomotores (KOMM; MIRKIM, 2012).

Somadas às alterações hormonais, o ambiente sociocultural e a personalidade da mulher podem influenciar na manifestação de sintomas psicológicos. Da mesma forma a insegurança com os problemas físicos pode gerar problemas psíquicos, que interferem no bem estar emocional da mulher e conseqüentemente no seu relacionamento familiar, adaptação sexual e integração social (POLISSENI et al., 2008).

Alterações de humor, exteriorizadas por irritabilidade, nervosismo, depressão e ansiedade são distúrbios psicológicos que acometem mulheres climatéricas e pós-

menopausa (POLISSENI et al., 2008). Além dos sintomas percebidos pelas mulheres, uma série de alterações morfológicas e corporais ocorre em decorrência das alterações hormonais. Os órgãos reprodutivos externos podem atrofiar-se, tonar-se mais finos e sensíveis, provocando diminuição na secreção vaginal. Na pele a epiderme se torna mais fina e aumenta-se a produção de melanina. Também a libido diminui em muitas mulheres durante este período.

Outros aspectos importantes em mulheres climatéricas e pós-menopausa dizem respeito ao padrão de distribuição de gordura corporal e a densidade da massa óssea, os quais serão abordados na seção a seguir.

3.3 Composição corporal e menopausa

Após a menopausa, a massa óssea e a massa magra tendem a diminuir e a massa gordurosa tende a aumentar (MALTAIS; DESROCHES; DIONNE, 2009; CAO et al., 2013). É sugerido que a massa gorda sofra um aumento de 5 a 10% e a massa magra diminua 2,5% por década. Mulheres na pós-menopausa podem ter 20% a mais de massa gordurosa do que mulheres pré-menopausa (DE LORENZI et al., 2005).

Os esteroides ovarianos atuam alterando o metabolismo do tecido adiposo. Com a diminuição dos níveis desses esteroides sexuais, há uma diminuição da atividade lipolítica no tecido adiposo abdominal e da ação da lipase lipoproteica no tecido adiposo fêmuro-gluteal. Esse fato pode influenciar o maior acúmulo de gordura abdominal (gordura androide) e a diminuição do acúmulo de gordura nos quadris e na coxa (gordura ginecoide) na mulher climatérica e menopáusia (LIEDTKE et al., 2012; CAO et al., 2013).

Para avaliar isoladamente a distribuição de gordura, utiliza-se a medida da Circunferência Abdominal. Ela fornece mais informações sobre o risco de doenças cardiovasculares gerado por esse acúmulo de adiposidade abdominal do que o Índice de Massa Corporal, que fornece indicadores sobre a obesidade global (ORASATTI et al., 2008; BONGANHA et al., 2009; LIEDTKE et al., 2012).

A redução dos níveis dos esteroides ovarianos também se reflete no sistema ósseo de mulheres pós-menopausa. A partir deste período, a atividade de formação de massa óssea tende a diminuir e se tornar menor que o processo de reabsorção, levando à diminuição da massa óssea. Quando este processo se torna mais intenso, pode resultar

em um quadro de osteoporose, caracterizado pela deterioração da microarquitetura dos ossos e baixa massa óssea (NAVEGA; OISHI, 2007).

As alterações da composição corporal decorrentes da menopausa, acompanhadas da diminuição da prática de atividade física e associadas ao aumento da idade, podem influenciar a Taxa Metabólica de Repouso (taxa mínima de energia consumida para manter as funções fisiológicas no estado de repouso). Esta depende da quantidade de massa magra e de tecidos metabolicamente ativos como o coração, rins e fígado (BONGANHA et al., 2009).

Sendo assim, a redução de massa magra pode provocar a diminuição da Taxa Metabólica de Repouso e, a partir disto, pode haver ganho de peso e gordura corporal e aumento do risco de doenças crônicas degenerativas (BONGANHA et al., 2009). A literatura aponta também que a redução de massa magra e o incremento de gordura corporal podem influenciar na realização de atividades funcionais da vida diária. Foram encontrados resultados que apontam que o aumento da adiposidade corporal, seja ela global ou abdominal, exerce efeito negativo na capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária em mulheres acima de 47 anos (RASO, 2002).

Em resumo, ocorrem notáveis mudanças hormonais em mulheres dentro dessa faixa etária que se refletem em parâmetros físicos e psicológicos, e requerem certas adaptações desta população e a necessidade de mudanças no estilo de vida para a incorporação de hábitos mais saudáveis. A seguir serão apresentadas informações específicas sobre as mudanças observadas no período do climatério e menopausa entre mulheres com deficiência.

3.4 Climatério e menopausa em mulheres com deficiência

É frequente entre mulheres com deficiência a falta de informação sobre reprodução, sexualidade e autopercepção corporal, principalmente aquelas com deficiência intelectual e visual (MCCARTHY, 2002). Como consequência, o entendimento do processo da menopausa por parte destas mulheres se torna mais complicado e os sintomas que as acometem nem sempre são associados às mudanças hormonais do climatério. A partir disto, a administração e cuidados com estes sintomas e outros fatores do climatério e menopausa nem sempre são devidamente tomados (DORMIRE; BECKER, 2007).

Pesquisas em mulheres com diferentes tipos de deficiência, como aquelas causadas por sequelas de poliomielite, lesão medular, deficiência intelectual e Síndrome de Down, reportam que os sintomas mais relatados pelas mulheres foram pés e mão frias, ondas de calor e sudorese, insônia e outros problemas relacionados ao sono e também o ganho de peso (BECKER et al., 2002; MCCARTHY, 2002; MCCARTHY; MILLARD, 2003; KALPAKJIAN et al., 2005; KALPAKJIAN; LEQUERICA, 2006; KALPAKJIAN et al., 2007; WILLIS, 2008; KALPAKJIAN et al., 2010; KALPAKJIAN et al., 2010; WILLIS; WISHART; MUIR, 2010; WILLIS et al., 2010). Estes sintomas levantados se assemelham aos relatados pelas mulheres sem deficiência (GUIMARÃES; BAPTISTA, 2011).

Já ao se tratar especificamente de sintomas psicológicos, estes também são relatados em mulheres com diferentes tipos de deficiências, como sequelas de poliomielite, lesão medular, deficiência intelectual e Síndrome de Down (MCCARTHY, 2002; MCCARTHY; MILLARD, 2003; KALPAKJIAN et al., 2005; KALPAKJIAN et al., 2007; WILLIS, 2008; WILLIS et al., 2010;). Os sintomas mais frequentemente reportados são as mudanças repentinas de humor, mau humor e sentimento de tensão e irritabilidade. Em estudos em que foram analisados os sintomas de mulheres com deficiência intelectual, algumas queixas das próprias mulheres foram questionadas. As próprias características da deficiência podem ser os sintomas colocados anteriormente e com isso é possível que haja confusão se o sentimento está de fato relacionado às mudanças hormonais (MCCARTHY, 2002; MCCARTHY; MILLARD, 2003; WILLIS, 2008; WILLIS et al., 2010;).

Já se tratando do estado de saúde de mulheres com deficiência, especificamente do status funcional e habilidades para executar atividades da vida diária, muitas mulheres com sequelas de poliomielite encontraram dificuldades em realizar atividades cotidianas simples relacionadas à sua funcionalidade (KALPAKJIAN et al., 2005; KALPAKJIAN et al., 2007; KALPAKJIAN et al., 2007). No entanto, fatores relacionados às restrições motoras da própria deficiência podem interferir nestes resultados. No que diz respeito ao Índice de Massa Corporal (IMC) de mulheres com deficiência no climatério e menopausa, resultados indicaram uma grande parcela das mulheres categorizadas como sobrepesadas ou obesas (KALPAKJIAN et al., 2004; COPPUS et al., 2010).

No entanto, ao se questionar a percepção da mulher no climatério e menopausa com deficiência sobre sua saúde, os estudos apontaram que de maneira geral as mulheres reportam sua saúde como boa, muito boa ou excelente e estão satisfeitas com sua vida (KALPAKJIAN et al., 2004; KALPAKJIANET al., 2007; WILLIS et al., 2010). Este fato indica que os problemas impostos pelas alterações do climatério e menopausa somados a fatores da deficiência, embora possam trazer consequências prejudiciais, não refletem na percepção de saúde da mulher.

Para a manutenção de uma saúde positiva por parte das mulheres com deficiência no climatério e menopausa, alguns cuidados podem ser adotados. Uma questão frequente nas pesquisas é a adoção de comportamentos para prevenção da osteoporose. Kaplakjian et al. (2004) em seu estudo em mulheres com deficiências causadas por sequelas de poliomielite encontraram que 62% das participantes praticavam atividades físicas. Da mesma forma, Willis et al. (2010) relataram que a maioria das mulheres com deficiência intelectual e Síndrome de Down praticava atividades físicas regulares, em grande parte caminhada e natação. Os autores destacam que tais práticas podem ser de grande benefício para a melhora ou manutenção da integridade óssea.

Outra questão investigada é a regularidade na realização dos exames de rotina da mulher. Becker et al. (2002) apontam em seu estudo que 52% das mulheres com deficiências motoras fazia os exames ginecológicos anualmente e 66% fazia mamografias regularmente. Já no estudo de Willis et al. (2010) apenas 12 de 45 participantes com Síndrome de Down ou deficiência intelectual faziam a mamografia rotineiramente.

Apesar da conhecida importância da rotina de atividades físicas, bem como a realização dos exames de rotina, poucos estudos investigam estes aspectos na mulher com deficiência no climatério e menopausa. A partir disto, destaca-se a importância e a necessidade da busca por estes dados na população com deficiência, para que seja possível o incentivo e suporte adequado para estas mulheres. Também é importante destacar a ausência de estudos em mulheres climatéricas e pós-menopausa com deficiência visual, o que reforça a escassez de informações sobre aspectos relacionados a este período nesta população.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

O estudo realizado trata-se de um a pesquisa descritiva correlacional, de delineamento transversal, que é o tipo de pesquisa que procura explorar relações que possam existir entre variáveis, exceto a relação de causa-efeito (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012).

4.2 Participantes

A população do estudo foi composta por mulheres com deficiência visual de diferentes níveis, paranaenses e paulistas entre 40 e 65 anos de idade. Assim, o estudo contou com uma amostra de 19mulheres com deficiência visual, sendo 12 cegas e sete com baixa visão, moradoras das cidades de Londrina, Curitiba e Ibiporã - PR e São Paulo - SP, com idades entre os 40 e 65anos. As mesmas foram recrutadas por conveniência em instituições que oferecem atendimento a pessoas com deficiência visual destas cidades. Foram excluídas mulheres que apresentassem outras deficiências motoras ou intelectuais que comprometessem a compreensão ou realização dos testes. Todas as mulheres consentiram com sua participação da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

4.3– Instrumentos e Procedimentos

Para a coleta de dados com as participantes da pesquisa, a pesquisadora inicialmente entrou em contato com as mulheres e agendou o horário para as entrevistas, que foram realizadas diretamente nas instituições que as participantes frequentavam. A entrevista foi feita individualmente com cada mulher e em salas disponíveis no horário da coleta. Inicialmente a pesquisadora aplicava os seis formulários, lendo as perguntas e as alternativas de resposta e registrando as repostas obtidas. Ao término dos formulários, eram feitas as avaliações antropométricas e a análise com a bioimpedância.

4.3.1 Questionários

Primeiramente foi aplicada uma anamnese inicial e um questionário de incidência de comorbidades para cada mulher (Apêndice B). Foram levantadas

informações como data de nascimento, nível, causa e tempo da deficiência, última menstruação e presença de determinadas doenças.

Em seguida, foram aplicados seis questionários para investigar os sintomas do climatério, a prática de atividade física, a autopercepção de saúde e o nível socioeconômico das mulheres entrevistadas. A aplicação destes questionários foi feita em forma de formulários, ou seja, independente do grau da deficiência visual, foi feita em forma de entrevista pelo mesmo pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2008).

O primeiro deles foi o Questionário de Saúde da Mulher, que avalia a autopercepção da mulher de uma forma geral em relação a sua saúde física e mental (DIAS et al., 2002) (Anexo A). O questionário consiste em 37 perguntas que abrangem questões desde o sono, apetite e dores até irritabilidade, concentração e felicidade, oferecendo quatro alternativas como possibilidade de resposta (Sim, sempre; Sim, algumas vezes, Não, não muito; Não, nunca). Suas questões estão divididas em sete grupos, dispostos aleatoriamente, que avaliam: depressão (sete questões) – 3; 5; 7; 8; 10; 12; 25; sintomas somáticos (sete questões) – 14; 15; 16; 18; 3; 30; 35; memória/concentração (três questões) – 20; 33; 36; sintomas vasomotores (duas questões) – 19; 27; ansiedade/tempos (quatro questões) – 2; 4; 6; 9; comportamento sexual (três questões) – 24; 31; 34; problemas de sono (três questões) – 1; 11; 29; sintomas menstruais (quatro questões) – 17; 22; 26; 28; e atratividade (três questões) – 13; 21; 32. A pontuação máxima do questionário são 144 pontos e foram estabelecidos três pontos de corte. A categorização foi feita da seguinte maneira: 1 A 48 - Percebe a saúde de forma REGULAR, 48 A 96 - percebe sua saúde como BOA e 96 A 144 – Percebe sua saúde como ÓTIMA.

O segundo questionário aplicado foi relacionado à gravidade dos sintomas do climatério. A Escala Climatérica de Greene (GREENE, 1998) divide os sintomas em três categorias: físicos, psicológicos e vasomotores. A mulher responde a intensidade com que percebe estes sintomas (nunca, leve, moderada ou grave). São 20 perguntas agrupadas da seguinte maneira: 1 a 11 correspondem aos sintomas psicológicos; 12 a 18 aos sintomas físicos; e 19 e 20 aos sintomas vasomotores. Ainda os sintomas psicológicos podem ser subdivididos em: avaliação da ansiedade (itens 1 a 6) e avaliação da depressão (itens 7 a 11) (Anexo B). Quanto maior a pontuação e os escores obtidos no teste, a classificação de intensidade dos sintomas do climatério se agrava. Para este questionário foram estabelecidos 4 pontos de corte e 4 categorias: 1 a 16 pontos – Sintomas muito leves, 16 a 32 pontos - Sintomas leves, 32 a 48 pontos-

Sintomas moderados e 48 a 63 pontos – Sintomas acentuados. Também os resultados deste questionário foram subdivididos por tipo de sintomas e comparados com as médias do escore de mulheres sem deficiência no climatério e menopausa

O terceiro questionário foi o Índice de Kupperman (KUPPERMAN; BLATT, 1953) (Anexo C). Ele consiste na classificação dos sintomas do climatério de uma forma geral pela mulher como leves, moderados ou acentuados. Cada sintoma recebe uma pontuação de acordo com a intensidade com que foi classificado (leve, moderado ou acentuado). Mulheres que somaram até 19 pontos foram enquadradas na categoria de mulheres acometidas por sintomas leves, de 20 a 35 pontos moderados e acima de 35 acentuados.

O quarto questionário foi o Inventário de depressão Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998) (Anexo D). Essa escala vem sendo utilizada em diversas pesquisas relacionadas à depressão e possibilita sua quantificação. Ele é composto por 21 itens, cada um possuindo quatro opções, devendo-se marcar a que melhor descreva seus sentimentos no momento da avaliação. A avaliação do grau de depressão é baseada na pontuação obtida da seguinte forma:

- Até quatro pontos: sem depressão ou depressão mínima;
- De cinco a sete pontos: depressão média;
- De oito a 15 pontos: depressão moderada;
- 16 pontos ou mais: depressão grave.

O quinto questionário foi a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), que é um recordatório dos últimos sete dias das atividades realizadas (MATSUDO et al., 2001). Cada participante respondeu em quantos dias da semana e por quanto tempo ela realizou pelo menos 10 minutos de caminhada, atividades físicas moderadas ou vigorosas. Foram classificadas como ativas as mulheres que atingiram 150 minutos de prática de atividades físicas semanais. Aquelas que não completaram este tempo estipulado foram classificadas como insuficientemente ativas (Anexo E).

Por fim, o sexto questionário correspondeu ao nível socioeconômico das famílias, e foi elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2010). Este questionário considera a posse de itens e o grau de instrução do chefe da família para classificar os indivíduos nas classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E (Anexo F). Para a classificação das participantes do estudo foram unidas as classes A1 e A2 em A, B1 e B2 em B e C1 e C2 em C.

4.3.2 - Composição corporal

A avaliação da composição corporal (% Massa Gorda, % Massa Magra) foi realizada através da análise com bioimpedância tetrapolar da marca Biodynamics, modelo 310, Estados Unidos. Para o teste as participantes foram instruídas a ficar no mínimo 2 horas de jejum, não utilizar remédios ou substâncias diuréticas, não ingerir caféina e nem praticar exercícios físicos vigorosos no dia anterior. As participantes já estavam em repouso sentadas, devido ao tempo da entrevista que precedeu este teste. Foram colocados os quatro eletrodos (no punho, no dorso mão, no tornozelo e no dorso do pé) e feita a análise. Foram considerados dentro de valores adequados para mulheres nesta faixa etária para a manutenção da saúde, medidas de até 27% (POLLOCK, WILMORE, 1993)

Também foram verificados em todas as participantes a circunferência abdominal (utilizando-se trena flexível de 2 metros) e o índice de massa corporal, por meio da divisão da massa corporal mensurada em quilogramas (por meio de balança digital com precisão de 100 gramas) pela estatura em metros ao quadrado (aferida em estadiômetro com precisão de 0,1 centímetro). Os dados foram avaliados pelos critérios do Ministério da Saúde (WHO, 2013), os quais consideram dentro de valores positivos para saúde medida da CA até 88 cm, e IMC eutrófico valores até 24,9 Kg/M², sobrepeso de 25 Kg/M² a 29,9 Kg/M² e obesidade valores acima de 30 Kg/M².

4.4 – Análise estatística

Os dados foram analisados com auxílio do software SPSS 20.0. Inicialmente a distribuição e homogeneidade foram analisadas empregando os testes de Shapiro-Wilk e Levene, respectivamente. Na sequência foi empregado o teste *t-Student* independente para verificar as diferenças entre resultados obtidos na composição corporal e nos sintomas do climatério entre mulheres ativas e insuficientemente ativas, bem como diferenças entre mulheres já menopausadas das climatéricas e mulheres cegas das com baixa visão. Também foi aplicado teste de ANOVA oneway seguida do post hoc de bonferroni para verificar a existência de diferenças entre mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. Foi feito teste de qui-quadrado para verificar diferenças na incidência de comorbidades entre mulheres classificadas como insuficientemente ativas daquelas consideradas ativas. A fim de correlacionar os valores dos sintomas do climatério e

depressão com a composição corporal e com os dados sócio demográficos, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson. Ao final, um modelo explicativo para as variáveis de percentual de gordura, autopercepção de saúde e sintomas do climatério foi criado utilizando análise de regressão linear múltipla com entrada passo a passo (backward). O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

4.5– Aspectos éticos

O presente projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com parecer número 348.421/2013 (Anexo G).

5. RESULTADOS

Das 19 participantes da pesquisa, 21,1% (N=4) estavam no período do climatério e 78,9% (N=15) já eram menopausadas. Em relação à deficiência visual, 63,2% (N=12) eram cegas e 36,8% (N=7) tinham baixa visão. As causas mais frequentes da deficiência visual são apresentadas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Frequência de causas da deficiência visual

CAUSA DA DEFICIÊNCIA	FREQUÊNCIA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
ATROFIA DO NERVO ÓTICO	2	10,5
CONGÊNITA	4	21,1
DIABETES	5	26,3
GLAUCOMA	2	10,5
MIOPIA	1	5,3
RETINOSE PIGMENTAR	2	10,5
TOXOPLASMOSE	1	5,3
TRAUMATISMO DE RETINA	2	10,5
TOTAL	19	100,0

Os dados descritivos da composição corporal das participantes do estudo são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados descritivos da composição corporal das participantes

	MÍNIMO	MÁXIMO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
IDADE (ANOS)	40	64	54,58	6,23
MASSA (KG)	49,60	105,60	77,02	13,75
ESTATURA (M)	1,47	1,71	1,58	0,06
IMC (KG/M ²)	20,60	39,40	30,32	5,55
CA (CM)	73,10	111,50	96,87	10,99
GORDURA (%)	27,40	56,60	39,23	7,72

CA = Circunferência abdominal

De acordo com padrões da Organização Mundial da Saúde, o IMC médio das participantes as enquadra em uma classificação de obesidade. Em relação à CA e ao percentual de gordura, os valores médios encontrados estão acima daqueles recomendados para mulheres com esta faixa etária (CA <88cm e Percentual de gordura < 27%) (WHO, 2013; POLLOCK, WILMORE, 1993).

Os resultados do questionário de comorbidades constam na Tabela 3. Ressalta-se que as mulheres podiam assinalar mais do que uma comorbidade.

Tabela 3 – Frequência de comorbidades das participantes

COMORBIDADE	FREQUÊNCIA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
HIPERTENSÃO ARTERIAL	11	57,9%
CARDIOPATIA	5	26,3%
DIABETES	9	47,4%
HIPERCOLESTEROLEMIA	8	42,1%
OSTEOPOROSE	1	5,3%
DOENÇA PULMONAR	1	5,3%
ARTRITE	2	10,5%
ARTROSE	4	21,1%
DISFUNÇÃO NA TIREOIDE	6	31,6%

As comorbidades mais frequentes entre as mulheres pesquisadas foram hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia, todas doenças que podem estar relacionadas ao excesso de peso e ao comportamento sedentário. Apesar disso, quando avaliadas nesta questão, os resultados do questionário IPAQ indicam que 84,2% (N=16) das participantes praticam o mínimo de 150 minutos de atividades físicas semanais recomendados pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte (HASKELL et al., 2007), sejam estas caminhadas para locomoção, tarefas domésticas ou exercícios físicos. A média de minutos de atividades física total das participantes foi de 256,8 min ($\pm 132,1$), com predominância de atividades físicas com intensidade moderada (158,4 min $\pm 140,4$) em detrimento das atividades de intensidade vigorosa foi (38,6 min $\pm 73,4$). O tempo mínimo de atividade física semanal relatado foi de zero minutos e o máximo de 580 minutos. A Tabela 4 a seguir ilustra os valores dos coeficientes de correlação de Pearson do tempo total de atividade física e as variáveis da composição corporal, evidenciando associação forte apenas entre o IMC, a porcentagem de gordura e a CA.

Tabela 4 – Resultados da correlação de Pearson entre o tempo de atividade física e a composição corporal

	PESO	% GORDURA	IMC	CA
% GORDURA	0,484*			
IMC	0,718**	0,812**		
CA	0,721**	0,800**	0,843**	
IPAQ	0,093	-0,005	-0,015	-0,081

* $P < 0,05$; ** $P < 0,001$

Em relação aos demais questionários aplicados às participantes, quando analisados os resultados do Questionário de Saúde da Mulher, que avalia a autopercepção da mulher de uma forma geral em relação a sua saúde física e mental (DIAS et al., 2002), é possível destacar que 21,1% (N=4) das participantes percebe sua saúde como boa e 78,9% (N=15) como ótima.

Quanto às avaliações relacionadas aos sintomas do climatério, as análises do Questionário de Kupperman (KUPPERMAN; BLATT, 1953) colocam que 10,5% (N=2) das mulheres percebe seus sintomas com uma intensidade leve, 84,2% (N=16) como moderado e apenas 5,3% (N=1) percebe estes sintomas de forma mais acentuada. Já os resultados da Escala Climatérica de Greene indicam que, quando subdividas as categorias dos sintomas e comparadas as médias dos escores obtidos a resultados de mulheres no mesmo período sem deficiência, considerados como padrão de normalidade pelos autores da escala (GREENE, 1998), 15,8% (N=3) das mulheres pesquisadas apresentaram maiores escores de ansiedade, 5,3% (N=1) de depressão, 26,3% (N=5) apresentaram resultados mais negativos em relação aos sintomas psicológicos, 47,3% (N=9) aos sintomas físicos e 15,8% (N=3) apresentaram sintomas vasomotores mais acentuados. Ainda, ao serem criadas categorias de intensidade, 57,9% (N=11) se enquadram em uma categoria de sintomas leves (1 a 16 pontos), 36,8% (N=7) sintomas moderados (17 a 32 pontos), e 5,3% (N=1) sintomas intensos (33 a 48 pontos). Nenhuma mulher identificou seus sintomas como muito intensos (49 a 63 pontos).

O Inventário de Depressão Beck (GORESTEIN; ANDRADE, 1998) avaliou o grau de depressão das participantes. Neste sentido, 26,3% (N=5) das mulheres não apresentou depressão ou quadros de depressão mínima, 42,1% (N=8) relatou depressão média, 21,1% (N=4) depressão moderada e, por fim, 10,5% (N=2) apresentou quadro de depressão grave. Por fim, no que se refere à classificação econômica da ABEP, 10,5% (N=2) das mulheres pertence à classe social A, 42,1% (N=8) a classe social B e 47,4% (N=9) das participantes se enquadra da classe social C.

Ao se aplicar o teste “t” de student para amostras independentes para verificar diferenças entre mulheres suficientemente e insuficientemente ativas, notaram-se diferenças apenas nos sintomas sexuais e físicos avaliados pela Escala Climatérica de Greene, mostrando que as mulheres que habitualmente fazem atividades físicas apresentam estes tipos de sintomas de maneira mais acentuada. Da mesma forma foi comparada a incidência de comorbidades entre mulheres insuficientemente ativas e

ativas. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 5 e 6, respectivamente. Em relação às comorbidades, não foram verificadas diferenças na incidência destas doenças entre as mulheres que praticavam e as que não praticavam atividades físicas.

Tabela 5– Resultados do teste “t” entre mulheres ativas e insuficientemente ativas

	Insuficientemente ativas		Ativas		<i>P</i>
	Média	DP	Média	DP	
IDADE	52,33	11,24	55,00	5,35	0,513
ESTATURA	1,50	0,03	1,60	0,06	0,024*
IMC	30,40	5,94	30,31	5,69	0,980
CA	97,33	13,51	96,79	10,99	0,940
GORDURA	37,77	4,39	39,51	8,28	0,730
SAÚDE	96,00	10,58	109,00	15,67	0,191
GREENE	17,00	10,44	17,00	9,88	1,000
KUPPERMAN	21,33	1,53	26,13	7,00	0,264
IPAQ	63,33	55,08	293,13	110,56	0,003*
BECK	12,33	10,02	7,25	4,54	0,158
ANSIEDADE	5,33	6,66	4,50	3,54	0,747
DEPRESSÃO	6,67	5,51	3,19	2,51	0,085
SEXUAL	0,00	0,00	0,69	1,14	0,029*
PSICOLOGICO	12,00	11,79	7,69	5,39	0,594
FISICO	3,67	1,16	6,38	3,34	0,030*
VASOMOTOR	1,00	1,00	2,50	1,97	0,099

*Diferença estatisticamente significativa

Outro ponto analisado foram as diferenças das variáveis pesquisadas entre as mulheres com cegueira e baixa visão. Os resultados estão apresentados na tabela 7. Foi possível verificar diferenças no IMC, Circunferência Abdominal e percentual de gordura entre essas participantes, sendo as mulheres cegas aquelas com resultados mais negativos para sua saúde.

Da mesma forma, foram comparadas as mulheres já menopausadas com as participantes que ainda estavam no período do climatério, bem como por classes sociais, utilizando ANOVA. Os resultados estão apresentados nas Tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 6– Resultados do teste qui-quadrado entre mulheres ativas e insuficientemente ativas

		Insuficientemente ativas		Ativas	
		N	%	n	%
		HIPERTENSÃO	Não	0	0,0%
	Sim	3	15,8%	8	42,1%
CARDIOPATIA	Não	2	10,5%	12	63,2%
	Sim	1	5,3%	4	21,1%
DIABETES	Não	0	0,0%	10	52,6%
	Sim	3	15,8%	6	31,6%
HIPERCOLESTEROLEMIA	Não	2	10,5%	9	47,4%
	Sim	1	5,3%	7	36,8%
OSTEOPOROSE	Não	3	15,8%	15	78,9%
	Sim	0	0,0%	1	5,3%
DOENÇA PULMONAR	Não	3	15,8%	15	78,9%
	Sim	0	0,0%	1	5,3%
ARTRITE	Não	3	15,8%	14	73,7%
	Sim	0	0,0%	2	10,5%
ARTROSE	Não	3	15,8%	12	63,2%
	Sim	0	0,0%	4	21,1%
TIREOIDE	Não	3	15,8%	10	52,6%
	Sim	0	0,0%	6	31,6%

Qui-quadrado e correção de continuidade; Exato de Fisher; não significativos

Tabela 7– Resultados do teste “t” entre mulheres cegas e com baixa visão

	CEGUEIRA		BAIXA VISÃO		P
	Média	DP	Média	DP	
IDADE	53,92	6,93	55,71	5,12	0,560
PESO	79,18	13,56	73,31	14,32	0,385
ESTATURA	1,56	0,07	1,62	0,06	0,067
IMC	32,79	5,21	26,09	3,10	0,003*
CA	102,42	8,10	87,37	8,71	0,001*
% GORDURA	42,88	6,94	32,99	4,29	0,003*
KUPPERMAN_N	25,75	5,85	24,71	8,34	0,096
SAUDE DA MULHER	102,42	13,28	114,71	16,95	0,754
ANSIEDADE	5,67	4,29	2,86	2,61	0,137
DEPRESSAO	4,17	3,51	3,00	2,71	0,461
SEXUAL	0,42	1,00	0,86	1,21	0,402
PSICOLOGICO	9,83	6,98	5,86	5,08	0,207
FISICO	6,42	2,68	5,14	4,14	0,424
VASOMOTOR	2,25	2,01	2,29	1,89	0,970
CAMINHADA	41,25	57,21	91,43	104,59	0,190
MODERADA	175,00	159,57	130,00	110,00	0,520
VIGOROSA	30,00	70,06	53,57	78,35	0,507
TOTAL	246,25	155,61	275,00	93,81	0,665

*Diferença estatisticamente significativa

Tabela 8 – Resultados do teste “t” entre mulheres menopausadas e climatéricas

	CLIMATÉRICAS		MENOPAUSADAS		P
	Média	DP	Média	DP	
IDADE	46,75	4,79	56,67	4,79	0,002*
ESTATURA	1,60	0,11	1,58	0,06	0,696
IMC	27,60	2,39	31,05	5,98	0,100
CA	93,33	7,57	97,82	11,78	0,483
GORDURA	38,35	4,52	39,47	8,49	0,804
SAÚDE	100,00	10,80	108,80	16,34	0,327
GREENE	19,25	8,96	16,40	10,06	0,614
KUPPERMAN	24,00	5,48	25,73	7,07	0,657
IPAQ	210,00	77,46	269,33	144,84	0,447
BECK	10,50	7,85	7,40	5,07	0,344
ANSIEDADE	6,50	4,80	4,13	3,70	0,298
DEPRESSÃO	4,50	5,20	3,53	2,70	0,607
SEXUAL	0,75	1,50	0,53	0,99	0,730
PSICOLOGICO	11,00	9,70	7,67	5,63	0,377
FISICO	6,25	2,75	5,87	3,44	0,840
VASOMOTOR	2,00	2,16	2,33	1,92	0,766

*Diferença estatisticamente significativa

Tabela 9 – Diferenças entre as participantes agrupadas por Nível Socioeconômico (NSE)

	NSE A		NSE B		NSE C		P	Contrastes Significativos
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
IDADE	56,00	5,66	55,00	7,09	53,89	6,19	0,894	
ESTATURA	88,55	3,61	71,69	15,23	79,20	12,42	0,254	
IMC	1,54	0,03	1,55	0,05	1,62	0,07	0,095	
CA	37,30	0,14	28,20	5,85	30,66	4,76	0,109	
GORDURA	109,25	0,35	92,95	12,65	97,61	8,82	0,169	
SAÚDE	49,15	6,01	35,66	5,82	40,21	7,85	0,067	
GREENE	95,00	14,14	108,13	21,71	108,56	8,02	0,541	
KUPPERMAN	24,00	9,90	18,38	11,45	14,22	7,78	0,399	
IPAQ	28,50	7,78	27,25	8,41	23,00	4,24	0,349	
BECK	12,00	7,07	10,75	6,32	4,78	2,73	0,044	B>C
ANSIEDADE	300,00	169,71	283,13	171,13	223,89	93,53	0,615	
DEPRESSÃO	8,00	5,66	5,13	4,79	3,44	2,46	0,316	
SEXUAL	7,00	0,00	4,38	4,10	2,44	1,88	0,147	
PSICOLOGICO	0,00	0,00	1,00	1,20	0,33	1,00	0,336	
FISICO	15,00	5,66	9,50	8,02	5,89	3,95	0,165	
VASOMOTOR	7,50	2,12	4,75	3,28	6,67	3,32	0,391	
IDADE	1,50	2,12	2,88	2,03	1,89	1,83	0,502	

Estes resultados apontam diferenças somente na idade entre as mulheres agrupadas por estado menopausal, sendo que aquelas menopausadas eram significativamente mais velhas do que aquelas no climatério. Ainda foram vistas diferenças no estado de depressão, avaliado pelo Questionário de Beck, entre as mulheres agrupadas por NSE, sendo que aquelas da classe social B apresentaram quadros mais graves de depressão que as da classe social C.

A Tabela 10 a seguir mostra os resultados do teste de correlação de Pearson, aplicado para se verificar possíveis relações entre as variáveis.

Tabela 10 - Resultados do teste de correlação de Pearson entre as variáveis

	ID	MC	EST	IMC	CA	GC	SAU	GRE	KU	BEC	IPAQ	ANS	DEP	SEX	PSI	FIS
MASSA	0,150															
ESTATURA	-0,029	0,374														
IMC	0,127	0,718**	-0,154													
CA	0,249	0,721**	-0,148	0,843**												
GORDURA	0,249	0,484*	-0,272	0,812**	0,800**											
SAÚDE	0,353	-0,279	0,282	-0,263	-0,277	-0,233										
GREENE	-0,345	0,170	-0,166	0,050	0,080	0,075	-0,829**									
KUPPERMAN	0,194	0,227	-0,062	0,022	0,197	0,152	-0,534*	0,712**								
BECK	-0,370	0,031	-0,512*	0,100	0,142	0,066	-0,762**	0,728**	0,425							
IPAQ	0,200	0,015	0,190	-0,054	-0,049	0,023	0,451	-0,059	0,099	-0,094						
ANSIEDADE	-0,439	0,069	-0,263	0,165	0,122	0,157	-0,722**	0,840**	0,455	0,796**	0,061					
DEPRESSÃO	-0,458*	0,167	-0,224	0,139	0,039	-0,028	-0,754**	0,684**	0,210	0,766**	-0,377	0,652**				
SEXUAL	0,014	-0,122	-0,219	-0,301	-0,165	-0,122	-0,225	0,322	0,475*	0,261	0,043	0,053	-0,082			
PSI	-0,492*	0,124	-0,270	0,168	0,093	0,082	-0,810**	0,846**	0,379	0,860**	-0,150	0,927**	0,888**	-0,008		
FIS	-0,169	0,280	0,156	0,137	0,106	0,217	-0,564*	0,726**	0,596**	0,152	-0,029	0,404	0,234	0,330	0,360	
VASOMOT	0,150	0,049	0,075	-0,170	-0,007	0,000	-0,213	0,530*	0,830**	0,153	0,236	0,280	-0,024	0,275	0,157	0,505*

Podem-se destacar as correlações negativas entre os resultados da Escala de Greene, Índice de Kupperman e Questionário de Beck com os escores obtidos no Questionário de Saúde da Mulher. Da mesma forma, quando subdivididos os sintomas da Escala de Greene, a ansiedade, depressão, sintomas psicológicos e físicos se correlacionaram negativamente com estes escores obtidos no Questionário de Saúde da Mulher. Isto indica que mulheres com sintomas do climatério e menopausa mais acentuados percebiam sua saúde de maneira mais negativa.

Outro ponto encontrado são as correlações fortes entre os sintomas de ansiedade, depressão e psicológicos com os escores obtidos do Questionário de Beck, que avalia o grau de depressão. Este fato evidencia que mulheres que percebem de maneira mais acentuada estes tipos de sintomas exibem também graus mais elevados de depressão. Por fim, correlacionaram-se também os índices de percentual de gordura com as medidas de CA, sugerindo que as mulheres mais obesas demonstram maior acúmulo de gordura na região abdominal.

A última análise realizada foi a regressão linear múltipla com estrada passo a passo. Os resultados dos modelos explicativos estão colocados nas Tabelas 11, 12 e 13.

Tabela 11 – Matriz de regressão do Percentual de Gordura

Variável Dependente – Percentual de Gordura					
	B	EP	P	R²	R²_{Ajustado}
(Constante)	-12,740	9,398	0,195	0,729	0,675
CA	0,551	0,095	0,000		
GREENE	-4,333	2,183	0,066		
FISICO	0,834	0,414	0,062		

Regressão Linear – Backward

Tabela 12 – Matriz de regressão da auto percepção de saúde

Variável Dependente–Escore Questionário Saúde da Mulher					
	B	EP	P	R²	R²_{Ajustado}
(Constante)	141,633	9,850	0,000	0,941	0,919
CA	-0,179	0,096	0,086		
BECK	-6,662	1,581	0,001		
ANSIEDADE	-1,174	0,418	0,015		
FISICO	-1,783	0,366	0,000		
IPAQ TOTAL	0,051	0,008	0,000		

Regressão Linear - Backward

Tabela 13 – Matriz de regressão dos sintomas do climatério avaliados pelo

Índice de Kupperman

Variável Dependente–Escore Índice de Kupperman					
	B	EP	P	R²	R²_{Ajustado}
(Constante)	25,237	5,176	0,000	0,913	0,888
SAUDE DA MULHER	-0,189	0,038	0,000		
IDADE	0,267	0,093	0,012		
SEXUAL	1,212	0,520	0,035		
VASOMOTOR	2,250	0,298	0,000		

Regressão Linear - Backward

Em relação ao percentual de gordura, os modelos encontrados (CA, escore geral da escala de Greene e sintomas físicos) explicam 72,9% desta variável ($R^2 = 0,729$). Já em relação à auto percepção de saúde, a CA, o grau de depressão (Beck), a ansiedade, os sintomas físicos e o tempo total de atividade física, avaliado pelo questionário IPAQ, explicam 94,1% ($R^2 = 0,941$) desta variável dependente. Por fim, sobre a intensidade dos sintomas do climatério em geral, avaliada pelo Índice de Kupperman, a auto percepção

de saúde, a idade, os sintomas sexuais e vasomotores, avaliados pela Escala de Greene, explicam 91,3% ($R^2 = 0,9130$) da intensidade dos sintomas do climatério.

6. DISCUSSÃO

Esta pesquisa procurou avaliar alguns aspectos relacionados ao climatério, auto percepção da saúde, composição corporal e nível de atividade física de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa. Dados do Censo brasileiro de 2010 (IBGE, 2010) indicam que no Brasil a deficiência mais prevalente na população é a visual. Esta tem maior prevalência com o aumento da idade, principalmente durante o envelhecimento. Em mulheres de 15 e 64 anos, 23,1% têm deficiências visuais. Quando analisadas as mulheres com mais de 65 anos, este percentual sobe para 51,7%, ou seja, mais da metade das mulheres desta faixa etária possui algum grau de deficiência visual, que mesmo com o uso de óculos provoca alguma dificuldade para enxergar (IBGE, 2010). Na população em geral, são mais frequentes os casos de baixa visão do que de cegueira (CASTRO et al., 2008; IBGE, 2010). No entanto, dentre as participantes deste estudo, houve maior incidência de mulheres cegas (63,2%) do que com baixa visão (36,8%), provavelmente pelo fato de as mesmas terem sido recrutadas em instituições especializadas no atendimento a pessoas com deficiência visual. No que se refere às causas da deficiência, este mesmo levantamento coloca que dentre as mulheres brasileiras, apenas 11,4% possuem deficiências visuais de causas congênitas (CASTRO et al., 2008). Na presente pesquisa as causas congênitas também foram minoria, representando 21,1% dos casos, sendo o diabetes a causa mais relatada (26,5%).

O progressivo envelhecimento da população, com aumento consequente no número de mulheres que atingirão a menopausa, embora seja um sinal de melhora nas condições de vida, também requer atenção, uma vez que pode estar associado ao risco aumentado de doenças cardiovasculares, metabólicas, musculares, ósseas e a alterações hormonais. Quando se trata de mulheres com deficiência, estas características podem ser exacerbadas, uma vez que estas apresentam maiores barreiras para obtenção de informações sobre cuidados em saúde, bem como maiores dificuldades de acesso a programas de atividade física (WELNER; SIMON; WELNER, 2002; COQUEREL, 2014). Dentre as mulheres participantes deste estudo, foi elevada a frequência de doenças crônicas, sendo que 57,9% das mulheres relatou apresentar hipertensão arterial, 47,4% diabetes e 42,1% afirmou ter quadro de hipercolesterolemia. No entanto, no que se refere às doenças ósseas, apenas uma mulher (5,3%) relatou apresentar quadro

diagnosticado de osteoporose. A presença destas comorbidades ou doenças são aspectos pouco avaliados em mulheres com deficiência, principalmente no período do climatério, e podem estar associadas ao estilo de vida adotado pelas participantes, no que se refere além da prática de exercícios físicos, aos hábitos alimentares e estresse. No entanto, ao compará-las com a população sem deficiência da mesma faixa etária, a incidência dessas doenças crônicas é maior entre as mulheres com deficiência visual (KILSZTAJN et al., 2003).

Sabe-se que o excesso de gordura, principalmente na região abdominal, é um fator de risco para o surgimento de patologias crônicas relacionadas com o envelhecimento (DOS REIS et al., 2000; RASKIN et al., 2000; MONTEIRO et al., 2004; DE LORENZI et al., 2005). Além disso, aspectos relacionados às mudanças hormonais decorrentes do climatério e menopausa favorecem o acúmulo de gordura visceral, principalmente na região abdominal (MALTAIS, DESROCHES; DIONNE, 2009; KOMM; MIRKIM, 2012; CIPRIANI et al., 2012). Ao se analisar a média das medidas de IMC, CA e percentual de gordura das participantes do estudo, todos os resultados colocam as mulheres em níveis de risco para a saúde.

Em relação ao IMC, a média obtida foi de $30,32 \text{ Kg/m}^2 \pm 5,55 \text{ Kg/m}^2$, enquadrando a amostra em uma classificação de obesidade, segundo parâmetros da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). Mulheres também no período do climatério e pós-menopausa com deficiências motoras causadas pela poliomielite apresentaram IMC médio de $27,5 \text{ Kg/m}^2$, sendo que 33% destas mulheres tinham IMC eutrófico, 33% estavam com sobrepeso e 33% obesas (KALPAKJIAN et al., 2004). Já dentre as participantes da presente pesquisa, 15,7% apresentavam IMC eutrófico, 36,8% sobrepeso e 47,3% obesas. Estes dados indicam que uma porcentagem maior de mulheres com deficiência visual enquadrou-se em níveis de sobrepeso e obesidade quando comparadas àquelas com deficiência motora.

No que se refere à circunferência abdominal, a média das participantes foi de $96,87 \text{ cm} \pm 10,99 \text{ cm}$. Novamente, as mulheres apresentam medidas acima dos valores recomendados, já que é considerada fator de risco para complicações metabólicas a medida do perímetro abdominal superior a 88 cm (WHO, 2013). Já se tratando do percentual de gordura, a média encontrada foi de $39,23\% \pm 7,72\%$, sendo que 89,4% das mulheres estavam acima dos 27,7% desejáveis para manutenção da saúde de mulheres de meia idade (POLLOCK; WILMORE, 1993).

A partir destes resultados, pode-se sugerir que todos estes fatores antropométricos e de composição corporal podem exercer influência sobre a alta incidência de doenças crônicas apresentadas pelas participantes da pesquisa, fato que vem sendo amplamente relatado pela literatura para pessoas sem deficiência (RASKIN et al., 2000; DOS REIS et al., 2000; MONTEIRO et al., 2004; DE LORENZI et al., 2005). Estes índices podem ser o reflexo da falta de informações sobre a adoção de uma nutrição adequada e sobre um estilo de vida que promova a manutenção da saúde, bem como a representação de uma imagem corporal precária. Se as mulheres não percebem a existência e o significado destas doenças, a manutenção e os cuidados serão mais dificultados.

Quando comparadas às mulheres com baixa visão, aquelas com cegueira apresentaram piores resultados nas três variáveis analisadas de composição corporal: IMC, CA e percentual de gordura. Embora não tenha sido encontrada diferença no tempo de prática de atividade física entre as mulheres cegas e com baixa visão, a literatura aponta que a cegueira pode implicar em menor mobilidade e movimentação (WILLIS et al., 2012) e isso pode se refletir em um menor gasto energético, o que favorece o acúmulo de gordura. Assim sendo, mulheres com deficiência visual mais acentuada merecem atenção redobrada no que se refere aos cuidados em saúde, já que constituem um grupo aparentemente mais vulnerável e carente de informações e de acesso a serviços.

Sabe-se que quando praticada de forma regular, a atividade física é considerada fator de proteção contra o surgimento e a progressão de uma série de doenças crônicas como hipertensão, diabetes tipo II, osteoporose, obesidade, alguns tipos de câncer, ansiedade e depressão (HOOTMAN et al., 2001; HASKELL et al., 2007). Ao se analisar o nível de prática de atividade física das mulheres, avaliado pelo questionário IPAQ versão curta, 84,2% das participantes atingiram a meta de 150 minutos de atividades físicas semanais e foram classificadas como suficientemente ativas (HASKELL et al., 2007). Estes são valores positivos para esta população, já que é frequente o sedentarismo entre pessoas com deficiência visual, agravado por dificuldades enfrentadas na locomoção, coordenação motora global e equilíbrio (COQUEREL, 2014). A alta prevalência de mulheres suficientemente ativas no presente estudo pode ser devida ao fato de que estas foram recrutadas dentro de instituições especializadas no atendimento a pessoas com deficiência visual, locais estes que em geral oferecem programas de atividade física para os frequentadores. Assim, talvez se tivessem sido

analisados os níveis habituais de atividade física de mulheres não frequentadoras de tais instituições, os resultados possivelmente seriam inferiores. Apesar da alta prevalência de mulheres ativas no presente estudo, no entanto, a incidência de comorbidades foi bastante alta, indicando que talvez o tempo de prática de atividade física seja insuficiente para o controle dessas doenças ou ainda que as mulheres superestimem a quantidade de atividade que praticam. O instrumento utilizado para quantificar a atividade física praticada possivelmente constitui-se em uma limitação do estudo, uma vez que quantificar o tempo e a intensidade da atividade física realizada pode ser impreciso para as mulheres.

O questionário utilizado no presente estudo considera todo tipo de atividade física, desde atividades domésticas e caminhadas de locomoção até os exercícios físicos de intensidade moderada ou vigorosa, uma vez que todas estas podem trazer benefícios. Quando considerada apenas a prática de exercícios físicos, os dados do presente estudo vão ao encontro de informações obtidas de participantes com deficiências motoras provocadas pela poliomielite (KALPAKJIAN et al., 2004) e mulheres com deficiência intelectual e Síndrome de Down (WILLIS et al., 2010). Nestes estudos grande parte das mulheres praticavam exercícios regularmente, em geral caminhada e natação.

A partir do pressuposto de que a prática regular de atividade física pode ser benéfica para a saúde física e mental das praticantes, foram comparados os resultados de mulheres ativas e insuficientemente ativas nas variáveis pesquisadas. No entanto, não foram encontradas diferenças nos principais indicativos de saúde (IMC, CA, % Gordura, Questionário de Saúde da Mulher e incidência de comorbidades) entre as participantes. Além disto, ao analisar os resultados da correlação de Pearson, percebe-se que o tempo total de atividade física avaliado pelo questionário IPAQ não interferiu nas variáveis de composição corporal. No entanto, o fato de a maior parte das mulheres avaliadas foi classificada como fisicamente ativa pode ter interferido na análise estatística dos dados. Além disso, o instrumento utilizado considera as recomendações de 150 minutos de atividades físicas semanais, sejam elas caminhadas, atividades domésticas e demais atividades físicas que promovam gasto energético em qualquer intensidade, e isso faz com que grande parte das participantes seja classificada como ativa. Talvez um tempo maior de atividade física seja necessário para melhoras na composição corporal, uma vez que atingir este tempo estipulado como meta de saúde parece não ser suficiente para a manutenção dos padrões “saudáveis” de composição corporal para mulheres com deficiência visual no climatério e pós-menopausa.

Pesquisas já indicam e recomendam que para melhoras físicas, como redução de peso, melhora na condição cardiorrespiratória e músculo esquelética, é necessário exceder o tempo recomendado e exercitar-se em maiores intensidades (HASKELL et al., 2007). Portanto, este tipo de exercício deve ser incentivado também para a população estudada, como possível estratégia para o controle das variáveis da composição corporal.

Além disto, foram encontradas diferenças na intensidade dos sintomas físicos e sexuais avaliados pela Escala Climatérica de Greene. As mulheres que fazem mais atividades físicas, mesmo que domésticas, podem apresentar maiores níveis de cansaço e estresse físico do que aquelas que não fazem atividades físicas. Este cansaço pode repercutir em dores musculares e articulares, que também estão enquadradas dentro da categoria de sintomas físicos do climatério, bem como na libido, englobada nos sintomas sexuais. Outro aspecto que pode estar relacionado com o fato de as mulheres ativas perceberem mais os sintomas físicos e sexuais, é a ideia de que pessoas com deficiência que praticam atividades físicas tenham mais consciência sobre seu corpo e sua imagem corporal e com isso possam perceber mais as dores e as mudanças corporais, bem como sintomas relacionados ao climatério (RAFAEL et al., 2012).

A Escala Climatérica de Greene, assim como o Índice de Kupperman, avaliam a intensidade dos sintomas do climatério percebidos pelas mulheres. Por meio desta escala é possível dividir a avaliação e análise dos sintomas em categorias. Quando comparadas às médias dos escores obtidos por categoria aos valores propostos como referência para mulheres sem deficiência, os sintomas físicos foram os que mais se agravam e se acentuam com a presença da deficiência (47,3% das participantes tem esta percepção). Estes sintomas se manifestam por comportamentos como tonturas, dores ou pressão na cabeça, formigamento em partes do corpo, dores musculares e articulares, dificuldades para respirar dentre outros.

Pensando em características da própria deficiência visual, como o alto tônus muscular principalmente na musculatura responsável pela manutenção da postura, estimulado por uma insegurança proporcionada pela falta da visão e também por perturbações constantes no controle cerebelar do equilíbrio (COQUEREL, 2014), a maior intensidade de sintomas como dores musculares e tonturas pode ser explicada ou justificada. Novamente ressalta-se que as mulheres classificadas como suficientemente ativas apresentaram maior prevalência de tais sintomas físicos.

Os sintomas psicológicos também se apresentaram mais acentuados em 26,3% das mulheres com deficiência visual. Eles também são relatados em mulheres com

diferentes tipos de deficiências, como sequelas de poliomielite, lesão medular, deficiência intelectual e Síndrome de Down (MCCARTHY, 2002; MCCARTHY; MILLARD, 2003; KALPAKJIAN et al., 2005; KALPAKJIAN et al., 2007; WILLIS, 2008; WILLIS et al., 2010). Os sintomas mais frequentemente reportados são as mudanças repentinas de humor, sentimento de tensão e irritabilidade.

Em relação ao Índice de Kupperman, a maior parte das mulheres percebe seus sintomas com uma intensidade moderada (84,2%). Este resultado se assemelha ao de mulheres brasileiras sem deficiência, entre as quais 69,3% classificam seus sintomas em geral também com intensidade moderada quando avaliadas pelo mesmo instrumento (GUIMARÃES; BAPTISTA, 2011). Os resultados podem sugerir que, apesar da influência de características relacionadas à deficiência em determinados sintomas, os reflexos das alterações hormonais do climatério e menopausa são bastante parecidos aos de mulheres sem deficiência. Isto implica na necessidade de se adotar comportamentos de manutenção da saúde propostos para mulheres sem deficiência também para aquelas mulheres com deficiência visual, com divulgação de informações sobre as mudanças corporais relacionadas ao climatério. Desta forma será possível que elas conheçam melhor seu corpo, as transformações que estão ocorrendo e todos os comportamentos necessários para a manutenção da saúde, como a prática de exercícios, alimentação adequada, controle emocional, dentre outros, os quais podem ser adotados considerando as mudanças advindas do climatério.

Ao analisar a autopercepção de saúde das mulheres com deficiência visual, neste estudo avaliada pelo Questionário de Saúde da Mulher, temos que a grande maioria das participantes da pesquisa percebeu sua saúde como ótima (78,9%), e uma parcela menor como boa (21,1%). Nenhuma participante percebeu sua saúde de forma negativa. Estes resultados se assemelham a estudos com mulheres com deficiências motoras causadas por poliomielite e com deficiência intelectual, as quais apontaram que de uma maneira geral sua saúde é boa, muito boa ou excelente, e estão satisfeitas com sua vida (KALPAKJIAN et al., 2004; KALPAKJIAN et al., 2007; WILLIS et al., 2010). No entanto, estes resultados podem ser conflitantes com os altos índices de incidência de comorbidades e obesidade apresentados pelas participantes. A presença destas doenças parece não interferir na autopercepção de saúde das mulheres e isto pode ser devido à falta de conhecimento sobre as próprias doenças e suas consequências, bem como à dificuldade de formação da imagem corporal pelas mulheres. Esta carência de

informação pode possibilitar as mulheres uma visão otimista de sua saúde. No entanto, considerando que estas doenças estão associadas ao estilo de vida do indivíduo, pode-se pensar então que as mulheres acreditam que seus comportamentos são benéficos para a sua saúde, e que as doenças não sejam reflexo destes comportamentos.

Quando considerados os fatores que mais se correlacionam com os escores obtidos no presente estudo no Questionário de Saúde da Mulher, encontram-se os sintomas do climatério, principalmente aqueles de ordem psicológica, ansiedade e depressão e também o grau de depressão avaliado pelo instrumento específico. Todos estes sintomas apresentaram forte correlação negativa com a autopercepção de saúde, de acordo com os resultados da correlação de Pearson entre as variáveis. Isto indica que conforme os sintomas psicológicos do climatério e o grau de depressão aumentavam, pior era a percepção de saúde da mulher. Isso pode demonstrar como os sintomas psicológicos e aspectos emocionais influenciam na saúde da mulher com deficiência visual.

Poderia se esperar uma forte relação entre indicadores de saúde física, como percentual de gordura e circunferência abdominal, com a percepção de saúde da mulher, já que mudanças na forma de distribuição de gordura corporal acontecem neste período e são percebidas pelas mulheres (LIEDTKE et al., 2012; CAO et al., 2013). No entanto, ao considerar aspectos da deficiência visual, percebe-se que com a ausência total ou parcial da visão são encontradas dificuldades para identificar e diferenciar objetos e pessoas do mundo externo entre si, e também diferenciá-los de si próprio. Neste sentido, os problemas de noção e orientação espacial são frequentes em pessoas com deficiência visual. A identificação de formas corporais e de posicionamento destas formas se apresentam mais indefinidas para estas pessoas e se refletem na formação do esquema e da imagem corporal (COQUEREL, 2014), e assim a percepção de acúmulo de gordura abdominal pode ser menor e até mesmo não existir e desta forma não ser um fator que interfere na auto percepção de saúde.

A partir disto, pode-se deduzir a grande influência de fatores internos e psicológicos em aspectos da saúde geral. Ao explorar os resultados do questionário de Beck, que classifica e quantifica a depressão, a maior parte das participantes apresentou quadro de depressão média (42,1%), ou mínima (26,3%). Quando comparadas por nível sócio econômico, as mulheres da classe social B tiveram resultados significativamente maiores e, portanto, mais graves que as mulheres da classe social C, indicando que o poder aquisitivo não é um fator que atua no controle da depressão. Também quando

comparadas as mulheres cegas com as participantes com baixa visão, não foram encontradas diferenças nos níveis de depressão e sintomas psicológicos do climatério, indicando que o grau de deficiência visual parece não interferir nestes fatores. Ao contrastar os resultados das mulheres com deficiência visual com os resultados de mulheres sem deficiência podemos perceber uma certa semelhança. Uma pesquisa realizada em mulheres brasileiras no climatério encontrou que 66,1% das participantes apresentou sintomas depressivos, a maioria em intensidades leve e moderada (BERLEZI et al., 2013), indicando que a presença de depressão pode estar, de fato, mais associada ao climatério e menopausa do que à deficiência em si.

Com o climatério e a menopausa, suas alterações hormonais e efeitos consequentes, o risco de depressão em mulheres neste período é aumentado em até três vezes (FREEMAN, 2010). Os outros sintomas podem estar relacionados a este acontecimento, mas neste estudo foram os sintomas psicológicos que mais se correlacionaram com os resultados do grau de depressão, e esta, por sua vez, com a auto percepção de saúde.

Ao analisar outros fatores que podem se relacionar aos resultados da auto percepção de saúde da mulher, por meio da análise de regressão linear, além do grau de depressão, encontram-se os sintomas físicos e a ansiedade, a circunferência abdominal e o tempo total de prática de atividade física. Juntos estes fatores podem explicar 91,9% da variável dependente, que é o escore obtido no questionário de saúde da mulher. Isso significa que alterações nas variáveis relacionadas interferem na alteração da percepção de saúde. Ao pensar nas variáveis individualmente, entende-se que uma mudança em uma unidade da auto percepção de saúde, está relacionada com uma diminuição na CA, na depressão, nos sintomas de ansiedade e físico e um aumento no tempo total de atividade física. Então pode-se pensar que mulheres que praticam mais atividades físicas percebem sua saúde de maneira mais positiva, percebendo que tal prática é de alguma maneira benéfica para sua saúde, o que pode contribuir para a incorporação de um estilo de vida fisicamente ativo pelas mulheres. Alguns dados estimam que um aumento de 2,5 cm na circunferência abdominal corresponde a um aumento na pressão arterial sistólica de 1 mm Hg (KRAUSE et al., 2009). No entanto, a participação em um programa regular de atividades físicas pode atuar na melhora do perfil cardiovascular, lipídico, pressórico e glicêmico dos indivíduos e reduzir a gordura corporal (COLOMBO et al., 2013; MENDES et al., 2013), fatores estes que podem influenciar de maneira positiva a percepção de saúde.

Assim, salienta-se a necessidade da inserção de mulheres com deficiência visual em programas de atividades físicas. Estes devem ser adequados às suas necessidades e devem desenvolver pontos importantes especificamente para pessoas com deficiência visual, como o equilíbrio e força muscular, além do aspecto da participação social. Além disto, a prática de atividades físicas pode atuar positivamente sobre os sintomas do climatério e menopausa (GUIMARÃES; BAPTISTA, 2011; DE LORENZI, 2011) e também quando praticada em intensidades e volumes adequados é preditora de menor acúmulo de gordura visceral (MENDES et al., 2013).

Quando se pensa em gordura e sintomas do climatério, as análises de regressão mostram que, em relação à intensidade dos sintomas gerais do climatério avaliada pelo Índice de Kupperman, a autopercepção de saúde, a idade, os sintomas sexuais e vasomotores se relacionam em 88,8% desta variável. No que se refere à auto percepção de saúde, os resultados indicam que uma percepção mais negativa de sua saúde está relacionada com uma maior intensidade dos sintomas do climatério. Isso pode indicar que para estas mulheres diferentes aspectos relacionados à saúde interferem na percepção dos sintomas. A saúde de uma maneira geral, influencia em aspectos do climatério e menopausa. E quando se analisa os sintomas individualmente que se relacionam com a intensidade geral dos sintomas, um aumento dos sintomas sexuais e vasomotores estão relacionados com um aumento da intensidade geral dos sintomas, indicando que talvez estes sejam os sintomas mais incômodos e percebidos pelas mulheres. Mulheres com deficiência intelectual e síndrome de Down (WILLIS, 2008; WILLIS et al., 2010; MCCARTHY, 2002) também afirmam ser acometidas por sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna), e sua característica incômoda (THRUSTON; JOFFE, 2011). Outro ponto importante encontrado é que a idade também se relaciona com a intensidade dos sintomas. Um aumento na idade está relacionado com um aumento na intensidade dos sintomas, supondo que mulheres mais velhas enfrentam mais sintomas e de uma forma mais intensa.

Já no que diz respeito aos fatores que explicam o percentual de gordura corporal, a CA, o escore geral do questionário Greene (sintomas do climatério) e os sintomas físicos estão associados em 67,5% à variável de gordura. A medida da circunferência abdominal avalia isoladamente a obesidade central, mas também está relacionada com o percentual de gordura. Assim, quando a CA aumenta, o percentual de gordura também. Estes resultados podem ser indicativos de acúmulo de gordura abdominal, por consequência das alterações hormonais do climatério e menopausa, as

quais atuam diretamente no metabolismo lipídico (LIEDTKE et al., 2012; CAO et al., 2013). Assim, é passível sugerir que, ao ganhar gordura durante esta fase da vida, ela se acumule mais na região abdominal. Além disso, parece também que este acúmulo de gordura esteja relacionado a outros fatores de saúde. Outro aspecto importante é a relação entre a intensidade dos sintomas do climatério e o percentual de gordura corporal. Os resultados indicam que estas variáveis estão relacionadas e, à medida que os sintomas são menos intensos, o percentual de gordura é mais elevado. Esta relação sugere que talvez a gordura não seja prejudicial para a percepção dos sintomas do climatério. No entanto, outros aspectos, como uma percepção da saúde positiva, também são benéficos para amenizar a intensidade dos sintomas do climatério, e esta ideia deve ser reforçada.

Considerando estas alterações hormonais que estão ocorrendo nas mulheres, as participantes já menopausadas foram subdividas daquelas ainda no climatério e os resultados foram comparados. Apenas a idade apresentou diferença significativa, sendo que as mulheres menopausadas são significativamente mais velhas. As demais variáveis não apresentaram diferenças. Isto pode demonstrar que as alterações hormonais e a consequente percepção dos sintomas tenham início já no climatério, manifestando-se durante este período. Assim, reforça-se a importância de que sejam oferecidos informações e cuidados específicos para a saúde da mulher com deficiência visual logo no início do climatério, de modo que os sintomas desta fase possam ser amenizados e a sensação de desconforto reduzida.

A partir das discussões e análise dos resultados é possível ter um panorama de como se deu o processo do climatério e menopausa nas mulheres com deficiência visual participantes da pesquisa. No que se refere aos sintomas do climatério e menopausa, muitas semelhanças foram percebidas com mulheres sem deficiência, indicando que os cuidados e comportamentos relacionados a estes sintomas podem ser similares. Alguns aspectos, tais como os sintomas físicos (tonturas, dores de cabeça, musculares e articulares, dentre outros), podem ter maior influência de fatores relacionados à deficiência visual, como o alto tônus muscular para manutenção da postura, e por isso merecem atenção especial.

Já pensando no estado de saúde, alguns resultados são preocupantes. As mulheres apresentaram altos índices de obesidade geral e abdominal, bem como elevado percentual de gordura e elevada prevalência de doenças crônicas, situação esta ainda mais agravada para as mulheres com cegueira. Para o controle destas variáveis, a prática

regular de atividade física pode atuar positivamente. Portanto, mesmo com a grande maioria das mulheres fisicamente ativas, estas atividades precisam ser revistas, uma vez que a intensidade e quantidade de prática parecem ser insuficientes para a manutenção de padrões de saúde positivos. A partir disso, deve ser estimulada a prática regular de atividade física, com controle de intensidade e duração mais específicos para o controle do peso e gordura corporal e que atendam as necessidades da pessoa com deficiência visual. Além disso, é preciso que sejam reavaliados outros comportamentos de saúde destas mulheres, tais como hábitos nutricionais, tempo de atividades sedentárias, cuidados médicos preventivos, entre outros.

Este estudo apresentou algumas limitações, como o número reduzido de participantes, bem como a característica “viciada” da amostra, já que as mulheres foram recrutadas em instituições de atendimento para pessoas com deficiência visual. Outra limitação é a forma de aplicação dos questionários, que foram feitos por formulários e isso possibilita maior risco de viés. Além disso, o uso de questionários para mensurar o tempo de atividade física é outra limitação da pesquisa, uma vez que o uso de medidas diretas para esta variável poderia trazer resultados diferentes. Apesar disso, os dados aqui levantados podem oferecer informações relevantes sobre o processo do climatério e menopausa em mulheres com deficiência visual, oferecendo subsídios para possíveis intervenções de cuidado da saúde durante este período de tantas mudanças.

7. CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi avaliar o estado de saúde, a composição corporal, o nível de atividade física, e aspectos relacionados ao climatério de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa.

Neste sentido, no que se refere ao estado de saúde, a incidência de doenças crônicas foi grande entre as participantes. Fatores que podem estar relacionados com o surgimento destas patologias, como IMC, circunferência abdominal e percentual de gordura apresentaram resultados alarmantes. Nos três pontos, as mulheres estavam com as medidas acima dos parâmetros colocados para a manutenção de uma saúde positiva, o que pode ser um indicativo da presença das comorbidades. No entanto, quando avaliada a auto percepção de saúde, a maior parte das mulheres percebeu sua saúde como ótima, sugerindo que, para a percepção de saúde, estes não são fatores muito influentes. Quando analisados os fatores que mais se correlacionam com a auto percepção de saúde, foram encontrados os sintomas do climatério e o grau de depressão, ou seja, fatores mais intrínsecos e relacionados com a sensibilidade da mulher influenciam mais a percepção de sua saúde.

Quando analisados os sintomas do climatério das mulheres, de uma forma geral estes foram classificados como moderados quanto à sua intensidade pela maior parte das participantes. Quando subdivididos os sintomas por categorias e também comparados aos parâmetros estabelecidos como normais para mulheres sem deficiência, os sintomas físicos foram os que mais se diferenciaram e mostraram-se agravados. Outro ponto que se correlaciona com a auto percepção de saúde das mulheres pesquisadas foi a grau de depressão, sendo que a maior parte das mulheres apresentou grau de depressão moderado. Além disso, os sintomas de ordem psicológica e ansiedade se correlacionaram com o grau de depressão.

Sabe-se que a atividade física pode atuar de maneira positiva na atenuação dos sintomas do climatério e menopausa, bem como ser um fator profilático para o surgimento de doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento. Dentre as mulheres participantes da pesquisa, 84% eram fisicamente ativas, realizando ao menos o mínimo proposto para uma saúde positiva. Não foram encontradas diferenças nas variáveis de composição corporal entre as mulheres fisicamente ativas e insuficientemente ativas. Apenas as mulheres ativas perceberam seus sintomas físicos e sexuais de maneira mais acentuada, talvez por terem melhor consciência corporal e perceberem mais mudanças

em seus corpos. No entanto, as análises de regressão demonstraram que quanto maior era o tempo de atividade física, as mulheres percebiam sua saúde de uma forma mais positiva. Dessa forma, pode-se entender que as mulheres compreendem a ideia de que a atividade física seja benéfica para sua saúde e isso pode favorecer um incremento na prática, promovendo assim efeitos mais perceptíveis na saúde das participantes.

São muitos os fatores que influenciam a saúde da mulher com deficiência visual no climatério e pós-menopausa. A administração dos sintomas é muito importante e pode atuar positivamente na percepção de saúde pela mulher. Apesar dos níveis relatados de prática de atividade física terem sido elevados entre as participantes, reforça-se a importância de que sejam desenvolvidos programas específicos voltados para a promoção da saúde de mulheres com deficiência visual neste período, além de estímulo à adoção de outros hábitos saudáveis. A maior divulgação de informações para as mulheres com deficiência visual no climatério e menopausa, bem como mudanças de comportamento no que se refere à saúde, podem se constituir em fatores fundamentais para que a experiência do climatério e menopausa seja mais positiva e encarada como processo natural do envelhecimento da mulher.

REFERÊNCIAS

BECKER, H.; STUIFBERGEN, A.K.; GORDON, D. Menopausal experiences and hormone replacement therapy use among women with physical impairments. **Women's Health Issues**, v.12, n.4, p.212-219, 2002.

BERLEZI, E. M.; BALZAN, A.; CADORE, B. F.; PILLATT, A. P.; WINKELMANN, E. R. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 273-283, 2013.

BLÜMEL, J. E., LAVÍN, P., VALLEJO, M. S., & SARRÁ, S. Menopause or climacteric, just a semantic discussion or has it clinical implications? **Climacteric**, v. 0, p. 1-7, 2013.

BONGANHA, V.; COENCEIÇÃO, M. S.; SANTOS, C. F.; CHACON-MIKAHIL, M. P. T.; MADRUGA, V. A. Taxa metabólica de repouso e composição corporal em mulheres pós-menopausa. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 56, n. 4, p. 755- 759, 2009.

CAO, Y.; ZHANG, S.; ZOU, S.; XIA, X. The Relationship between Endogenous Androgens and Body Fat Distribution in Early and Late Postmenopausal Women. **Plos ONE**, v.8, p. 1-6, 2013.

CARR, J.; HOLLINS, S. Menopause in women with learning disabilities. **Journal of Intellectual disability Research**, v. 39, n.2, p.137-139, 1995.

CASTRO, S. S.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; BARROS, M. B. A.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1773-1782, 2008.

CIPRIANI, C.; ROMAGNOLI, E.; CARNEVALE, V.; RASO, I. SCARPIELLO, A.; ANGELOZZI, M.; TANCREDI, A.; RUSSO, S.; DE LUCIA, F.; PEPE, J.; MINISOLA, S. Muscle strength and bone in healthy women: effect of age and gonadal status. **Hormones**, v. 11, n. 3, p. 325-332, 2012.

COLOMBO, C. M.; MACEDO, R. M.; SILVA, M. M. F.; CAPORAL, A. M., STINGHEN, A. E., CONSTANTINI, C. R.; BAENA, C. P.; SOUZA, L. C. G.; FARIA NETO, J. R. Short-term effects of moderate intensity physical activity in patients with metabolic syndrome. **Revista Einstein**, v. 11, n. 3, p. 324-330, 2013.

COPPUS, A. M. W.; EVENHUIS, H. M.; VERBENE, G. J.; VISSER, F. E.; EIKELEBOOM, P.; VAN GOOL, W. A.; JANSSENS, A. C. J. W.; VAN DUJIN, C. M. Early age at menopause is associated with increased risk of dementia and mortality in women with Down Syndrome. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 19 p. 545–550, 2010.

COQUEREL, P. *Psicomotricidade para Pessoas com Deficiência Visual* in MOSQUERA, C. *Deficiência Visual – Do currículo aos processos de Reabilitação*. Editora do Chain, 2014.

DE LORENZI, D. R. S.; BASSO, E.; FAGUNDES, P. O.; SACIOTO, B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.27, n.8, p.479-484, 2005.

DIAS, R. S.; RAMOS, C. C.; KERR-CORRÊA, F.; TRINCA, L. A.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; DALBEN, I.; MORENO, R. A. Adaptação para o português do questionário de auto avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia-idade – Questionário de saúde da mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 29, n. 4, p. 181-189, 2002.

DIAS, R.; OLIVEIRA, A. T.; VESPASIANO, B. S.; NASCIMENTO, D. C., PRESTES, J. O treinamento de força melhora os sintomas climatéricos em mulheres sedentárias na pós-menopausa. **Revista ConScientia e Saúde**, v. 12, n. 2, p.249-258, 2013.

DORMIRE, S.; BECKER, H. Menopause health decision support for women with physical disabilities. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v.36, n.1, p.97-104, 2007.

DOS REIS, C. M. R. F.; DE MELO, N. R.; VEZZOZO, D. P.; MEIRELLES, E. S.; HALPERN, A. Composição Corpórea, Distribuição de Gordura e Metabolismo de Repouso em Mulheres Histerectomizadas no Climatério – Há Diferenças de Acordo

com a Forma da Administração de Estrogênio? **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 44, n.2, Abril-2000.

FRANCISCHI, R. P. P.; PEREIRA, L. O.; FREITAS, C. S.; KLOPFER, M.; SANTOS, R. C.; VIERA, P.; LABCHA JÚNIOR, A. H.. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, n.1, p.17-28, jan/abr 2000.

FREEMAN, E. Associations of Depression with the transition of menopause. **Menopause**, v.14, n.4, p. 823-827, 2010.

GORESTEIN C., ANDRADE H. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.25, p. 245-250, 1998.

GREENE J, G. Constructing a standard climacteric scale. **Maturitas**. n.29, v. 1, p.25-31, 1998.

GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. Relationship between physical activity and menopausal symptoms. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 144-149, 2011.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G. W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, v. 116, n. 9, p. 1081-93, 2007.

HOOTMAN, J. M. et al. Association among physical activity level, cardiorespiratory fitness, and risk of musculoskeletal injury. **American Journal of Epidemiology**, v. 154, n. 3, p. 251-258, 2001.

IBGE. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Censo Brasileiro, 2010.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Auto- análise da imagem corporal de adolescentes com deficiência visual sedentários e fisicamente ativos. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, v.7, n.3, p.1-13, set/dez 2009.

KALPAKJIAN, C. Z.; LEQUERICA, A. Quality of life and menopause in women with physical disabilities. **Journal of Women's Health**, v. 15, n.1, p.1014-1027, 2006.

KALPAKJIAN, C. Z.; TOUSSAINT, L. L.; QUINT, E. H.; REAME, N. K. Use of a standardized menopause symptom rating scale in a sample of women with physical disabilities. **Menopause: The Journal of The north American Menopausal Society**, v.12, n.1, p.78-87, 2005.

KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; TATE, D. G.; ROLLER, S.; TOUSSAINT, L. L. Menopause characteristics of women with physical disabilities from poliomyelitis. **MATURITAS, The European Menopause Journal**, v. 56, p.161-172, 2007.

KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; TOUSSAINT, L. L. Menopause and post-polio symptoms as predictors of subjective sleep disturbance in poliomyelitis survivors. **Climacteric**, v. 10, p. 51-62, 2007.

KALPAKJIAN, C. Z.; QUINT, E. H.; BUSHNIK, T.; RODRIGUEZ, G. M.; TERRIL, M. S. Menopause characteristics and subjective symptoms in women with and without spinal cord injury. **Archives oh Physical and Medical Rehabilitation**, v. 91, p. 562-569, 2010.

KALPAKJIAN, C. Z.; RILEY, B. B.; QUINT, E. H.; TATE, D. G. Hormone replacement therapy and health behavior in postmenopausal polio survivors. **MATURITAS, The European Menopause Journal**, v. 48, p.1398-410, 2004.

KHAWAJA, A. P.; CHAN, M. P. Y.; HAYAT, S.; BROADWAY, D. C.; LUBEN, R.; GARWAY-HEATH, D. F.; SHERWIN, J. C.; YIP, J. L. Y.; DALZELL, N.; WAREHAM, N. J.; KHAW, K.; FOSTER, P. J. The EPIC-Norfolk Eye Study: rationale, methods and a cross-sectional analysis of visual impairment in a population-based cohort. **British Medical Journal**, v. 3, p. 1- 10, 2013.

KILSTAJAN, S.; ROSSBACH, A.; CÂMARA, M. B.; CARMO, M. S. N. Serviços de Saúde, Gastos e Envelhecimento na População Brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 20, n.1, p. 92-108, 2003.

KLIUKIENE, J; TYNES, T.; ANDERSON, A. Risk of breast cancer among Norwegian women with visual impairment. **British Journal of Cancer**, v.84, n.3, p.397-399, 2001.

KOMM, B. S.; MIRKIM, S. The tissue selective estrogen complex: a promising new menopausal therapy. **Pharmaceuticals**, n.5, p.899-924, 2012.

KRAUSE, M. P.; HALLAGE, T.; GAMA, M. P. R.; MICULIS, C. P.; MATUDA, N. S.; SILVA, S. G. Associação de Aptidão Cardiorrespiratória e Circunferência Abdominal com Hipertensão em Mulheres Idosas Brasileiras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n.1, p. 2-8, 2009.

KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H. G. Menopausal indice. **Journal of Clinic Endocrinology and Metabolism**, v. 13, n. 1, p. 688-694, 1953.

LIEDTKE, S.; SCHMIDT, M. E.; VRIELING, A.; TRIN LUKANOVA, A.; BECKER, S.; KAAKS, R.; ZAINEDDIN, A. K.; BUCK, K.; BENNER, A.; CHANG-CLAUDE, N.; STEINDORF, K. Postmenopausal Sex Hormones in Relation to Body Fat Distribution. **Obesity Journal**, v. 20, n. 5, p. 1088-1095, 2012.

LEHRER, S. M. D. Fertility and menopause in blind women. **Fertility and Sterility**, v. 36, n. 3, p.396-398, 1981.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. Editora Atlas. 7 Edição, 2008.

MALTAIS, M. L.; DESROCHES, J.; DIONNE, I. J. Changes in muscle mass and strength after menopause. **Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions**, v. 9, n.4, p. 186-197, 2009.

MATSUDO, S.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 01-18, 2001.

MCCARTHY, M. Going through the menopause: perceptions and experiences of women with intellectual disability. **Journal of Intellectual & Developmental Disability**, v.27, n.4, p.281-295, 2002.

MCCARTHY, M.; MILLARD, L. Discussing the menopause with women with learning disabilities. **British Journal of Learning Disabilities**, v.31, p.9-17, 2003.

MENDES, G. F.; RODRIGUES, G. B. A.; NOGUEIRA, J. A. D.; MEINERS, M. M. M. A.; LINS, T. C. L.; DULLIUS, J. Evidence of physical activity effects on glycemic control: importance of adherence to diabetes care programs. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 18, n. 4, p. 412-414, 2013.

MIRKIN, S.; PICKAR, J. H. Management of osteoporosis and menopausal symptoms: focus on bazedoxifene/ conjugated estrogen combination. **International Journal of Women's Health**, v. 13, n. 5, p. 465-475, 2013.

MONTEIRO, R. C. A.; RIETHER, P. T. A.; BURINI, R. C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Revista de Nutrição**, v. 17, n.4, p. 479-489, 2004.

MOSQUERA, Carlos. Deficiência Visual: Do currículo aos processos de reabilitação. Editora do Chain, 2014.

MUNSTER, M. A.V.; ALMEIDA, J. J. G. Atividade Física e Deficiência Visual. In: GREGUOL, M.; COSTA, R. F. *Atividade Física Adaptada*. 3. Ed. Barueri: Ed. Manole, 2013. Cap. 3, p. 78-129.

NAVEGA, M. T.; OISHI, J. Comparação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde entre Mulheres na Pós-menopausa Praticantes de Atividade Física com e sem Osteoporose. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.47, n.4, p.258-264, 2007.

OLIVEIRA, D. N.; BARRETO, R. R. Avaliação do equilíbrio estático em deficientes visuais adquiridos. **Revista Neurociências**, v. 16, n. 3, p. 122-127, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Strategy on Diet, Physical Activity & Health Childhood overweight and obesity** 2013.

ORSATTI, F. L.; NAHAS, E. A. P.; NAHAS-NETO, J.; MAESTÁ, N.; PADOANI, N. P.; ORSATTI, C. L. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudoeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n.4, p. 182-189, 2008.

POLISSENI, A. F.; POLISSENI, F.; POLISSENI, J.; BORGES, L. V.; FERNANDES, E. S.; GUERRA, M. O. Síndrome Depressivo - Ansiosa no Climatério. **Boletim do Centro de Biologia da Reprodução**, v. 27, n. 1/2, p. 7-13, 2008.

POLLOCK, M. L., WILMORE, J. H. **Exercícios na Saúde e na Doença** : validação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 233-362, 1993.

PUSHKALA, K.; GUPTA, P. D. Prevalence of breast cancer in menopausal blind women. **International Journal of Medicine and Medical Sciences**, v. 1, n. 10, p. 425-431, 2009.

RAFAEL, C. B. S.; GOMES, A. F.; DUARTE, E. R.; BARRETO, S. M. G.; FERREIRA, M. E. C. Benefícios da Atividade Física em Relação a Imagem Corporal da Pessoa com Deficiência Visual. **Revista da Sobama**, v. 13, n. 2, p. 9-12, 2012.

RASKIN, D. B. F.; PINTO-NETO, A. M.; PAIVA, L. H. S. C.; RASKIN, A.; MARTINEZ, E. Z. Fatores Associados à Obesidade e ao Padrão Androide de Distribuição da Gordura Corporal em Mulheres Climatéricas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n.7, p. 435-441, 2000.

RASO, V. A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, n.6, p. 225-234, 2002.

SCHUPF, N.; ZIGMAN, W.; KAPELL, D.; LEE, J. H.; KLINE, J.; LEVIN, B. Early menopause in women with Down's Syndrome. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 71, n.3, p.264-267, 1997.

SCHMITT, A. C. B.; CARDOSO M. R. A.; ALDRIGHI J. M. Tendências da mortalidade em mulheres brasileiras no Climatério. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18, n.1, p.11-15, 2008.

SHERER, R. L.; LOPES, A. S. Atividade física habitual em adultos com deficiência visual: uma revisão sistemática. **Revista Pensar a Prática**, v. 16, n. 1, p.234-247, 2013.

SELTZER, G. B.; SHUPF, N.; WU, H. S. A prospective study of menopause in women with Down's Syndrome. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 45, n.1, p.1-7, 2001.

THOMAS, J.R; NELSON, J.K; SILVERMAN, S.J. Métodos de pesquisa em atividade física. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

THURSTON, R. C.; JOFFE, H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 38, n. 3, p. 489-501, 2011.

WELNER, S. L.; SIMON, J. A.; WELNER, B. Maximizing health in menopausal women with disabilities. **Menopause: The Journal of The north American Menopausal Society**, v.9, n.3, p.208-219, 2002.

WILLIS, D. S.; WISHART, J. G.; MUIR, W. J. Carer knowledge and experiences with menopause in women with intellectual disabilities. **Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities**, v. 7, n. 1, p.42-48, 2010.

WILLIS, D. S.; WISHART, J. G.; MUIR, W. J. Menopausal Experiences of Women with Intellectual Disabilities. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, v. 24, p.74-85, 2010.

WILLIS, D. A decade on: What have we learnt about supporting women with intellectual disabilities through the menopause? **Journal of Intellectual Disabilities**, v.12, n.1, p.9-23, 2008.

WILLIS, J. R.; JEFFREYS, J. L.; VITALE, S.; RAMULU, P. Y. Visual Impairment, Uncorrected Refractive Error, and Accelerometer-Defined Physical Activity in the United States. **Archives of Ophthalmology**, v. 130, n. 3, p. 329-335, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Guidelines for primary health care in low resource settings, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

**“ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E PRÁTICA
DE ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM
DEFICIÊNCIA VISUAL NO CLIMATÉRIO E PÓS-
MENOPAUSA”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM MULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL PÓS-MENOPAUSA”**, realizada em **“LONDRINA”**. O objetivo da pesquisa é **“avaliar a composição corporal, o nível de atividade física, a auto percepção da saúde e aspectos relacionados ao climatério de mulheres com deficiência visual no período do climatério e pós-menopausa”**.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: **Para realizar a pesquisa será necessário que as voluntárias respondam seis questionários para investigar os sintomas do climatério, a prática de atividade física, a autopercepção de saúde e o nível socioeconômico das mulheres entrevistadas, permitam a coleta da medida da circunferência da cintura, da massa corporal e da estatura. Estes procedimentos serão realizados em um dia previamente agendado junto às participantes. O local da coleta de dados será na instituição que as mulheres frequentam, não precisando estas se deslocar para um lugar determinado. Portanto, para a coleta será necessário que a voluntária disponha apenas do tempo para responder aos questionários e faça os testes. As avaliações serão feitas individualmente com as participantes, com apenas um pesquisador realizando a coleta.**

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos

ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são que **a partir de uma análise do perfil antropométrico dessa população será possível mostrar resultados significativos quanto à qualidade de vida que elas apresentarão ao longo dos anos. Também uma avaliação em relação à percepção da mulher com deficiência visual e os impactos da menopausa em seu corpo são importantes para o entendimento do processo por parte das participantes. Além disso, os dados obtidos na pesquisa poderão servir de subsídio para o direcionamento de ações relativas à promoção da saúde de mulheres no climatério, principalmente para a prescrição de programas de atividade física.**

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar **(MÁRCIA GREGUOL, RODOVIA CELSO GARCIA CID, PR 445 KM 380-CAMPUS UNIVERSITÁRIO, TELEFONE: (43)9954 0303)**, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ___ de _____ de 2014.

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

Obs: Caso o participante da pesquisa seja menor de idade, deve ser incluído o campo para assinatura do menor e do responsável.

APÊNDICE B– ANAMNESE E INCIDENCIA DE COMORBIDADES

ANAMNESE

Instituição:

Cidade:

Data de nascimento:

Qual nível de deficiência:

Motivo da Deficiência:

Tempo que convive com a Deficiência:

Idade da Menopausa:

Idade em que começou e perceber os sintomas da menopausa:

COMORBIDADES

PRESSAO ALTA ()SIM ()NÃO

DOENCA DO CORACAO ()SIM ()NÃO

DIABETES ()SIM ()NÃO

COLESTEROL ALTO ()SIM ()NÃO

OSTEOPOROSE ()SIM ()NÃO

DOENCA PULMONAR ()SIM ()NÃO

ARTITE ()SIM ()NÃO

ARTROSE ()SIM ()NÃO

PROBLEMA DE TIREOIDE ()SIM ()NÃO

ANEXOS

Anexo A – Healthcare for Women with Disabilities in the Climacteric and Menopause

Sex Disabil
DOI 10.1007/s11195-014-9390-4

MEDIA REVIEW

Healthcare for Women with Disabilities in the Climacteric and Menopause

Eloise Werle de Almeida · Márcia Greguol

© Springer Science+Business Media New York 2015

Abstract Menopause can be defined as the complete interruption of menstrual cycles. The period which precedes this event is termed climacteric. Improvements in medical-care have brought an increase in the life expectancy of people with disabilities and increased the number of women with disabilities who experience climacteric and menopause. The

Anexo B – Questionário de saúde da mulher

5 SAÚDE DA MULHER	1 SIM, SEMPRE	2 SIM, ALGUMAS VEZES	3 NÃO, NÃO MUITO	4 NÃO, NUNCA
1. Você acorda no meio da noite e então dorme mal o resto dela?				
2. Você tem muito medo ou sensação de pânico sem nenhuma razão aparente?				
3. Você se sente triste e infeliz?				
4. Você se sente ansiosa quando sai de casa sozinha?				
5. Você perdeu o interesse pelas coisas?				
6. Você tem palpitações ou sensação de “aperto” no estômago ou no peito?				
7. Você ainda gosta das coisas de que costumava gostar?				
8. Você sente que a vida não vale a pena?				
9. Você se sente tensa ou muito nervosa?				
10. Você tem bom apetite?				
11. Você está impaciente e não consegue ficar calma?				
12. Você está mais irritada que o normal?				
13. Você está preocupada com o envelhecimento?				
14. Você tem dores de cabeça?				
15. Você se sente mais cansada que o normal?				
16. Você tem tonturas?				
17. Você tem a sensação de que seus seios estão doloridos ou desconfortáveis?				
18. Você sofre de dor nas costas ou nos membros (braços/pernas)?				
19. Você tem fogachos (ondas de calor)?				

20. Você está mais chata/implicante que o normal?				
21. Você se sente cheia de vida (com energia) e empolgada?				
22. Você tem cólicas ou desconfortos abdominais?				
23. Você se sente nauseada ou com mal-estar constante?				
24. Você perdeu o interesse pelas atividades sexuais?				
25. Você tem sensação de bem-estar?				
26. Você tem hemorragias (útero)?				
27. Você tem suores noturnos?				
28. Você tem sensação de empachamento (estômago)?				
29. Você tem sonolência?				
30. Você frequentemente sente formigamento nas mãos e nos pés?				
31. Você se sente satisfeita com sua vida sexual? (omite se não for sexualmente ativa)				
32. Você se sente fisicamente atraente?				
33. Você tem dificuldades para se concentrar?				
34. Você acha que suas relações sexuais tornaram-se desconfortáveis em razão de secura vaginal?				
35. Você precisa urinar/beber água mais que antigamente?				
36. Você acha que sua memória está ruim?				
37. Daquilo que foi perguntado acima, há algum(s) sintoma(s) que você tenha mais dificuldade que os outros para lidar?	SIM () NÃO () Se sim, qual(is)?			

Anexo C – Escala Climatérica de Greene

Escala Climatérica Greene

As três áreas avaliadas são:

1. Psicológica.
2. Física.
3. Vasomotora.

Assinale a gravidade dos sintomas conforme a escala abaixo:

- 0.....Nunca
 1.....Leve
 2.....Moderado
 3.....Grave

Coração batendo rápido ou fortemente	() 0 () 1 () 2 () 3	Sentindo tonturas	() 0 () 1 () 2 () 3
Sentindo tensão ou nervosismo	() 0 () 1 () 2 () 3	Pressão ou peso na cabeça ou corpo	() 0 () 1 () 2 () 3
Dificuldade para dormir	() 0 () 1 () 2 () 3	Formigamento em partes do corpo	() 0 () 1 () 2 () 3
Excitabilidade	() 0 () 1 () 2 () 3	Dores de cabeça	() 0 () 1 () 2 () 3
Ataques de pânico	() 0 () 1 () 2 () 3	Dores nos músculos e juntas	() 0 () 1 () 2 () 3
Dificuldade de concentração	() 0 () 1 () 2 () 3	Perda de sensibilidade nas mãos ou pés	() 0 () 1 () 2 () 3
Sentindo cansaço ou falta de energia	() 0 () 1 () 2 () 3	Dificuldade para respirar	() 0 () 1 () 2 () 3
Perda de interesse em muitas coisas	() 0 () 1 () 2 () 3	Ondas de calor	() 0 () 1 () 2 () 3
Sentindo-se infeliz ou deprimida	() 0 () 1 () 2 () 3	Suores noturnos	() 0 () 1 () 2 () 3
Crises de choro	() 0 () 1 () 2 () 3	Perda de interesse sexual	() 0 () 1 () 2 () 3
Irritabilidade	() 0 () 1 () 2 () 3		

Anexo D – Índice de Kupperman

Índice de Kupperman Total: _____

Tipos dos sintomas	Leves	Moderados	Acentuados
Vasomotores	4	8	12
Parestesias	2	4	6
Insônia	2	4	6
Nervosismo	2	4	6
Melancolia	1	2	3
Vertigem	1	2	3
Fraqueza	1	2	4
Artralg. e/ou mialg	1	2	3
Cefaleia	1	2	3
Palpitações	1	2	3
Formigamento	1	2	3
Total			

Leve: até 19

Moderado: de 20 a 35

Acentuado: acima de 35

Nº fogachos/ dia: _____

Idade inicio dos fogachos: _____

Anexo E – Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____

Data: ____/____/____

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) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer ideias de me matar 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
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	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 queria
5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado	11	0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar

<p>6</p>	<p>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</p>	<p>12</p>	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
<p>13</p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p>18</p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim ____ Não ____</p>
<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>
<p>16</p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>	<p>21</p>	<p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
<p>17</p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>		

Anexo F – Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA -

Nome: _____

Data: ____ / ____ / ____ **Idade :** ____ **Sexo:** F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades **por dia**?

horas: _____ Minutos: _____

Anexo G – Critério de Classificação Econômica Brasil

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

Anexo H –Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA COMPOSIÇÃO CORPORAL E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EMMULHERES COM DEFICIÊNCIA VISUAL PÓS MENOPAUSA

Pesquisador: Márcia Greguol

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17849413.3.0000.5231

Instituição Proponente: Departamento de Ciências do Esporte

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 348.421

Data da Relatoria: 05/08/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto visa analisar a composição corporal e a prática de atividade física entre mulheres com deficiência visual no período pós menopausa. Serão recrutadas 20 mulheres com deficiência visual com idade entre os 40 e 60 anos no Instituto Londrinense de Instrução e Trabalho de Cegos (ILITC). A coleta de dados será realizada por meio de questionários sobre a prática habitual de atividade física e sobre as mudanças corpóreas percebidas durante o climatério e serão avaliadas também a sua porcentagem de gordura corporal por meio de bioimpedância tetrapolar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: avaliar a concentração de gordura corporal, a imagem corporal e o nível de atividade física de mulheres com deficiência visual no período pós-menopausa.

Objetivos Específicos: Verificar os indicadores de sobrepeso e obesidade em mulheres com deficiência visual pós-menopausa; Analisar o nível de prática de atividade física em mulheres com deficiência visual pós-menopausa; Analisar o comportamento e as percepções da mulher com deficiência visual na pós menopausa em relação ao seu corpo e a alterações que estão

ocorrendo; Correlacionar os dados mensurados quanto ao nível de atividade física e os indicadores da composição corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora não existem riscos para a integridade das participantes. Como benefícios pesquisadora relata que será dado retorno as participantes do resultado da pesquisa, os dados obtidos servirão de subsídio para profissionais que atuem com prescrição de atividade física para esta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante levando em consideração que o climatério é um período de transição na vida da mulher e torna-se relevante conhecer como é percepção da mulher com deficiência visual das alterações desceu corpo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto assinada pelo Chefe de Departamento de Ciência de Esporte, tendo sido esclarecido que apesar de haver participação de aluno de mestrado é uma pesquisa institucional da Professora. Apresenta TCLE em acordo com a resolução e foi esclarecido que o mesmo será lido em voz alta para as participantes e também será oferecida a elas uma cópia digital para que possa ser consultada em computador com programa de voz. Foi cadastrado o Instituto Londrinense de Instrução e Trabalho de Cegos como instituição coparticipante na Plataforma. O cronograma está adequado, apresenta orçamento de R\$ 300,00 com financiamento próprio.

Recomendações:

As pendências foram todas atendidas, recomendando-se portanto aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Não

Necessita Apreciação da CONEP:

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 03 de Agosto de 2013

Assinado por:

Paula Mariza Zedu Alliprandini

(Coordenador)