



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

ANA OLYMPIA VELLOSO MARCONDES DORNELLAS

**A SAÚDE DE MULHERES CLIMATÉRICAS USUÁRIAS DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA OLYMPIA VELLOSO MARCONDES DORNELLAS

**A SAÚDE DE MULHERES CLIMATÉRICAS USUÁRIAS DE
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de Mestre.

Orientadora Prof^a Dr^a Maria do Carmo
Fernandes Lourenço Haddad

Londrina
2011

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D173s Dornellas, Ana Olympia Velloso Marcondes.

A saúde de mulheres climatéricas usuárias de uma unidade de saúde da família /
Ana Olympia Velloso Marcondes Dornellas. – Londrina, 2011.
105 f. : il.

Orientadora: Maria do Carmo Fernandes Lourenço Haddad.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) –
Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Menopausa – mulheres – promoção da saúde. 2. Climatério. 3. Serviço de
saúde para mulheres. 4. Mulheres – política de saúde. I. Haddad, Maria do Carmo
Fernandes Lourenço. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências
da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. III. Título.

CDU 618.173.614.2

ANA OLYMPIA VELLOSO MARCONDES DORNELLAS

**A SAÚDE DE MULHERES CLIMATÉRICAS USUÁRIAS DE UMA
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina como requisito para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a orientadora Dr^a Maria do Carmo
Fernandes Lourenço Haddad
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Alexandrina Ap. Maciel Cardelli
UEL – Londrina – PR

Londrina, 11 de novembro de 2011.

Às mulheres da minha vida: Maria, a mulher mais famosa da História, mãe, educadora, que retrata sensibilidade e fé inabalável; minha avó (in memoriam), exemplo de sabedoria e serenidade; minha mãe, árvore frondosa de raízes fortes e flores delicadas, motivação permanente na minha trajetória como mulher, mãe e profissional; e a minha doce e linda filha, fruto promissor que amo incondicionalmente.

Ao meu esposo e meu filho, homens que fortalecem em mim a feminilidade, a maternidade, mas acima de tudo, que perfilham a minha natureza de Ser Mulher.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha vida, pela minha saúde e pelo meu aprendizado constante no cotidiano do meu existir.

Ao meu pai (*in memoriam*), pelos ensinamentos que embasaram meus valores que mantêm acesa a minha crença na honestidade, na fé e no respeito pela vida dando-me fundamento necessário para vencer esta e todas as etapas que estão por vir.

À Prof^ª. Dra. Maria do Carmo F. Lourenço Haddad, minha orientadora, pelo incentivo, entendimento, compreensão e especial atenção dispensada neste caminhar.

Ao Prof. José Carlos Dalmas pela orientação estatística.

Aos membros da banca examinadora do exame de qualificação, Prof^ª. Dra. Marli Terezinha Oliveira Vannuchi, Prof^ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli pela disponibilidade, atenção e contribuições.

Aos professores do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde pelo conhecimento disseminado, inspiração e contribuições.

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, em especial ao secretário Dr. Agajan A. Der Bedrossian e a Enf^ª. Rosaria Mestre Okabayashi pelo entendimento da importância deste estudo, facilitando e autorizando a pesquisa na unidade de saúde deste município.

Aos colegas de Mestrado, pela troca de experiências, aprendizagem significativa, convivência, apoio e união durante a caminhada. Em especial a Rosilene Machado, Denise Meier e Cristiana Castelo Branco, pela força e motivação para a conclusão deste trabalho. E a Patrícia Rufino Dornellas pela sabedoria e companheirismo, proporcionando-me momentos de descontração e estímulo para retomar e finalizar um processo.

As acadêmicas de enfermagem, Francieli Smanioto e Gislene Aparecida Xavier e a Agente Comunitária Saúde Edilma dos Santos, que auxiliaram muito além da coleta de dados.

Aos meus irmãos que sedimentam e embasam meus valores de formação moral e ética imprescindíveis nesta caminhada, em especial ao Paulo Velloso Vieira Marcondes, pelo apoio logístico para viabilidade da coleta dos dados.

Aos colegas de trabalho Marcos Hirata, pelo subsídio na formatação do instrumento de coleta de dados; Juarez Soares Dantas e Ademilson de Almeida, pela força e auxílio na reprodução dos instrumentos.

As minhas amigas, que vivenciaram comigo alegrias e dificuldades neste processo, com quem aprendi a ponderar razão e emoção, firmeza e sensibilidade, em especial a Renata Baldo e ao meu querido grupo da DELEITE pela solidariedade e carinho de sempre.

A coordenadora e aos funcionários da Unidade de Saúde da Família do Guanabara, pelo acolhimento e disponibilização de dados.

As mulheres participantes deste estudo, meu respeito e gratidão por dedicarem alguns minutos de suas vidas para a realização e conclusão deste trabalho.

A Elaine H. Baccinelo de Souza e ao Fernando A. Nascimento, pela colaboração tão significativa em todas as etapas do mestrado.

A Francieli Smanioto e a bibliotecária Maria Aparecida da Silva Vória, pela revisão e correção das referências bibliográficas.

*“Muitas coisas não ousamos empreender por parecerem difíceis;
entretanto, são difíceis porque não ousamos empreendê-las.”*

Sêneca

DORNELLAS, Ana Olympia Velloso Marcondes. **A saúde de mulheres climatéricas usuárias de uma unidade de saúde da família.** 2011. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Paraná. 2011.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida em ambos os sexos é uma demanda mundial. No Brasil, a expectativa de vida feminina é de aproximadamente 72,4 anos. Essa realidade demográfica torna o estudo do climatério um assunto de destaque, com necessidade de implementar políticas públicas de saúde voltadas ao período de transição do envelhecimento feminino. Cada mulher vivencia o período do climatério e o marco da menopausa de acordo com sua singularidade, podendo ter impacto negativo na saúde física, mental, emocional, nas relações familiares e sociais. O estudo teve como objetivo identificar as condições de saúde das mulheres climatéricas na faixa etária de 40 a 65 anos usuárias de uma Unidade de Saúde da Família em Londrina-PR. Realizou-se um estudo transversal com 223 mulheres. Os dados foram coletados por meio de entrevistas nos domicílios, com questionário estruturado, entre dezembro de 2009 a abril de 2010. Os sintomas climatéricos foram classificados pelo Índice Menopausal de Blatt e Kupperman. A análise estatística foi realizada no programa EPI-INFO, após dupla digitação. Os resultados demonstraram que a população de estudo constitui-se de mulheres com média etária de 55,1 anos, 70% tinham companheiro, predominantemente brancas (83,4%) e com oito anos ou mais de estudo (84,3%). As classes econômicas identificadas segundo a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa foram B (50,2%) e C (41,7%). As comorbidades prevalentes foram sobrepeso e obesidade (58,7%), hipertensão arterial (39%), tireoideopatia (25,1%) e depressão (22,9%). Destacaram-se como fatores de risco no estilo de vida o sedentarismo (76,2%), alimentação inadequada (45,7%) e ingestão de bebidas alcoólicas (42,6%). Das queixas referidas pelas mulheres sexualmente ativas (58,7%), prevaleceram o isolamento do companheiro (31,7%), a frieza da mulher (18,6%) e o abuso do companheiro (17,9%). Quanto ao relacionamento social, o sentimento mencionado por mais da metade das mulheres (53,4%) foi tristeza e melancolia. Os sintomas climatéricos foram referidos pela maioria das mulheres (95,1%) e classificados como de intensidade leve por 73,1%, sendo prevalentes o nervosismo (59,7%), a artralgia/mialgia (57,4%) e a melancolia/tristeza (50,2%). Apesar do alto grau de satisfação (92,9%) quanto ao atendimento na Unidade de Saúde da Família para problemas crônicos ou agudos, 57% das mulheres consideraram insatisfatório o acesso para registrar suas queixas referentes ao climatério e 75,3% não se sentiram totalmente ouvidas ou suas necessidades atendidas. Os achados nessa pesquisa, embora não representem as condições de saúde para toda população feminina do município de Londrina, propiciaram reflexões para subsidiar ações que não se limitem à dimensão fisiológica, mas à oferta de espaços de escuta e orientações de promoção à saúde e qualidade de vida à mulher no climatério.

Palavras-chave: Menopausa. Climatério. Saúde da mulher. Programa saúde da família.

DORNELLAS, Ana Olympia Velloso Marcondes. **The health of climacteric women who attend to Family Health Unit**, 2011. 105. pages. Dissertation (Professional Master Program in Health Services Management) – Public Health Department, Health Science Center, Londrina State University. Londrina, PR, Brazil, 2011.

ABSTRACT

The increase of life time expectation for both genders is a world demand. The women's life time expectation in Brazil is nearly 72.4 years. The study of climacterium stands out, considering this demographic data and the urge for public health politics focused on this specific period of life which is a transition for aging. Each woman experiences menopause according to her own singularities and eventually it might have a negative impact on her physical, mental and emotional health and on her social and family relations. The goal of the present study is to evaluate the health of 40 to 64 year old menopausal women, who attend to a Family Health Unit in Londrina, state of Paraná. The transversal study included 223 women. Data was collected by home interviews that took place between December 2009 and April 2010, when structured questionnaires were used as the research instrument. Climacteric symptoms were classified according to Blatt & Kupperman's Menopausal Index. Double typing was done for assuredness and statistical analysis was performed by Epi Info™ 3.5.1 statistical program. It was found that the studied population was constituted by women 55.1 year old in average, which whom 70% had a partner, 83.4% were white and 84.3% had attended school for at least 8 years. Regarding the ABEP economical status ranking, 50.2% fit into B class and 41.7% into C class. The prevalent co-morbidities were overweight and obesity (58.7%), high blood pressure (39%), thyroid mal function (25.1%) and depression (22.9%). It can be inferred that certain aspects of life style, like sedentariness (76.2%), inadequate nutrition habits (45.7%) and alcohol consumption (42.6%) were risk factors leading to the mentioned co-morbidities. The sexual active (58.7%) women's complains were about the partner's isolation (31.7%), their own frigidity (18.6%) and partner's abuse towards them (17.9%). Considering social life and relationships, the feelings related by more than half of the group (53.4%) were melancholy and sadness. In the studied group, 95.1% of women referred to menopausal symptoms which were ranked like mild by 73.1% of them, and the most prevalent ones were: nervousness (59.7%), arthralgia/myalgia (57.4%) and melancholy/sadness (50.2%). Although 92.9% described themselves as *satisfied* with the public health service response to their chronic or acute problems, 57% of the studied women considered unsatisfactory the access to the Family Health Unit to refer their complains and needs related to menopause and 75.3% did not feel they were heard or had their needs responded. The findings that came out of this study, even not standing for the whole female population of Londrina, are consistent and aroused deep reflections to subsidize concrete measures that surpass philosophical boundaries, indicating the need for hearing and orientation responses by the service, in order to propitiate health promotion and quality of life to menopausal women.

Key words: Menopause. Climacterium. Women's health. Family health program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Alterações percebidas no relacionamento conjugal e/ou no comportamento sexual nos últimos cinco anos por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 201074
- Figura 2** – Descrição dos sintomas climatéricos do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman de acordo com a classificação das manifestações descritas por Halbe, 200081

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina - PR, 2010.....	64
Tabela 2 – Motivos que levaram as mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família a procurarem o serviço nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010.....	66
Tabela 3 – IMC de mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 2010.....	67
Tabela 4 – Comorbidades referidas por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 2010.....	68
Tabela 5 – Exames realizados por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010.....	70
Tabela 6 – Resultado de exames realizados por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010	71
Tabela 7 – Intensidade da sintomatologia referida por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com o Índice menopausal de Blatt e Kupperman, Londrina – PR, 2010	78
Tabela 8 – Sintomatologia referida por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman, Londrina-PR, 2010.....	79
Tabela 9 – Opinião das mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família quanto acesso ao serviço, atendimento as queixas referentes ao climatério, encaminhamentos e tratamento, Londrina – PR, 2010.....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DCV	Doença Cardio Vascular
DM	Diabetes Mellitus
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
IMBK	Índice Menopausal de Blatt e Kupperman
IMS	<i>Internacional Menopause Society</i>
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SOBRAC	Sociedade Brasileira de Climatério
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
2.1 –CONCEITOS DE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA	18
2.2 –FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO.....	20
2.3 –SÍNDROME DO CLIMATÉRIO.....	22
2.3.1 – Manifestações Neurogênicas.....	24
2.3.2 – Manifestações Psicogênicas ou Neuropsíquicas.....	26
2.3.3 – Manifestações Metabólicas.....	28
2.3.4 – Manifestações Mamárias	30
2.3.5 – Manifestações Urogenitais.....	31
2.3.6 – Manifestações Ósteo-musículo-articulares	32
2.3.7 – Manifestações Tegumentares.....	33
2.3.8 – Doenças Cardiovasculares	33
2.3.9 – Hipertensão Arterial	35
2.3.10 –Obesidade.....	36
2.3.11 –Diabetes Mellitus	37
2.3.12 –Hipotireoidismo	37
2.3.13 –Transtornos Psicossociais.....	38
2.3.14 –Alterações na Saúde Bucal	38
2.3.15 –Efeitos do Tabagismo e Álcool.....	38
2.4 –ABORDAGEM CLÍNICA E DIAGNÓSTICA	39
2.5 –TRATAMENTO E PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO	41
2.6 –POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À MULHER NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO	45
3 OBJETIVOS	47
3.1 –OBJETIVO GERAL	47
3.2 –OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4 METODOLOGIA	48
4.1 –DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	48
4.2 –LOCAL DO ESTUDO	48

4.3 –POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	49
4.4 –FONTES DE DADOS.....	49
4.5 –INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	50
4.6 –CAPACITAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS.....	51
4.7 –COLETA DE DADOS.....	52
4.8 –VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	53
4.8.1 – Características Socioeconômica e Demográfica.....	53
4.8.2 – Indicadores de Condições de Saúde.....	55
4.8.3 – Indicadores de Estilo de Vida.....	58
4.8.4 – Percepção de Sintomas Climatéricos.....	61
4.9 –PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.10 – ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1 –CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	63
5.2 –PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS.....	77
5.3 –ACESSO A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS.....	82
6 CONCLUSÃO.....	85
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS.....	89
APÊNDICE.....	93
APÊNDICE A – Formulário para Coleta de Dados.....	94
APÊNDICE B – Carta Convite.....	100
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101
APÊNDICE D – Pedido de Permissão para Pesquisa no Serviço de Saúde.....	102
ANEXOS.....	103
ANEXO A – Índice Menopausal de Blatt de Kupperman.....	104
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	105

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma demanda mundial, devido ao aumento da expectativa de vida das pessoas de ambos os sexos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que de 2006 a 2050, o número de pessoas de 60 anos ou mais em países em desenvolvimento estará duplicado. As projeções mundiais apontam uma população de idosos no século XXI de 629 milhões de pessoas com um crescimento anual na taxa de 2% (KALACHE, 2008; LIMA-COSTA et al., 2000; SÃO PAULO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A acelerada mudança na faixa etária da população vem acompanhada de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais. A transição demográfica, um dos mais urgentes problemas mundiais, subsidia importantes indicadores para o direcionamento da política tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Os dados epidemiológicos mostram que o envelhecimento tem sido associado à mudança no perfil de doenças agudas para doenças crônicas, o que implica na necessidade de priorizar a prevenção em todos os países, incluindo o uso de práticas alternativas comprovadamente efetivas (KALACHE, 2008; LIMA-COSTA et al., 2000; SÃO PAULO, 2004).

O Brasil, acompanhando o panorama mundial, passa por esse processo demográfico de forma acelerada e intensa. Segundo projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025 o número de idosos no país aumentará em quinze vezes. O resultado desse fenômeno levará o Brasil a sexta maior população de idosos no mundo, com um número estimado de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade em 2025. Este perfil demográfico cada vez mais envelhecido acarreta necessidade de adequações nas políticas sociais, particularmente voltadas às demandas na área da saúde, previdência e assistência social (BRASIL, 2010).

Salienta-se que a expectativa de vida das mulheres ultrapassa a dos homens. Estimativas são de que as mulheres vivam em média, cinco a sete anos mais do que os homens. Segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2000, a expectativa de vida das mulheres brasileiras está em torno de 72,4 anos, portanto, 1/3 da vida dessas mulheres ocorrerá após os 50 anos (BRASIL, 2008; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009; SÃO PAULO, 2004).

Estimativas populacionais mostram que de 98 milhões de mulheres que compõem a população brasileira, cerca de 30 milhões tem entre 35 e 65 anos, portanto, parte dessas mulheres está na faixa etária em que ocorre o climatério, o que pode originar uma crescente procura nos serviços de saúde do país por mulheres com queixas relacionadas a este período de vida (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009; PEDRO et al., 2002; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Este período de transição para o envelhecimento feminino denominado climatério, muitas vezes crítico, compreende a passagem da fase reprodutiva para não reprodutiva da vida de uma mulher, ocorrendo diminuição da função ovariana até cessar a atividade folicular quando cessa também a menstruação. A interrupção permanente da menstruação após um período de 12 meses de amenorréia denomina-se menopausa, terminologia mais popularizada que é um marco desta fase (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; GUTIERREZ, 2006).

A realidade demográfica e necessidade de quebra de paradigmas na assistência ao climatério, tem imposto aos profissionais de saúde uma mudança de atitude no sentido de melhor acolher essa população, proporcionando cuidado integral, individualizado, qualificado e humanizado. Não obstante, o conhecimento das condições de saúde dessa parcela da população, tornou-se prioritário para a formulação de políticas de saúde voltadas a um envelhecimento feminino com mais qualidade de vida, visto que muitos são os fatores amenizados e/ou prevenidos por mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

Estudo realizado por Lima-Costa (2000) sobre a situação de saúde da população idosa brasileira demonstrou que o envelhecimento populacional no Brasil, não era acompanhado de políticas de saúde específicas voltadas à promoção e prevenção em saúde. Emergem nesta esfera questões complexas da estruturação dos serviços de saúde com necessidade de uma atenção específica para este ciclo de vida feminino, pois as políticas de saúde da mulher até então, estavam implementadas sob o enfoque da saúde reprodutiva.

O Ministério da Saúde (MS) em 2003 incluiu no documento Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, um capítulo específico sobre climatério. E para implementar a política de saúde da

mulher em 2008, a área técnica de Saúde da Mulher do MS, publicou o Manual de Atenção Integral a Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa, reconhecendo a necessidade de ações multiprofissionais na prática dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Esse manual apresenta os princípios fundamentais da atenção a saúde da mulher nesta fase de vida, bem como a importância do acolhimento, humanização e ampliação do acesso, atendendo, portanto, o princípio de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

Enquanto enfermeira por cinco anos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) atendia mulheres nessa faixa etária, provocando-me várias reflexões que nortearam a realização desta pesquisa.

Partiu-se do pressuposto que as mulheres climatéricas usuárias da unidade de saúde onde o estudo foi realizado, são assistidas com foco no tratamento das comorbidades e não nos aspectos físicos, biológicos, psicológicos e culturais que podem acompanhar o processo da feminização do envelhecimento no período do climatério.

Tendo como objeto de estudo a identificação da saúde das mulheres climatéricas usuárias de uma unidade de saúde da família de acordo com as diretrizes do manual do MS, questiona-se: Quem são, e como é o acesso destas mulheres a unidade de saúde? Quais são as condições socioeconômicas e demográficas, as condições de saúde e estilo de vida e a prevalência da sintomatologia climatérica referida?

Estes questionamentos despertaram-me o interesse em buscar informações para melhor conhecer essas mulheres e suas necessidades de forma a fomentar reflexões que possam subsidiar o direcionamento do atendimento às necessidades de orientação e assistência, bem como a implantação de um programa de atenção integral e humanizada que contemple a assistência à mulher no climatério.

Considerando o aumento da expectativa de vida das mulheres brasileiras, com expressivo número de mulheres vivenciando o climatério, a política do MS quanto à saúde da mulher no climatério ainda não implementada em todos os serviços públicos do país e a necessidade de quebra de paradigmas para subsidiar ações de promoção da saúde nesta fase da vida da mulher, justifica-se a realização deste estudo para reformulação de práticas da equipe de trabalho, a partir do

conhecimento da população usuária na faixa etária do climatério, suas características e condições de saúde, favorecendo o processo de viver e ser saudável nesse período.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os pressupostos que levaram a realização deste estudo serão sedimentados pela revisão bibliográfica sobre temas abordados, para configurar um campo de conhecimento que embase a metodologia, resultados e associações provenientes desta pesquisa. Na esteira dos estudos realizados, encontramos o Manual de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa do MS (BRASIL, 2008), ao qual será dada especial atenção, por estabelecer uma política pública para identificar as condições de saúde de mulheres climatéricas e propor ações multiprofissionais na prática dos serviços de saúde.

2.1 – CONCEITOS DE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

A definição de climatério, palavra originária do grego *climakter* - ponto crítico da vida humana, tem suscitado reflexões de diversos autores, passando por reconstruções temáticas que vão desde uma endocrinopatia que pode afetar negativamente a saúde da mulher, a um fenômeno biopsicossocial ou de um evento natural do ciclo de vida (SÃO PAULO, 2004).

Ciclos de vida fazem parte do processo existencial humano, sendo o climatério um período do ciclo vital feminino que se inicia por volta dos 40 anos e pode se estender até os 65 anos de idade, período coincidente ao processo de envelhecimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a *Internacional Menopause Society (IMS)* atribuem esta fase à transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, uma evolução biológica da mulher e não um processo patológico (BRASIL, 2008; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2010).

Cada fase ou ciclo de vida é marcado por intensas transformações, sendo o climatério caracterizado por alterações que se iniciam com o declínio da função ovariana, o anúncio da menopausa e se estende após a menopausa, ajustando a mulher a condições hormonais e emocionais diferentes. Assim, o climatério compreende o período de vida que engloba a pré menopausa, menopausa e a pós menopausa (BRASIL, 2008; HALBE, 2000; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2010).

A menopausa, traduzida pelo último ciclo menstrual, portanto definida apenas de forma retrospectiva – interrupção definitiva da menstruação após um período de 12 meses de amenorréia - acontece geralmente entre os 48 e 50 anos de idade em função da perda da atividade folicular ovariana. É uma terminologia popularizada e também originária do vocabulário grego (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; JURUENA; MARTINS, 2003; INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY, 2010).

O fenômeno da menopausa é previsível e esperado tanto quanto é o início dos ciclos menstruais na puberdade. Portanto, a série de eventos endócrinos acontece naturalmente sendo necessária uma fase de adaptação tal qual à menarca (BRASIL, 2008).

Anterior ao último ciclo menstrual ocorre alterações na menstruação, com fluxos aumentados ou diminuídos e ciclos irregulares que se tornam menores devido à fase folicular mais curta, seguidos de ciclos mais longos com a maturação folicular retardada, até a instalação da amenorréia definitiva (ALMEIDA, 2003; SMELTZER; BARE, 2006).

A menopausa, evento biológico natural que ocorre espontaneamente, pode ainda acontecer de forma não natural, induzida por intervenção médica, em mulheres submetidas à histerectomia, embora os ovários mantenham seu funcionamento ou em casos de ooforectomia bilateral, quimioterapia e radioterapia pélvica (BRASIL, 2008).

O termo climatério não é tão conhecido pela população usuária dos serviços de saúde, mas reconhecem a menopausa como um marco das alterações que ocorrem com a mulher neste período. Num consenso negativo, a manifestação destas mudanças não é só demarcada fisiologicamente, mas com o acréscimo de atributos associados ao início do envelhecimento e decadência, construções características de nossa sociedade e cultura ocidental, influenciando na resposta das mulheres aos sintomas próprios do climatério (MENDONÇA, 2004; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a).

Independente da definição da menopausa ou do climatério deve-se manter a observância na variabilidade de crenças sobre o envelhecimento e o reconhecimento dos seus efeitos diferenciados, potencializando ou não os sintomas e problemas da mulher no período do climatério, refletindo circunstâncias não

somente dos eventos endócrinos, mas também as de cunho sociais e pessoais (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

2.2 – FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

As relações de gênero se organizam socialmente de forma diferente expondo homens e mulheres a padrões distintos nos aspectos sociais, econômicos, nas condições de vida e nas doenças, não se limitando as diferenças meramente biológicas, mas as determinações da sociedade (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

Considerando a feminização do envelhecimento populacional legitima-se uma situação ambígua para a mulher, pois embora este processo de envelhecimento possa ser considerado como natural e fisiológico, o período do climatério e o marco da menopausa, refletem condições acentuadas para sua historia de vida, recebendo significado diverso em cada cultura podendo impactar em conseqüências na sua saúde física, mental, emocional e nas relações familiares e sociais (BRASIL, 2008; CUNHA, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; 2006; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SANTOS, 2006; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

A inserção social das mulheres em culturas consideradas patriarcas reflete desvantagens discriminatórias como a dificuldade de sobrevivência econômica e de participação no mercado de trabalho, a dupla jornada e a violência, intensificando o sofrimento feminino no seu processo de envelhecimento (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

O crescente aumento da expectativa de vida não significa viver melhor. Ao considerar o aspecto da velhice não se pode deixar de observar a vulnerabilidade às doenças crônicas e agravos como aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias benignas ou malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças auto-imunes. Estas características do envelhecimento fazem parte do universo das mulheres climatéricas sendo fundamental a atenção dos profissionais de saúde (BRASIL, 2008; KALACHE, 2008; SÃO PAULO, 2004).

O climatério, período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva, mesmo que definido como uma fase biológica, não deixa de ser

polêmico e crítico. As mulheres tendem a se sentir inseguras seja pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento e de proximidade da morte (BRASIL, 2008; DE LORENZI, et al., 2005a, 2006; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Fisiologicamente, o período marcado pela menopausa, é um fenômeno acarretado pelas instabilidades hormonais decorrentes da diminuição da função ovariana, originando alterações físicas, biológicas e psíquicas importantes, podendo afetar a qualidade de vida da mulher (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; SMELTZER; BARE, 2006; GUTIERREZ, 2006; HALBE, 2000).

Culturalmente, há uma desvalorização a velhice e um culto a juventude que geram reações negativas ao período do climatério e conseqüentemente, pode potencializar um processo mais sintomatológico desta fase sem alguma relação direta com a diminuição da função ovariana. O fato é que o sentido dado ao climatério vai depender dos aspectos além do biológico, devendo ser considerados aspectos psicossocioculturais da vivência de cada mulher e o contexto histórico em que se insere o corpo feminino (BRASIL, 2008; DE LORENZI, et al., 2005a, 2006; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008; UTIAN, 2007).

Na sociedade ocidental a relação mulher-beleza-juventude e maternidade são elementos de valorização feminina. À mulher sempre se derivou o atributo a maternidade fixada à identidade ligada ao corpo e a sua capacidade reprodutiva. Soma-se a isso, o fato do climatério coincidir muitas vezes com a perda de familiares, aposentadoria e independência dos filhos, demandando adaptações emocionais nem sempre fáceis (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2006; HALBE, 2000; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Dessa forma, a percepção da mulher aos sintomas e sentimentos desencadeados pelo climatério pode condicionar o declínio reprodutivo a uma calamidade que resulta em perda da juventude, fertilidade e sexualidade, bem como a redefinição de papéis na dinâmica familiar e social, influenciando negativamente nas manifestações clínicas neste período. Diversos autores afirmam que o papel de mãe é uma identidade sustentada socialmente, sendo compreensível que com o declínio reprodutivo e a consciência de estar perdendo o seu papel principal na sociedade, demonstre alterações psicológicas vulneráveis, podendo estar comumente associado ao envelhecimento do corpo e a perda da função reprodutiva (BRASIL, 2008; DE

LORENZI et al., 2005a; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Em contraposição às representações da cultura ocidental, populações da Índia, Arábia, África e Ásia que concebem o climatério como um acontecimento positivo, onde a mulher atinge a maturidade e a sabedoria, as queixas clínicas são menores ou ausentes, resultando em melhor vivência desta fase. Também na população indígena o envelhecimento é encarado com respeito e o sangramento menstrual tem conotação diversa do usual, onde as mulheres, após a menopausa, tornam-se mais aceitas e valorizadas. Portanto, o declínio estrogênico é um fenômeno universal, mas não as manifestações clínicas (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Assim, a abordagem da saúde da mulher no climatério não pode se restringir ao aspecto meramente biológico, mas sim contemplar os aspectos psicológicos, socioculturais, mitológicos bem como as ponderações quanto à desigualdade de gênero e a feminização da velhice, buscando propor ações que atendam todas as necessidades dessa fase do ciclo vital (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2006; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SÃO PAULO, 2004; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

2.3 – SÍNDROME DO CLIMATÉRIO

A expressão “síndrome do climatério” tem sido utilizada para denominar o conjunto de sinais e sintomas que podem estar presente neste período do ciclo de vida feminino em razão da queda gradual de hormônios resultantes da falência dos ovários entre outros fatores associados (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

Estudos descrevem que a diversidade e a intensidade da ocorrência destes sintomas têm variabilidade correlacionada a diferentes grupos etários, étnicos, raciais, níveis socioeconômicos e culturais, considerando inclusive, que nem toda mulher apresenta sintomas nesse período. Quando se manifestam, estão atrelados ao declínio dos níveis de estrogênio e a forma como a mulher vivencia as mudanças ocorridas neste período, podendo prejudicar o bom funcionamento orgânico, psicológico, físico e social da mulher (DE LORENZI et al., 2005a, 2006,

2009; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SILVA FILHO; COSTA, 2008; SILVEIRA et al., 2007).

Não obstante, a saúde prévia emocional e física, as expectativas em relação à própria vida, o ambiente, a cultura, os costumes, a percepção do climatério, como positivo ou negativo, o psiquismo, dentre outros, são fatores que afetam as mulheres de modo diferente, em combinações sempre únicas, pessoais e inerentes a história de vida de cada uma (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2006; MENDONÇA, 2004; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SILVA FILHO; COSTA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Por conseguinte, deve-se compreender que o marco da menopausa e o período do climatério, não são apenas eventos biológicos, mas socioculturalmente e psicologicamente condicionados. Porém, não constitui ausência de importantes interações entre biologia, psicologia e cultura.

Comumente as queixas não aparecerem na anamnese clínica, porém, as alterações hormonais e do metabolismo como um todo, provocam mudanças de diversas naturezas muitas vezes difíceis de serem verbalizadas, trazendo algum desconforto para as mulheres. Observa-se sinais graduais de envelhecimento dos órgãos genitais, assim como o restante do organismo, transformações no corpo com modificações da silhueta, diminuição no ritmo do sono, fadiga, irritabilidade, ondas de calor, tristeza, ansiedade, diminuição da libido com modificações nos hábitos sexuais, entre outros. Para tanto, é fundamental que haja nesta fase da vida da mulher, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento dos agravos e prevenção dos danos (BRASIL, 2008).

Mais de 50% das mulheres nos países ocidentais industrializados apresentam sintomas associados ao climatério que podem aparecer isoladamente na mulher que ainda menstrua regularmente ou com maior frequência quando iniciam as alterações do ciclo menstrual (BRASIL, 2008).

A percepção dos sintomas assinala o início da pré-menopausa, condição clínica caracterizada por ciclo menstrual irregular, em mulheres com mais de 45 anos de idade, sem alteração da regularidade dos ciclos anteriores. Nesta fase observam-se mudanças tanto de ordem física, quanto emocional ou sexual. No período intermediário entre pré e menopausa, ocorrem perturbações menstruais de duração indefinidas, caracterizado por amenorréia de 3 a 11 meses de duração,

podendo ser acompanhadas de manifestações clínicas, sendo as mais características as ondas de calor e sudorese, considerados sintomas agudos da síndrome. Também a fase que sucede a última menstruação, denominada de pós-menopausa, pode apresentar um conjunto de sintomas vasomotores, psicofisiológicos e alterações atróficas (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

As variações na regularidade e nas características do fluxo do ciclo menstrual se devem a maturação folicular acelerada, podendo ser seguido por uma fase lútea com baixa produção de progesterona acarretando ciclos com fluxo diminuído ou aumentado. Em seqüência a esta fase, decorrem ciclos anovulatórios, devido à produção irregular de estrogênio (HALBE, 2000).

As principais manifestações da síndrome climatérica, segundo Halbe (2000), podem ser divididas em: neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, mamárias, urogenitais, ósteo-músculo-articulares e tegumentares.

O Manual de Atenção à Mulher no Climatério do MS (2008) divide ainda os sinais e sintomas clínicos do climatério, em transitórios, como as alterações do ciclo menstrual e sintomatologia mais aguda representada pelas clássicas manifestações neurogênicas ou vasomotoras e não transitórios e tardios, como os fenômenos atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo (BRASIL, 2008).

Além das manifestações consideradas da síndrome climatérica, ressalta-se agravos freqüentes decorrentes não só do déficit hormonal, mas conseqüentes de um processo lento e contínuo do envelhecimento feminino, como as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade, diabetes mellitus, hipotireoidismo, transtornos psicossociais, sexualidade e envelhecimento feminino, osteoporose, alterações da saúde bucal e efeitos do tabagismo, os quais serão dados especial atenção para a identificação das condições de saúde das mulheres alvo deste estudo (BRASIL, 2008).

2.3.1 – Manifestações Neurogênicas

Representadas pelas manifestações vasomotoras, como as ondas de calor ou “fogachos”, sintoma clássico do hipoestrogenismo e o mais comum da

síndrome climatérica, além de calafrios, palpitações, cefaléia, tontura, parestesia, diminuição da memória e fadiga (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a).

Os fogachos ou ondas de calor, experimentado principalmente na perimenopausa, constituem sintoma representativo em estudos que avaliam as manifestações climatéricas e mais marcantes em mulheres ocidentais, porém com pouca relevância nas orientais e algumas culturas indígenas (DE LORENZI et al., 2005a, 2009; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SANTOS, 2006).

Consistem em sensação súbita de calor na porção superior do tórax, pescoço e face, acompanhado na maioria das vezes de sudorese, podendo ainda estar acompanhado de rubor, calafrios, palpitações ou episódios de taquicardia. O fenômeno que segue é de grande transpiração, fazendo com que a mulher sinta frio logo após uma onda de calor, mais comum e desagradável à noite, provocando agitação, insônia e fadiga. A intensidade é variável, com tendência a ativação de acordo com o declínio da função ovariana, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia, com freqüência de diário a semanal ou até mesmo mensal e duração de alguns segundos a 30 minutos. Há uma tendência de que os fogachos pós-menopausa cirúrgica sejam mais severos. O cessar dos fogachos pode acontecer sem que qualquer tratamento seja feito, entretanto algumas mulheres poderão experimentar este desconforto por vários anos após a menopausa (BRASIL, 2008; HALBE, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

A etiologia desta sensação térmica não está completamente definida, sendo mais comumente atribuída a alterações no centro termorregulador do cérebro no hipotálamo, com um súbito posicionamento descendente do termostato hipotalâmico, acompanhado de vasodilatação cutânea periférica, diminuição da temperatura intra-corpórea, aumento da freqüência de pulso, transpiração e temperatura cutânea, não havendo alteração na pressão sanguínea. Provocado pelo hipoestrogenismo, acarreta aumento de noradrenalina e aumento dos pulsos de GnRH (hormônio liberador de gonadotrofina) e do LH (hormônio luteinizante). Associa-se ao desencadeamento ou agravamento dos fogachos, o consumo de alimentos ou bebidas quentes, bebidas alcoólicas, ambientes com alta temperatura e estresse, devendo ser evitadas (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2009; HALBE, 2000).

Tais ondas de calor, tanto diurnas quanto noturnas, apesar de estarem associadas a alterações fisiológicas que ocorrem mesmo durante o sono, podem ser influenciadas pela dinâmica psicológica e por serem incômodos, podem perturbar a qualidade de vida das mulheres, interferindo no trabalho, no meio familiar e no relacionamento social. Também podem acontecer em outras eventualidades clínicas, tais como hipertireoidismo, entre outros, onde as ondas de calor estão associadas à liberação de adrenalina, histamina e bradicinina, além de condições clínicas que levam a vasodilatação ou febre, como infecções crônicas ou distúrbios hematológicos (HALBE, 2000; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

2.3.2 – Manifestações Psicogênicas ou Neuropsíquicas

Alterações freqüentes, principalmente em países ocidentais são os sintomas neuropsíquicos ou psicogênicos que muitas vezes são os primeiros a surgir. Compreende a labilidade emocional, depressão (como sinônimo de humor negativo, tristeza ou desanimo), ansiedade, irritabilidade, baixa auto-estima, diminuição da libido, da freqüência e da resposta orgástica. Estes sintomas têm intensidade variável, podendo apresentar-se em conjunto ou isoladamente, salientando-se que podem ocorrer em qualquer outra fase da vida, não havendo clara comprovação de que o hipoestrogenismo possa influenciar o aparecimento dos mesmos (BRASIL, 2008; CALVOSO et al., 2008; DE LORENZI 2005a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Sugere-se uma influencia da diminuição do estrogênio sobre os níveis de serotonina, podendo relacionar-se a um aumento de casos de depressão durante o climatério em mulheres predispostas, porém, mais provavelmente a etiologia seja multifatorial. Considera-se o histórico de síndrome depressiva como fator de risco para a intensidade dos sintomas físicos (fogachos) e das alterações de humor perimenopáusicas, bem como antecedentes de tensão pré menstrual (BRASIL, 2008; SANTOS, 2006).

A depressão é um transtorno de saúde mental comum nas mulheres, sendo o pico de maior incidência no climatério e no puerpério. No climatério, conflitos inerentes a subjetividade, repercussões clínicas do próprio envelhecimento físico,

queixas relacionadas à esfera sexual, podem ser palco de sofrimento psíquico e contribuírem para um humor depressivo (BRASIL, 2008).

Na prática clínica observa-se que os fatores de risco mais relevantes são os sócio-culturais, história psiquiátrica anterior e grande desconforto físico causado pelas ondas de calor. Fatores extrínsecos como o estilo de vida (alimentação, prática de exercício físico, atividade ocupacional, tabagismo), também podem determinar diferenças na sintomatologia psíquica (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; SANTOS, 2006; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

As queixas relacionadas à esfera sexual se constituem mais especificamente a diminuição ou ausência de interesse sexual. Os órgãos reprodutores femininos são sensíveis ao estrogênio, estando vulneráveis as atrofia com o suprimento do mesmo durante o climatério. A queda de estrogênio resulta em diminuição do suporte pélvico e da lubrificação dos tecidos urogenitais, dificultando a atividade sexual, porém estudos reforçam que a sexualidade no climatério é também influenciada por fatores psicossociais e culturais associados ao próprio envelhecimento. A mudança na configuração da distribuição da gordura corporal pode afetar a auto-estima e perda do desejo sexual (DE LORENZI et al., 2005b; DE LORENZI; SACIOTO, 2006; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008b).

As queixas de disfunções sexuais, com diminuição de libido aparecem associadas à atrofia genital, com quadro clínico de prurido vaginal, ardor, ressecamento vaginal e dispareunia. Quanto aos aspectos psicológicos, múltiplas causas podem interferir na sexualidade no climatério como baixa auto-estima, ausência de informações, falta de diálogo, tabus, incompreensão do parceiro, mitos, afetando a qualidade de vida da mulher. O fato é que a abordagem dessa questão nem sempre é feita adequadamente tanto pelo constrangimento da mulher quanto pelo despreparo dos profissionais de saúde, necessitando de quebra de paradigmas para uma melhor atenção (BRASIL, 2008; DE LORENZI; SACIOTO, 2006; DE LORENZI et al., 2009; HALBE, 2000; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008b; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Quanto aos aspectos biológicos, o que muda é o tipo de resposta sexual que se torna mais lenta e menos intensa decorrente do hipoestrogenismo, porém não menos prazerosa.

Os sintomas de ansiedade podem acarretar a medicalização com psicotrópicos, com predomínio do uso de benzodiazepínico mais acentuado em mulheres acima de 35 anos, muitas vezes sem indicação médica adequada. A alta demanda de medicamentos para amenizar conflitos que emergem no climatério pode representar perda de uma abordagem integral à promoção da saúde, sem uma escuta qualificada à mulher em sofrimento (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

2.3.3 – Manifestações Metabólicas

Modificações metabólicas relacionam-se principalmente ao metabolismo ósseo e de lipídeos, acarretando maior tendência a obesidade e a fadiga. A falta de estrógenos compromete ainda, a musculatura, levando a mulher no climatério à diminuição da massa e força muscular. Quanto ao metabolismo da glicose, evidencia-se que a menopausa não é diabetogênica em mulheres sadias (DE LORENZI et al., 2005b, 2009; HALBE, 2000).

Ao metabolismo ósseo, associa-se a idade com a rarefação do esqueleto em ambos os sexos, sendo que cerca de 25% das mulheres na pós menopausa tem osteoporose, ressaltando-se que no Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

A OMS considera a osteoporose como a “Epidemia Silenciosa do Século” que afeta principalmente mulheres após a menopausa que, por conseguinte, apresentam mais fraturas. Este agravo acontece em decorrência de uma desordem de remodelação óssea que é um processo contínuo e equilibrado de formação e reabsorção óssea relacionado à homeostasia de cálcio e fósforo. Na osteoporose predomina a reabsorção sobre a formação acarretando em diminuição da massa óssea (BRASIL, 2008).

Halbe, em seu Tratado de Ginecologia (2000) cita estudos que referem a deficiência estrogênica como fator predominante da perda óssea que ocorre durante as duas primeiras décadas após a menopausa e que a menopausa artificial provocada pela ooforectomia, determina rápida e significativa perda óssea.

O MS em seu manual de assistência ao climatério (BRASIL, 2008) reforça que a instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea com causas relacionadas a endocrinopatias e a outras patologias que afetam o metabolismo

ósseo como desnutrição, doenças hematológicas e renais, artrite reumatóide, algumas neoplasias, entre outras causas.

A alteração na remodelação óssea compromete principalmente a coluna vertebral e o colo do fêmur, sendo o sintoma mais comum da osteoporose da coluna, a dor lombar, podendo provocar sinais representativos como perda de altura e cifose (HALBE, 2000).

Os maiores fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose e fraturas ósseas, reconhecida como primária ou idiopática são: sexo feminino, fratura anterior por trauma, baixa massa óssea, idade avançada, raça branca ou asiática, histórico familiar, menopausa natural ou cirúrgica, menopausa precoce não tratada, fatores nutricionais (diminuição de cálcio, aumento de vitamina D, dieta hiperproteica, rica em fibras e sódio, alimentos acidificados), consumo de cafeína e álcool, inatividade física e tabagismo (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

Para o diagnóstico é fundamental a história clínica minuciosa, exame físico, exames laboratoriais como a calciúria de 24 horas e avaliação por imagem (radiografias e a densitometria óssea). A densitometria óssea é exame de referencia para o diagnóstico e segue critérios da OMS, devendo ser realizado em mulheres consideradas de alto risco de apresentar fraturas e para osteoporose (BRASIL, 2008).

Evidencias sugerem medidas preventivas desde a infância como a pratica regular de atividade física, alimentação equilibrada e rica em cálcio e exposição regular ao sol, além de uso de medicamentos incluindo a reposição hormonal, apesar de esta terapia não ser considerada como primeira opção (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

O metabolismo lipídico pode ser influenciado pelos esteróides sexuais, sendo o hipoestrogenismo fator de indução a elevação dos níveis de colesterol e triglicérides, o que favorece a instalação das dislipidemias, aterosclerose, doença coronariana, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral, doenças que apresentam especial importância por sua alta morbimortalidade, estando entre as principais causas de mortalidade nas mulheres (BRASIL, 2008).

2.3.4 – Manifestações Mamárias

O parênquima mamário é substituído por tecido adiposo, tornando as mamas atróficas, flácidas e com diminuição de volume (SANTOS et al., 2007).

As queixas mamárias são variáveis, sendo a mais freqüente a dor nas mamas (mastalgia), porém estudos demonstram que com a evolução da idade, as queixas tendem a diminuir (MURATA; SCHIRMER, 2004).

A mulher no climatério está exposta ao risco de câncer de mama, uma vez que a incidência aumenta progressivamente após os 35 anos de idade, sendo este a maior causa de mortalidade por câncer em mulheres brasileiras (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

A menarca precoce, a menopausa tardia e a nuliparidade são alguns dos fatores de risco para o câncer de mama, podendo o sedentarismo e o consumo de álcool contribuir com estes fatores (LONDRINA, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

A detecção precoce é base da prevenção a este tipo de câncer. O exame clínico das mamas deve fazer parte da rotina do exame físico em todas as consultas realizadas pelo médico ou enfermeiro e como meio de rastreamento anual em todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Para complementação do diagnóstico da doença ou para o acompanhamento rotineiro de mulheres consideradas em situação de risco, preconiza-se o rastreamento mamográfico (BRASIL, 2008; LONDRINA, 2006).

Ressalta-se que a reposição hormonal para tratamento dos sintomas do climatério é controverso uma vez que se correlaciona o uso de hormônios com o aumento do risco para carcinoma de mama, limitando assim o uso e reforçando a importância da abordagem individualizada e integral da mulher neste período. Quanto à prevenção, há diminuição do risco de câncer de mama com a prática regular de atividade física de intensidade moderada (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

2.3.5 – Manifestações Urogenitais

Em meio às alterações urogenitais relacionam-se as distopias, incontinência urinária e fenômenos atróficos genitourinários.

Quanto às manifestações urinárias, existem três sintomas básicos no climatério: síndrome uretral, incontinência urinária e dificuldade de esvaziamento vesical. O déficit de estrogênio contribui para o aparecimento de irritabilidade vesical, disúria e resíduo urinário, causando cistites freqüentes. A intensificação da atrofia leva desde a sensação de urgência urinária, como a incontinência urinária de esforço. Compreende a síndrome uretral as manifestações clínicas de natureza vaga como polaciúria, poliúria, disúria, sensação de micção iminente e dor no abdome inferior, que apresenta melhora após a micção. Já a dificuldade de esvaziamento vesical é decorrente da obstrução funcional da uretra e diminuição de calibre por atrofia, impedindo o fluxo normal (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

A incontinência urinária representa um relevante problema, de grande impacto social, psicológico e econômico, uma vez que se estima um alto custo com seu diagnóstico e tratamento. É causa freqüente de internação na pós-menopausa em casas de repouso. Também é freqüente a infecção do trato urinário e a bacteriúria assintomática na pós-menopausa, decorrente das alterações na flora vaginal e por provável deficiência imunológica local. A efetividade da administração de estrogênios, em especial por via vaginal, na prevenção dos episódios de recidiva em mulheres na pós-menopausa foi descrita pela Sociedade Internacional de Uroginecologia em 2001 (BRASIL, 2008; HALBE, 2000; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

A incontinência urinária ou perda involuntária de urina manifesta-se com maior freqüência no processo de envelhecimento feminino, constituindo um sério problema de saúde que vai além do aspecto físico, comprometendo o estado psicoemocional e social da mulher que se envergonha não expondo seu problema freqüentemente ao médico e afasta-se do convívio social (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

Fatores que contribuem para incontinência urinária é o enfraquecimento do assoalho pélvico, adelgaçamento do tecido periuretral, danos secundários a partos, cirurgias, radiação, tabagismo, obesidade, distúrbios

neuroológicos entre outros. A prevalência dos sintomas urinários descritos varia de 26 a 57% em mulheres entre 35 e 64 anos de idade (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

Como manifestações genitais compreendem dispareunia e prurido vulvar resultantes da atrofia vulvovaginal, corrimento que podem aparecer em resultado à queda de resistência orgânica, eventualmente favorecida pela deficiência estrogênica e alterações menstruais. Podem acontecer os prolapso genitais que são distopias relacionadas a fatores como constituição óssea e muscular da pelve, qualidade da assistência obstétrica, paridade, fatores raciais, metabolismo do colágeno e envelhecimento dos tecidos (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

A insuficiência estrogênica tem papel relevante para o surgimento ou agravamento das distopias devido à diminuição da elasticidade e hipertrofia músculo ligamentar, não obstante, este seja também fator responsável pelo adelgaçamento das estruturas que é um processo geral do envelhecimento. Entre as distopias estão as cistoceles, uretroceles, retoceles, prolapso uterinos, da cúpula vaginal e enteroceles (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

O tratamento pode ser clínico (fisioterápico) ou cirúrgico, sendo esta indicação um processo cuidadoso em vista as recidivas freqüentes, do processo gradativo de atrofia muscular e da complexidade das estruturas musculares, ligamentares e nervosas envolvidas (BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

2.3.6 – Manifestações Ósteo-músculo-articulares

Nas queixas clínicas no período do climatério é comum aparecer manifestações dolorosas variáveis como ostealgia (dores ósseas), artralgia (dores articulares) e mialgia (dores musculares). Nesse período também aumenta o risco de fraturas relacionadas ao processo de envelhecimento. A dor lombar costuma ser a mais comum e a fratura de colo de fêmur, a fratura mais grave, resultando em grande morbidade e aumento da taxa de mortalidade decorrente das complicações relacionadas. A qualidade de vida pode interferir consideravelmente para este quadro, sendo o sedentarismo um dos complicadores destas manifestações (BAGNOLI et al., 2007; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; HALBE, 2000).

2.3.7 – Manifestações Tegumentares

O hipoestrogenismo somado ao processo de envelhecimento no climatério provoca atrofia epidérmica e redução do colágeno cutâneo, bem como diminuição do tecido adiposo e flacidez muscular, levando ao aparecimento de rugas.

A pele fica ressequida, perde textura e elasticidade conferindo aspecto senil em graus variáveis às mulheres. Surgem ainda, manchas na pele, alterações atróficas locais que levam ao ressecamento vulvovaginal, as unhas ficam quebradiças e apresentam diminuição nas taxas de crescimento, assim como redução progressiva dos folículos pilosos (BAGNOLI et al., 2007; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Ao mapear as alterações manifestadas pelo hipoestrogenismo no climatério é preciso especial atenção aos agravos relacionados ao processo de envelhecimento, que vão além das questões hormonais. O aparecimento de doenças ou seu agravamento freqüentemente estão associados a hábitos inadequados como os relacionados ao fumo, ao consumo de álcool e drogas, a nutrição inadequada e a não prática de atividade física regular (BRASIL, 2008; LIMA-COSTA et al., 2000; DE LORENZI et al., 2009).

Recomenda-se também vigilância quanto ao uso e acesso ao serviço de saúde, visto que estudos mostram a necessidade de quebra de paradigmas quanto à atenção à saúde da mulher no climatério e o despreparo dos serviços quanto à mudança do perfil epidemiológico voltado ao envelhecimento populacional crescente (BRASIL, 2008; COSTA et al., 2000; DE LORENZI et al., 2009).

2.3.8 – Doenças Cardiovasculares

A Doença Cardiovascular (DCV), manifestada clinicamente por variantes denominadas por doença coronariana, acidentes vasculares cerebrais e doença arterial periférica, está entre as mais freqüentes causas de morte da população feminina após a menopausa (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

Classificam-se como fatores predisponentes à DCV a idade avançada, obesidade, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, histórico familiar, ingestão excessiva de álcool, depressão, ansiedade e a

diminuição dos estrógenos naturais, sendo que a menopausa precoce ou cirúrgica aumenta ainda mais o risco de doença coronariana (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Muitas das doenças cardiovasculares resultam da aterosclerose nas artérias. A alteração hormonal durante o climatério tem significância na incidência de doenças cardiovasculares, pois o estrogênio apresenta efeitos protetores às células cardíacas e células das artérias coronárias, atuando, por exemplo, como vasodilatador, podendo resultar na diminuição da pressão sanguínea e prevenindo a aterosclerose entre outros efeitos como a manutenção dos níveis elevados do HDL- colesterol que mostra associação inversa com a incidência da doença cardiovascular (fator protetor). Tais constatações baseiam-se na menor incidência de doenças da artéria coronária em mulheres pré-menopáusicas comparadas as mulheres pós-menopáusicas e aos homens (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Alterações metabólicas ocorrem gradativamente em ambos os sexos acarretando em hipercolesterolemia, estando às mulheres na pós-menopausa com tendência ao aumento dos níveis de VLDL – colesterol, LDL – colesterol e diminuição do HDL, perdendo seu fator de proteção e aumentando o risco às doenças coronarianas (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Alterações nos triglicerídeos também são fatores de risco importante, porém, o risco aumentado é observado apenas quando da associação ao HDL baixo. Os níveis abaixo de 50 mg/dl de HDL e elevados de triglicérides indicam risco de morte por doença cardiovascular, bem como mulheres com colesterol total acima de 265 mg/dl tem índices de doença coronariana três vezes maiores que as normocolesterolêmicas. Obesidade, fumo e sedentarismo são fatores predisponentes a hipertrigliceridemia (BRASIL, 2008; HALBE, 2000; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Após a menopausa, com a diminuição dos níveis séricos do estrogênio, a incidência de infarto no sexo feminino aumenta e por volta dos 70 anos, o risco se aproxima ao dos homens. Porém, os homens da mesma faixa etária, apresentam riscos mais elevados sem que nunca tenha apresentado estrogênio como fator de proteção (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

Estudos prévios comparados aos mais recentes quanto à utilização de estrogênios isolados ou associados aos progestógenos como medida para reverter

os riscos para doenças cardiovasculares as mulheres climatéricas, apresentam ambigüidades de opiniões. Enquanto anteriormente se sugeria efeitos benéficos da reposição hormonal na diminuição das taxas de mortalidade por doença cardiovascular em até 50%, recentemente, evidências demonstraram que a terapia hormonal esta associada ao aumento no risco da incidência de eventos isquêmicos cardiovasculares, bem como de tromboembolismo venoso, não considerando indicado qualquer dosagem de terapia hormonal com estrógenos e progestógenos como medida de prevenção cardiovascular (BRASIL, 2008; HALBE, 2000; SÃO PAULO, 2004).

2.3.9 – Hipertensão Arterial (HA)

O envelhecimento populacional e as mudanças de estilo de vida gerado pelo acelerado processo de industrialização-urbanização e inserção de novos processos de trabalho, refletem no quadro sanitário do país aumentando a prevalência de doenças e agravos não transmissíveis, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2008).

A hipertensão arterial de caráter hereditário, associada com hábitos e estilo de vida como alimentação inadequada, compõe um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Doença comum com o avançar da idade e mais sujeita a raça negra, acomete mais de dois terços das mulheres acima de 60 anos, ocupando o sétimo lugar entre as dez mais freqüentes causas de morte da população feminina (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Os valores pressóricos devem ser mantidos abaixo de 140/90 mmHg, para tanto, a aferição deve fazer parte da avaliação de rotina e o monitoramento baseado na história prévia, nos sintomas e fatores de risco (BRASIL, 2008).

A mulher climatérica tende a acumular gordura mais acentuadamente na região abdominal, levando a um aumento do tecido adiposo visceral que confere riscos para distúrbios metabólicos, em especial a hipertensão arterial, riscos estes, aumentados com o sedentarismo. Medidas de controle de peso corpóreo, atividade física, alimentação com restrição de sal e moderado consumo de álcool devem ser

adotadas, porém, muitas vezes o tratamento farmacológico individualizado também é recomendado (BRASIL, 2008).

2.3.10 –Obesidade

Dados epidemiológicos destacam a prevalência de sobrepeso e obesidade nos últimos anos em ambos os sexos até os 40 anos de idade. Entre 40 a 65 anos a prevalência em mulheres é duas vezes maior que nos homens. Esses dados assinalam o ganho de peso durante o climatério com uma propensão a ganho de gordura na região abdominal (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

O excesso de peso além de patológico é um fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, osteoartrite, neoplasias de mamas, endométrio e de vesícula biliar, entre outras patologias. Na prática clínica o cálculo do Índice de massa Corpórea ($IMC = \text{peso em Kg dividido pelo quadrado da altura em metro}$) é o mais utilizado para avaliação da adiposidade corporal, apesar de não distinguir gordura central de gordura periférica. O IMC normal está entre 20 e 25, sobrepeso de 25 a 29,9 e a partir de 30 é considerado obesidade (BRASIL, 2008; LINS; SICHIERI, 2001; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Estudos mostram que o Índice de Massa Corpórea (IMC) atinge pico máximo entre 50 e 59 anos quando a diminuição hormonal e a mudança no metabolismo no climatério acarretam (lentidão metabólica) o depósito de gordura perivisceral e a menor necessidade calórica pelo organismo. Embora a mudança no metabolismo que ocorre no climatério tenha influencia da redução de estrógeno, a relação do ganho ponderal entre as mulheres climatéricas com o hipoestrogenismo progressivo é incerto, podendo estar também relacionado ao estilo de vida de cada mulher e a idade (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005b).

Guimarães e Baptista (2008) não encontraram em seus estudos qualquer associação entre IMC e sintomatologia climatérica, porém referem outros estudos controversos quanto à associação entre maior ou menor IMC com a maior prevalência e intensidade principalmente do sintoma clássico como ondas de calor.

2.3.11 Diabetes Mellitus

Doença metabólica caracterizada por altos níveis de glicose no sangue por deficiência de insulina (Tipo 1) ou devido à resistência a insulina e diminuição da regulação da secreção da mesma (Tipo 2). O mau controle metabólico leva a complicações ao longo dos anos.

O desenvolvimento Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 ou da fase adulta é crescente com o avançar da idade, principalmente devido ao aumento de peso da população, o que conseqüentemente, aumenta também o risco para outras doenças como hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais e doenças cardíacas. Este tipo de diabetes apesar de interferir nos níveis dos hormônios sexuais, parece não afetar a idade da menopausa. O exercício físico associado à dieta saudável diminui em 50% o risco de indivíduos com intolerância a glicose, evoluírem para diabetes. Quanto ao DM tipo 1 (insulino dependente), evidencia-se que mulheres jovens portadoras tem menarca tardia, ciclos irregulares e menopausa precoce (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Há relato de que mulheres que desenvolvem patologias endócrinas como o DM apresenta diminuição da libido, além de compor um perfil de risco ao câncer de colo de útero, de endométrio e de vulva, bem como outros agravos que leva esta doença a uma das principais causas de morbimortalidade da população adulta brasileira (BRASIL, 2008).

2.3.12 –Hipotiroidismo

O hipotiroidismo é uma doença endócrina de instalação gradativa e sintomatologia inespecífica e geralmente discreta, o que pode acarretar um diagnóstico tardio. Apresenta-se na forma subclínica em 65% das mulheres a partir dos 65 anos de idade, não obstante, deve-se suspeitar sempre que houver queixas relacionadas à indisposição, transtornos menstruais, metabolismo lento com tendência a aumento de peso e obstipação, pele ressecada e queda de cabelos e edema palpebral. É recomendada avaliação laboratorial na presença de sintomas sugestivos ou a cada dois anos (BRASIL, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

2.3.13 – Transtornos Psicossociais

Quanto aos transtornos psicossociais, como já descritos anteriormente, não existe consenso sobre síndrome psicoafetiva associada ao hipoestrogenismo, devendo ser considerados culturas que valorizam ou não as mulheres no climatério, grupos etários e étnicos, níveis social, econômico e educacional. O histórico de manifestações depressivas pode ser fator de risco para a intensidade de sintomas climatéricos como os fogachos e instabilidade de humor na perimenopausa (BRASIL, 2008).

2.3.14 – Alterações na Saúde Bucal

A saúde bucal apresenta alterações fisiológicas com o avançar da idade, dispensando cuidados no processo de envelhecimento, sendo recomendável avaliação dos dentes, gengivas e língua e orientação a mulher de hábitos saudáveis de vida, higiene bucal e consulta regular ao dentista (BRASIL, 2008).

As alterações causadas por mudanças nos níveis hormonais afetam as glândulas salivares e a absorção de cálcio da dieta provocando desde desconforto bucal (secura na boca) à perda óssea alveolar (doença periodontal). A etiologia principal da doença periodontal é a infecção bacteriana, mas nas mulheres no climatério, pode ser resultante da osteoporose e acentuada por fatores de risco como a idade, deficiências nutricionais, fumo, estresse, uso de medicamentos, diabetes entre outros (BRASIL, 2008).

É fundamental a prática interdisciplinar na odontologia preventiva com orientações da importância da higiene bucal e das próteses diariamente, bem como, de encaminhamento quando necessário à reabilitação bucal (BRASIL, 2008).

2.3.15 – Efeitos do Tabagismo e Álcool

Tanto o tabagismo quanto o consumo de álcool são apontados como fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis.

O consumo de derivados de tabaco causa em torno de 50 doenças diferentes, sendo vício grande entre mulheres podendo causar diversos danos a

saúde e crescente aumento do índice de mortalidade por doenças causadas pelo tabaco. Observa-se riscos específicos ao gênero como possível associação do tabagismo ao câncer de colo de útero, maior risco de câncer de mama à exposição passiva a fumaça do tabaco, o desenvolvimento de doenças cardiovasculares à associação de fumo e uso de contraceptivo oral, irregularidades menstruais, instalação de menopausa precoce, bem como manifestações mais severas dos sintomas climatéricos. A alcoolemia por dose ingerida, a metabolização do álcool nas diferentes fases hormonais, a dependência e complicações médicas associadas também são mais peculiares às mulheres (BRASIL, 2008).

A atenção primária deve ser promovida a partir dos fatores de risco identificados, prevenção de agravos e adoção de medidas promotoras de qualidade de vida, capazes de proporcionar saúde e bem estar em qualquer idade. Hábitos benéficos devem ser estimulados, como eliminação do tabagismo, controle do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos regularmente, reeducação alimentar com redução de sal, café e gorduras saturadas, atividades de lazer, lúdicas, sociais e culturais, prevenção da obesidade, hipertensão arterial, depressão e outros, além de consultas periódicas aos serviços de saúde para controle da pressão arterial e lipidograma (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

2.4 ABORDAGEM CLÍNICA E DIAGNÓSTICA

Segundo o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa do MS (BRASIL, 2008) é de fundamental importância o controle da mulher climatérica através de avaliação clínica e exames.

O período do climatério é coincidente ao período etário de alterações metabólicas, endócrinas e elevada incidência de neoplasias. Exames de rotina e complementares são necessários, cuja indicação e periodicidade de realização deverão seguir a rotina básica de exames e repetida com regularidade semestral, anual, bianual e trianual, de acordo com os protocolos clínicos adotados pelo MS (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004).

O exame físico geral deve direcionar atenção especial a aspectos peculiares a este grupo etário, como exame ginecológico, verificação de peso e altura para cálculo do IMC, verificação de pressão arterial (PA) e avaliação da saúde

bucal. Tanto o IMC quanto a PA podem rastrear alterações que demandam maior cuidado com a alimentação, acompanhamentos e encaminhamentos necessários. O exame ginecológico inclui avaliação das mamas, vulva e exame especular para a detecção de câncer e tratamento oportuno (BRASIL, 2008).

Ressalta-se a importância da detecção precoce das neoplasias genitais através da colpocitologia oncótica, além da ultra-sonografia pélvica e transvaginal que possibilitam avaliação do útero, ovários e endométrio. O exame citopatológico deve ser realizado periodicamente em mulheres que iniciaram atividade sexual, especialmente na faixa etária dos 25 aos 59 anos. As ações de prevenção devem continuar após a menopausa uma vez que se observa aumento da incidência de carcinoma *in situ* nesta fase da vida da mulher (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004; LONDRINA, 2006).

Uma mamografia basal deve ser realizada aos 35 anos de idade e repetida de acordo com considerações de risco ou formas de tratamento de reposição hormonal adotadas para a detecção precoce e controle do câncer de mama (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004; LONDRINA, 2006).

Exames para dosagens hormonais de FSH (hormônio folículo estimulante), LH (hormônio luteinizante) e Estradiol orientam na conduta terapêutica podendo indicar necessidade de reposição hormonal, sendo a dosagem de FSH suficiente para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana. A dosagem de TSH (hormônio estimulante da tireóide) é importante uma vez que é relativamente comum o aparecimento de hipotireoidismo nesta fase (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004).

As dosagens de colesterol total e frações e triglicerídeos devem ser monitorados para diagnóstico de dislipidemias e apreciação do perfil de risco cardiovascular (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004).

Exames de hemograma avaliam agravos associados a anemia, irregularidades menstruais, processos infecciosos e alterações imunológicas e a dosagem de glicemia em jejum para avaliação do estado geral, uma vez que também é mais freqüente neste período etário o aparecimento do diabetes mellitus (BRASIL, 2008).

A densitometria mineral óssea é referência para o diagnóstico da osteoporose, porém devem ser avaliados os critérios de risco à doença para

indicação do exame. Medidas preventivas devem ser adotadas para queda da incidência da osteoporose (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004).

O exame radiográfico é mais indicado para avaliação das fraturas, uma vez que pode apontar diminuição da densidade óssea, mas quando a perda óssea for superior a 30%, sua sensibilidade diagnóstica para osteoporose é baixa (BRASIL, 2008).

O Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK) é um dos instrumentos utilizados na avaliação da intensidade de sintomas climatéricos. Faz menção a onze sintomas principais do climatério/menopausa: sintomas vasomotores, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e formigamento, aos quais são atribuídos escores diferentes de acordo com a intensidade referida, sendo a somatória dos escores classificada como leve, moderado ou severo. Cabe lembrar que este índice por si só, não analisa todas as manifestações do climatério, sendo que os fatores biopsicossociais e urogenitais devem ser considerados para a caracterização deste período (ALMEIDA, 2003; DE LORENZI, 2005a; HALBE, 2000; SANTOS, 2006; SÃO PAULO, 2004).

2.5 TRATAMENTO E PROMOÇÃO A SAÚDE DA MULHER NO CLIMATÉRIO

A busca por novos paradigmas na assistência ao climatério é considerada um desafio para não reduzir as intervenções em ações meramente curativas. É preciso que se instituem opções terapêuticas específicas sem deixar de observar a atenção integral, ampliando o conhecimento científico às necessidades da mulher nessa importante fase da vida, implementando atividades voltadas para a educação em saúde, estimulando um estilo de vida saudável, além de políticas voltadas a assistência da mulher no processo de envelhecimento (BAGNOLI et al., 2007; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2009; FONSECA et al., 2004; GIACOMINI; MELLA, 2006; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009; VALADARES et al., 2008).

O tratamento hormonal é uma opção que deve ser criteriosamente avaliada uma vez que estudos destacam controvérsia sobre o mesmo mostrando resultados com maior risco que benefícios. Ainda é uma prática usual da medicina

como escolha eficaz para o tratamento das manifestações clínicas vasomotoras, no combate ao ressecamento vaginal e da pele, na preservação da massa óssea e como estimulador da libido (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009; FONSECA et al., 2004; GRINGS et al., 2009; MARTINS et al., 2009; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Nas últimas décadas muitas informações vêm sendo veiculadas a respeito dos riscos e benefícios da terapia hormonal (TH), não sendo possível uma padronização no tratamento a ser utilizado. A indicação deve ser individualizada levando em consideração as contra indicações e efeitos colaterais (BRASIL, 2008; GRINGS et al., 2009; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

A indicação consensuada pelas sociedades científicas internacionais limita-se ao alívio dos sintomas climatéricos como alterações menstruais, fogachos e os conseqüentes à atrofia urogenital, ainda assim, quando o benefício suplantar o risco (BRASIL, 2008; GRINGS et al., 2009; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

As opções terapêuticas medicamentosas hormonais mais utilizadas são estrogênio ou progesterona isolado ou ainda associados. Como opção medicamentosa não hormonal apresenta-se os agentes antidopaminérgicos, antidepressivos, ansiolíticos, hipno-sedativos e vasoativos, bisfosfonados e suplemento de cálcio e vitamina D (BRASIL, 2008).

A tendência hoje é a indicação individualizada, com a menor dose possível de hormônio e por tempo limitado (BRASIL, 2008; FONSECA et al., 2004; GIACOMINI; MELLA, 2006; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Nos anos 60 e 70, a utilização de terapia hormonal (TH) em mulheres na pós-menopausa foi bastante utilizada para reduzir principalmente sintomas vasomotores e osteoporose, atualmente, não é a primeira escolha de tratamento para osteoporose. Na década de 1980 a TH foi severamente condenada por sugerir aumento de risco de câncer de mama e endométrio em mulheres expostas, porém criticou-se a magnitude desse risco visto estar relacionado ao uso de estrógenos sem oposição de progestógenos (BRASIL, 2008; GIACOMINI; MELLA, 2006; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Em 2002 um estudo da *Women's Health Initiative* (WHI) publicou novos resultados mostrando a associação da TH com risco relativo para câncer de mama, confirmando estudos anteriores e necessidade de mudanças nos critérios de indicação para tal reposição, reforçando a importância da prescrição individualizada

a cada mulher. Destaca-se a necessidade de avaliação de mamografia prévia para iniciar o tratamento e a importância do seguimento em curtos períodos através de exame ginecológico completo, mamografia e ultrassonografia das mamas (DE LORENZI et al., 2009; FONSECA et al., 2004; GIACOMINI; MELLA, 2006; GRINGS et al., 2009).

Posteriormente, outros estudos evidenciaram que a TH aumenta o risco de tromboembolismo venoso e embolia pulmonar e não previne a doença cardíaca, contra indicando o emprego de hormônios na prevenção primária ou secundária de doença cardiovascular (BRASIL, 2008; GRINGS et al., 2009; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Constitui contra indicação absoluta à TH, o câncer de mama e endométrio, doença hepática grave, sangramento genital não esclarecido, história de tromboembolismo agudo e recorrente. Quanto às contra indicações relativas, assinalam-se a hipertensão arterial e o diabetes mellitus não controlados, a endometriose e miomatose uterina (BRASIL, 2008; GRINGS et al., 2009).

Diante das diversas publicações controversas da TH nas últimas décadas, tem aumentado o interesse pela utilização da medicina natural e práticas complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) contemplando para o controle da sintomatologia climatérica recursos como acupuntura, homeopatia, fitoterapia, entre outros (BRASIL, 2008; GRINGS et al., 2009).

A terapêutica com fitoterápicos tem sido a mais utilizada no climatério com resultados favoráveis, embora a literatura ainda necessite de estudos mais aprimorados acerca da eficácia no tratamento e prevenção de sintomatologia específica, benefícios na massa óssea e risco cardiovascular. Compreende hormônios de origem vegetal (fitoestrogênios) encontrados em grandes concentrações na soja, trevo vermelho e cimicífugo sob a forma de isoflavonas com características peculiares a cada planta. A terapêutica deve ser analisada criteriosamente e a escolha, tomada em conjunto com a mulher após ser informada consistentemente das opções, seus efeitos e eficácia (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009; FONSECA et al., 2004; GRINGS et al., 2009).

Estudo realizado em um centro municipal de terceira idade no estado de São Paulo demonstrou que a proteína isolada de soja promove alívio dos sintomas climatéricos e tem baixa ocorrência de efeitos colaterais (SANCHES et al., 2010).

O consenso atual é que a promoção a saúde da mulher ocorra por meio da instituição de medidas para incorporar hábitos saudáveis que proporcione melhor qualidade de vida, evitando doenças e agravos no climatério e na velhice, evitando-se a medicalização do envelhecimento feminino (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

O desafio de envelhecer bem, não se restringe ao climatério, mas a todo percurso da vida com hábitos que levem a mobilização e equilíbrio do organismo, como alimentação saudável, exercício físico adequado, exercício mental, não uso de fumo e álcool, vida sexual prazerosa, a não violência, a saúde bucal, cuidados com o sono, entre outros. Destaca-se a educação em saúde para promoção de maior auto cuidado e para transformação de posicionamentos negativos acerca do envelhecimento feminino (BAGNOLI et al., 2007; BENFICA; SOARES, 2009; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2009).

Uma vez que a nutrição adequada é primordial para assegurar a saúde e a manutenção do peso adequado, torna-se importante a identificação da realidade nutricional da mulher no climatério onde ocorre um aumento de doenças crônicas. A ingestão inadequada de alimentos seja em excesso ou por deficiência relacionam-se direta ou indiretamente a agravos a saúde como a osteoporose, o surgimento da obesidade, desenvolvimento de hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras. Os excessos nutricionais relacionam-se com o alto consumo de alimentos principalmente provenientes de gorduras saturadas, e a deficiência, a baixa ingestão de nutrientes como o cálcio (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009; GALLON, 2009).

Ainda como hábito saudável é fundamental a prática de exercício físico para que haja equilíbrio entre ingestão de calorias e gasto energético. O sedentarismo favorece perda de massa muscular, redução de taxa metabólica e capacidade aeróbica, maior resistência insulínica, além da principal causa para o ganho de peso. Sendo assim, a prática regular de atividade física promove o ganho de massa óssea, fortalecimento muscular, preservação da mobilidade articular, diminuição da pressão arterial em mulheres hipertensas, melhora na intolerância a glicose e na ação da insulina, bem como menor manifestação nas ondas de calor e sintomas somáticos no climatério (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

São recomendados exercícios agradáveis e acessíveis a mulher, priorizando caminhadas, natação, hidroginástica e a musculação, orientados por

profissionais da área. Exercícios respiratórios, ou práticas de meditação, auxiliam a promoção do equilíbrio mental e emocional (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda a prática regular de 30 minutos de atividade física de moderada intensidade na maior parte dos dias da semana (BRASIL, 2008).

Quanto ao tabagismo, ressalta-se o efeito extremamente nocivo a mulher no climatério provocando doenças bronco-pulmonares, cânceres de pulmão, boca, laringe e faringe, piora do prognóstico cardiovascular, aumento de excreção de cálcio, além de apresentarem sintomatologia mais acentuada, como no caso das ondas de calor. Mulheres que fazem uso de hormônios e fumam tem um maior risco de apresentar infarto do miocárdio, tromboembolismo e acidente vascular cerebral. Orientações sistemáticas em relação aos riscos e tratamento devem ser oferecidos pelos serviços de saúde (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

O consumo de álcool também apresenta peculiaridades à mulher tanto em efeitos de maior alcoolemia quanto a variações na metabolização do mesmo nas diferentes fases hormonais, portanto a importância de aconselhamento sobre o consumo de álcool e seus efeitos é primordial (BRASIL, 2008).

Enfim, várias são as intervenções para promoção a saúde e prevenção de doenças no climatério, não obstante, espaços de escuta qualificada que permitam identificar a real necessidade dessas mulheres e atividades em grupo com equipe multiprofissional, podem contribuir na melhoria da auto-estima e na qualidade de vida global das mesmas (BENFICA; SOARES, 2009; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

2.6 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A MULHER NO PERÍODO DO CLIMATÉRIO

A atenção a saúde deste grupo de mulheres vem seguindo um processo de evolução, até então precedido por concepções adotadas pelo Ministério da Saúde restrita a saúde materna ou a ausência de agravos associados à reprodução biológica (BRASIL, 2008).

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), publicado em 1984, com ênfase à saúde reprodutiva, porém dirigido à atenção integral da população feminina nas suas

necessidades prioritárias, uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. As mudanças que ocorrem com as mulheres na meia-idade entram na agenda das discussões no cenário brasileiro, na década de 90, sendo lançada também pelo MS, em 1994 a Norma de Assistência ao Climatério (BRASIL, 2008).

Apesar de em 1994 o MS ter lançado a Norma de Assistência ao Climatério e em 1999, a Área Técnica de Saúde da Mulher, incorporar no seu planejamento a atenção à saúde da mulher acima de 50 anos, nenhuma ação específica foi implementada naquela oportunidade, ficando uma lacuna neste aspecto. Apenas em 2003 a área técnica assumiu a decisão política de iniciar ações de saúde voltadas as mulheres no climatério, incluindo um capítulo específico sobre o tema no documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar a atenção com ações e indicadores definidos (BRASIL, 2008).

Em 2008, o Ministério da Saúde elaborou o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa, porém para que a atenção a saúde da mulher no climatério se concretize é fundamental a decisão política do gestor. É necessário que este grupo populacional seja incluído no planejamento, com estabelecimento de objetivos e metas, uma organização com responsabilidades definidas e um sistema de informação que quantifique o desempenho, com critérios de avaliação e monitoramento, além da disposição de recursos financeiros para implementação das ações, apoio técnico, bem como envolvimento com a sociedade civil (BRASIL, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 – OBJETIVO GERAL

Identificar as condições de saúde de mulheres climatéricas na faixa etária de 40 a 65 anos usuárias de uma Unidade de Saúde da Família em Londrina-PR.

3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sócio econômico e demográfico da população estudada;
- Caracterizar as condições de saúde e estilo de vida da população estudada;
- Verificar a prevalência e intensidade dos sintomas climatéricos percebidos pela população estudada;
- Identificar o acesso da população estudada à Unidade de Saúde da Família para atendimento de sintomas e queixas típicas do climatério.

4 METODOLOGIA

4.1 – DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, individuado e observacional.

4.2 – LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Ibrahim Shoubia, no Parque Guanabara, município de Londrina, situado na região sul da cidade, implantado em 1.995.

A população total estimada da área de abrangência da USF Guanabara (como é conhecida) é de 16.332 habitantes, porém devido à diversidade sócioeconômica e crescimento populacional de classes mais altas não têm totalidade de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). A área possui características sanitárias boas, rede de água tratada e esgoto, coleta seletiva de resíduos domésticos, iluminação pública e quase a totalidade das ruas são pavimentadas, apresentando uma pequena área de chácaras e sítios.

De acordo com o consolidado 2009 do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), 1.250 famílias estão cadastradas, totalizando 3.977 pessoas de ambos os sexos, sendo 2.124 (53,40%) com idade superior a 40 anos. Nesta população, 12,14% possui plano privado de saúde e 95,16% das pessoas com 15 anos ou mais são alfabetizadas. Na população de 15 anos ou mais, as doenças referidas de maior prevalência são hipertensão arterial (21,61%) e diabetes mellitus (6,54%) (LONDRINA, 2009).

As ações das equipes do PSF de Londrina também são implementadas por profissionais que compõem os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), constituídos por psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas e preparador físico.

O local de estudo foi definido devido à intencionalidade de desenvolver medidas de intervenção para a população estudada a partir desta

análise, uma vez que o município ainda não possui um protocolo de atenção a mulher no climatério.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo constituiu-se por mulheres climatéricas residentes na área de abrangência e usuárias da USF Guanabara com idade entre 40 e 65 anos, no período de dezembro de 2009 a abril de 2010.

O critério para delimitação da faixa etária baseou-se no conceito do MS de que o climatério corresponde à fase da vida da mulher onde ocorre a transição do período reprodutivo até a senectude, variando de 40 a 65 anos de idade (BRASIL, 2008).

Das 441 mulheres entre 40 e 65 anos, 119 mulheres não foram encontradas no domicílio após três tentativas de contato em horários e dias da semana diferentes ou por incompatibilidade do endereço referido no cadastro da Ficha A; sete recusas em participar da pesquisa sem nenhuma justificativa; 92 por mudança de endereço e localização desconhecida. Assim a população do estudo constituiu-se de 223 mulheres.

O presente trabalho fez o censo na população final, o que garante resultado com 100% de confiança na descrição do comportamento do grupo.

4.4 – FONTES DE DADOS

As fontes de dados utilizadas foram de origem primária e secundária.

As primárias constaram de entrevistas com as mulheres da população de estudo seguindo um formulário pré elaborado (Apêndice A).

As fontes secundárias de dados constituíram-se de:

- *Dados do SIAB*
- *Ficha A*
- *Registro existente na unidade do estudo como:*
 - Livro de registro de coleta de citologia oncótica;
 - Cartão de aprazamento de diabéticos e hipertensos;

- Informação dos agentes comunitários de saúde (ACS).

Foi necessária a utilização de todas essas fontes de dados porque a primeira estratégia adotada para identificar a população do estudo foi o levantamento dos dados registrados no SIAB em 2009, que apresentou cadastro de 593 mulheres na faixa etária entre 40 e 59 anos e 605 acima de 60 anos, não explicitando o número de mulheres até 65 anos.

Considerando que o SIAB é um sistema de informação numérico que não possui dados de identificação e localização da população, a segunda estratégia utilizada foi coletar informações da Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A).

Esta ficha registra dados da população coberta pelo PSF na área de abrangência possuindo informações como nome, endereço e telefone.

Houve dificuldade de localização de todas as fichas que geraram o número constante no consolidado do SIAB em 2009, visto que o território estava sendo re-dividido e as Fichas A em processo de atualização para re-alimentar o sistema de informatização.

As fontes secundárias geraram diversas listagens que posteriormente foram organizadas por nome e endereço, sendo eliminadas as coincidentes, endereços não pertencentes à área de abrangência da unidade em estudo e falta de endereço ou telefone na fonte de dados.

4.5 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados constituiu-se de um formulário (*Apêndice A*) estruturado e pré-codificado, composto por questões sobre:

- *Dados de identificação*
- *Aspecto socioeconômico e demográfico*
 - Estado civil
 - Raça/cor auto referida
 - Escolaridade
 - Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)

- *Condições de saúde*
 - Uso e acesso ao serviço de saúde
 - Dados clínicos
 - Dados ginecológicos e obstétricos
 - Dados da vida conjugal e sexual
- *Estilo de vida*
 - Hábitos alimentares
 - Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo
 - Atividade física
 - Atividade de lazer
 - Interação social
- *Percepção dos sintomas climatéricos*

Incluiu-se no instrumento de coleta de dados o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman, utilizado em outros estudos para avaliar os sintomas climatéricos, conforme destacado no Anexo A (DE LORENZI et al., 2005a; SANTOS et al., 2007; SANTOS, 2006).

O instrumento de coleta de dados foi submetido à pré-teste em entrevistas com cinco funcionárias da Unidade de Saúde da Família onde o estudo foi realizado, na faixa etária selecionada e de diferentes categorias profissionais, não incluídas na população da pesquisa.

4.6 – PACITAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por duas alunas do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), previamente capacitadas pela pesquisadora. Para a escolha das alunas, além das questões éticas, levou-se em consideração a necessidade de identificação do sujeito de pesquisa à questão de gênero, bem como a confiabilidade do mesmo na apresentação pessoal da entrevistadora que demandasse maturidade, uma vez que a abordagem teria questões de ordem íntimas e puramente femininas. Antes da

capacitação, as alunas receberam o projeto de pesquisa para leitura, aproximação do tema e identificação de possíveis dúvidas a serem esclarecidas.

Optou-se por realizar as entrevistas pelas alunas de enfermagem para manter a imparcialidade na abordagem dessas mulheres, uma vez que, a pesquisadora possui vínculo profissional com esta população por ser enfermeira da unidade de estudo. Porém, toda a coleta foi monitorada pela pesquisadora.

4.7 – LEITA DE DADOS

Antes do início da coleta de dados foram apresentados à coordenadora da unidade e equipe, os objetivos da pesquisa, as alunas que realizariam as entrevistas e a necessidade de colaboração da equipe na busca dos sujeitos de pesquisa e no agendamento das entrevistas.

Realizou-se uma reunião com os ACS para que auxiliassem no agendamento das entrevistas convidando a mulher selecionada via telefone ou visita domiciliar. A primeira opção de abordagem foram entrevistas agendadas em local pré-definido, próximo a unidade de referência.

Para tanto, procedeu-se abertura de agenda de entrevistas, dividindo dias e horários disponíveis para que o ACS convidasse a mulher elegível ao estudo a participar da pesquisa oferecendo a ela várias opções de dias e horários.

Os ACS foram orientados também sobre carta convite a ser entregue na visita domiciliar para proceder ao agendamento ou, a lerem a mesma via telefone, para esclarecer os objetivos da pesquisa, a livre participação, local e data do agendamento para a entrevista (Apêndice B).

Realizado levantamento dos faltosos para imediata abordagem e novo agendamento, porém, apesar da concordância em participar da pesquisa e escolha do melhor horário e data, a ausência tornou-se freqüente, deixando os entrevistadores ociosos e a coleta de dados prejudicada. Optou-se então, por nova estratégia de coleta: a busca ativa com realização das entrevistas nos domicílios.

Utilizou-se a listagem nominal com endereço constante nas fontes de levantamento da população do estudo e incluiu-se uma auxiliar de pesquisa, funcionária da unidade (administrativa e ex-ACS) em seu contra turno de trabalho,

que ficou responsável pelo encaminhamento e acompanhamento das entrevistadoras aos domicílios, facilitando o acesso, por melhor conhecimento da área de abrangência e da população.

4.8 – VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.8.1 – Características Socioeconômicas e Demográficas

➤ *Idade*

- 40 a 50 anos
- 51 a 60 anos
- 61a 65 anos

➤ *Estado civil*

- Solteira
- Casada
- Separada
- Viúva
- União conjugal estável

Para a análise, essas variáveis foram agrupadas e categorizadas em:

- Com companheiro (casada e união estável)
- Sem companheiro (solteira divorciada e separada)

➤ *Raça/cor auto-referida*

- Branca
- Preta/negra/parda
- Amarela/indígena

Para a análise, essas variáveis foram categorizadas em:

- Brancas (branca/amarela/indígena)
- Não brancas (preta/negra/parda)

➤ *Escolaridade*

- Não estudou
- Até a 4ª série incompleta
- Da 4ª série completa a 8ª série incompleta
- 8ª série completa a curso médio incompleto
- Curso médio completo
- Curso universitário incompleto
- Curso universitário completo

Estas variáveis posteriormente foram agrupadas e categorizadas segundo o número de anos de estudos completos:

- Escolaridade baixa (não estudou/até a 4ª série incompleta): < 4 anos de estudo
- Escolaridade média (da 4ª série completa/até curso médio incompleto): ≥ 4 anos e < 8 anos de estudo
- Escolaridade alta (curso médio completo/até curso universitário completo): ≥ a 8 anos de estudo

➤ *Classe econômica*

As categorias da classe econômica foram estabelecidas de acordo com a classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2009). Esse instrumento estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por meio da soma de pontos referentes à posse de bens e ao grau de instrução do chefe da família, segundo a classificação:

- Classe A1: de 42 a 46 pontos
- Classe A2: de 35 a 41 pontos
- Classe B1: de 29 a 34 pontos
- Classe B2: de 23 a 28 pontos
- Classe C1: de 18 a 22 pontos
- Classe C2: de 14 a 17 pontos

- Classe D: de 08 a 13 pontos
- Classe E: de 0 a 07 pontos

Para a caracterização das mulheres climatéricas, as classes foram agrupadas em:

- Classe A (classes A₁ e A₂)
- Classe B (classes B₁ e B₂)
- Classe C (classes C₁ e C₂)
- Classe D
- Classe E

4.8.2 – Indicadores de Condições de Saúde

➤ *Uso e acesso ao serviço de saúde*

- Procura ou não por atendimento na USF nos últimos 6 meses
- Motivo (s) que levaram a buscar o atendimento
 - Consulta médica de rotina
 - Coleta de exame
 - Queixa ou sintoma agudo
 - Busca por receita de medicamentos controlados
 - Busca de medicamentos de uso contínuo
 - Busca por guia de consulta
 - Outros

Para caracterização desta variável os motivos que levaram a mulher a procurar a USF foram categorizados como:

- Problemas crônicos (procura por consulta médica de rotina por doença crônica)
- Problemas agudos (procura por atendimento devido à sintomatologia percebida no período da procura)

- Aspectos prescritivos (coleta de exames, busca por receitas e/ou de medicamentos prescritos pelo médico)
- Aspectos administrativos (guia de consulta ou cadastramento)
- Outros motivos
- Se as necessidades foram atendidas ou não
- Tempo decorrido da última consulta odontológica
 - ≤ 1 ano
 - 2 a 3 anos
 - > 3 anos
 - Não se recorda

➤ *Dados clínicos*

- Presença de comorbidades
 - Hipertensão arterial
 - Diabetes mellitus
 - Doença cardiovascular
 - Acidente vascular encefálico
 - Doença renal crônica
 - Artrite/reumatismo
 - Bronquite/asma
 - Câncer
 - Osteoporose
 - Tireoideopatia
 - Depressão
 - Outros
- Consumo de medicamentos

Considerou-se o tipo de medicamento de uso contínuo e o tempo de

uso.

Quanto ao tipo de medicamento de uso contínuo:

- Anti-hipertensivo
- Hipoglicemiante oral/insulina
- Corticóides
- Hormônios tireoidianos
- Antidepressivos

Quanto ao tempo de uso:

- < que 5 anos
 - 5 a 14 anos
 - 15 a 24 anos
 - > 25 anos
- Realização de exames

Foram levantados os exames realizados no último ano.

- Mamografia
 - Ultrassografia de mamas
 - Preventivo de câncer ginecológico
 - Densitometria óssea
 - Perfil lipêmico (colesterol e triglicerídeos)
 - Glicose em jejum
 - Dosagem hormonal (TSH e FSH)
 - Outros
- Índice de Massa Corpórea (IMC)

Para diagnóstico nutricional e condição de risco foi verificado peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) por meio da relação entre o peso corporal (em Kg) e a estatura (em metros) ao quadrado, sendo expresso por Kg/m^2 .

Para classificação utilizou-se os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em mulheres adultas (BRASIL, 2008):

- Baixo peso – IMC de 18,5 Kg/m²
- Peso normal - IMC de 18,5 a 24,9 Kg/m²
- Sobrepeso - IMC de 25 a 29,9 Kg/m²
- Obesa - IMC \geq a 30 Kg/m²

➤ *Dados ginecológicos e obstétricos*

- Número de gestações e abortos
- Tipo de parto
- Uso de método contraceptivo
- Data da última menstruação e idade da menopausa em anos
- Realização de terapia de reposição hormonal
- Cirurgias ginecológicas realizadas

➤ *Dados da vida conjugal e sexual*

- Vida sexual ativa
 - Sim
 - Não
- Alterações no relacionamento conjugal/sexual nos últimos 5 anos
 - Dor/ardência na vagina durante ato sexual
 - Abuso do companheiro
 - Frieza da mulher
 - Frieza do companheiro
 - Isolamento do companheiro
 - Falta de prazer nas relações sexuais

4.8.3 – Indicadores de Estilo de Vida

➤ *Hábitos alimentares*

Para verificação do consumo alimentar, utilizou-se o método de inquérito alimentar “recordatório de 24 horas”, que consiste na quantificação dos alimentos ingeridos durante as 24 horas precedentes à entrevista (HOLANDA; BARROS FILHO, 2006).

Os alimentos consumidos e referidos foram divididos de acordo com as recomendações do MS (BRASIL, 2008) para uma alimentação saudável em:

- Grupo recomendado
- Grupo de risco

Os alimentos referidos por grupo foram quantificados e categorizados de acordo com a maior prevalência de alimentos nos grupos em:

- Alimentação adequada (> número de alimentos referidos no grupo recomendado)
- Alimentação inadequada (> número de alimentos referidos no grupo de risco)

➤ *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo*

Quanto à bebida alcoólica, considerou-se:

- Consumo de bebida alcoólica
 - Sim
 - Não
 - Tipo (s) de bebida alcoólica
 - Frequência de consumo
 - Quantidade consumida

Quanto ao tabagismo, considerou-se:

- Fumantes - aquelas fumantes ativas ou que pararam de fumar há menos de 6 meses
- Ex-fumante - as que pararam de fumar há mais de seis meses
- Nunca fumou

➤ *Atividade física*

- Prática de atividade física

- Sim
- Não
- Tipo de atividade física
 - Caminhada
 - Corrida
 - Dança
 - Ginástica
 - Musculação
 - Futebol/Vôlei/Basquete
 - Outros
- Frequência
 - 1 a 2 vezes/semana
 - > 3 vezes/semana
 - Às vezes
- Tempo de atividade física
 - ≥ a 30 minutos
 - < 30 minutos

Para caracterização dessa variável, considerou-se como prática de atividade física regular, atividades realizadas com duração de 30 minutos ou mais, três ou mais vezes/semana (BRASIL, 2002, 2008).

➤ *Atividade de lazer*

- Realiza atividade de lazer
- Não realiza atividade de lazer

➤ *Interação Social*

Foram avaliadas alterações no relacionamento social nos últimos cinco anos como:

- Indiferença
- Solidão

- Isolamento
- Inutilidade
- Preocupação com o envelhecimento
- Tristeza/melancolia

4.8.4 – Percepção de Sintomas Climatéricos

Quanto aos sintomas climatéricos, foram investigados as queixas ou sintomas percebidos, por meio do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK), baseado em estudos já realizados (DE LORENZI et al., 2005a; SANTOS et al., 2007; SANTOS, 2006).

Este instrumento é utilizado para avaliação da sintomatologia climatérica, envolvendo 11 sintomas ou queixas – sintomas vasomotores, parestesia, insônia, nervosismo, melancolia, vertigem, fadiga, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitações e formigamento – aos quais são atribuídas diferentes pontuações segundo a intensidade. Os escores totais são classificados em leves (valores até 19), moderados (entre 20 e 35) ou severos (maior que 35). Assim, quanto maior a pontuação obtida, mais intensa a sintomatologia climatérica para cada mulher (Anexo A).

Verificou-se ainda o acesso a USF para registrar queixas típicas do climatério, quantos atendimentos foram feitos em relação a essas queixas, tratamentos, orientações ou encaminhamentos realizados e se sentiram as necessidades ouvidas e atendidas.

4.9 – PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram duplamente digitados em banco de dados no programa Epi Info, versão 3.5.1 para Windows.

Foi realizada análise descritiva, examinando as frequências das variáveis que caracterizavam a população do estudo e análise bivariada para associações com os sintomas climatéricos do IMBK, utilizando-se o teste do Qui-quadrado.

4.10 – ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foi solicitada autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (Apêndice D). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina – PR, cadastrada no sistema nacional de pesquisa conforme CAAE nº 0018.0.083.083-09 (Anexo B), atendendo as exigências éticas da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde.

A população do estudo recebeu informações dos objetivos da pesquisa antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), sendo assegurado sigilo das informações, o caráter anônimo das respostas e a garantia do direito de recusa sem quaisquer prejuízos. Assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido àquelas que aceitaram participar do estudo.

Os resultados deverão ser apresentados aos gestores municipais, visando o estímulo a implantação de ações que melhorem a assistência às mulheres climatéricas, particularmente ações de promoção à saúde neste ciclo de vida.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população do estudo constituiu-se de 223 mulheres que foram entrevistadas no período de dezembro de 2009 a abril de 2010.

A apresentação dos resultados dessa pesquisa foi organizada da seguinte maneira:

- a) caracterização da população do estudo de acordo com aspecto sócio econômico e demográfico, condições de saúde e estilo de vida;
- b) percepção dos sintomas climatéricos;
- c) acesso a unidade de saúde da família para atendimento de sintomas climatéricos.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Quanto às características socioeconômicas e demográficas (Tabela 1) o estudo identificou mulheres com idade média de 55,1 anos, sendo que 42,1% encontravam-se na faixa etária entre 51 a 60 anos; 30,5% entre 40 a 50 anos e 27,4%, entre 60 a 65 anos. Auto referiram-se brancas 83,4% e 70% referiram ter companheiro (casada ou união estável).

Somando-se a escolaridade média e alta, 84,3% das mulheres tiveram no mínimo quatro anos completos de estudo. Houve prevalência (49,3%) do grau de instrução alta, isto é, com oito anos ou mais de estudo. Porém, considerando que o grau de escolaridade é um indicador importante na avaliação da qualidade de vida de uma população, os resultados mostram um significativo o percentual (15,7%) de mulheres com menos de quatro anos de estudo.

Em relação à classificação econômica segundo a ABEP, a população do estudo distribuiu-se em quase todos os estratos, predominando as classes B (50,3%) e C (41,7%). Apenas 8% eram das classes A₂ ou D e não houve nenhuma classificação nos extremos econômicos A₁ e E. Observou-se, portanto, um grupo populacional com bom nível socioeconômico, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas de mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina - PR, 2010.

Características	Total	
	N (223)	% (100)
Idade (anos)		
40 a 50	68	30,5
51 a 60	94	42,1
60 a 65	61	27,4
Estado Civil		
Com companheiro	156	70,0
Sem companheiro	67	30,0
Cor da Pele		
Branças	186	83,4
Não brancas	37	16,6
Escolaridade		
Alta (≥ 8 anos de estudo)	110	49,3
Média (≥ 4 anos e < 8 anos de estudo)	78	35,0
Baixa (> 4 anos de estudo)	35	15,7
Classe ABEP*		
A ₂	9	4,0
B (B ₁ e B ₂)	112	50,3
C (C ₁ e C ₂)	93	41,7
D	9	4,0

*Nenhuma mulher apresentou classificação econômica A₁ e E (ABEP).

Analisando o perfil demográfico e socioeconômico das mulheres climatéricas usuárias da USF Guanabara, observou-se heterogeneidade na população da área estudada, condizentes com os dados registrados no SIAB (LONDRINA, 2009).

Considerando que para a OMS, a idade estimada da menopausa ocorre entre 48 e 50 anos de idade, 72,6% das mulheres desse estudo encontravam-se nas faixas etárias da pré menopausa e da perimenopausa (BRASIL, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Climatério (2003), a perimenopausa corresponde ao período que se inicia alguns anos antes da menopausa até um ano após a menopausa, onde ocorre flutuação hormonal característica, vulnerabilidade e variabilidade de sintomas, principalmente sinais de labilidade emocional.

Nessas faixas etárias é necessário dar atenção às transformações do processo de envelhecimento que podem afetar a saúde da mulher que vão além das questões relacionadas ao hipoestrogenismo, como as doenças que incidem na pré-menopausa e aquelas que se agravam na pós-menopausa (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2008; HALBE, 2000).

Estudos referem que determinantes sociais, culturais e econômicos exercem influência no modo como as mulheres vivenciam o climatério, portanto há necessidade de se buscar estratégias para a quebra de paradigmas promovendo mudança de atitude para melhor acolher essa população, proporcionando assistência humanizada e qualificada a este período de vida feminino (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2009; JURUENA; MARTINS, 2003; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Ao buscar informações sobre o uso e acesso ao serviço de saúde, das 223 mulheres que participaram do estudo, 170 (76,2%) referiram procurar atendimento na USF nos últimos seis meses.

Em relação ao motivo da procura pela mulher à USF, a Tabela 2 mostra que das 170 mulheres, 40,6% referiram consulta médica de rotina por doença crônica ou pré existente, contrastando com um percentual de 13,5% de procura por problemas agudos, isto é, queixa ou sintoma percebido no momento da procura, porém não específico da sintomatologia climatérica.

Procuraram atendimento por motivos considerados prescritivos (prescritos pelo médico) 62 mulheres (36,5%), prevalecendo à realização de coleta de exames (28,2%), além de busca por medicamentos de uso contínuo (5,9%) e receita de medicamentos controlados (2,4%). Apenas uma mulher (0,6%) referiu motivo de ordem administrativa como solicitação de guia para consulta de especialidade e 8,8% referiram outros motivos, não especificados nessa pesquisa.

Tabela 2 – Motivos que levaram as mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família a procurarem o serviço nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010.

Variáveis	Total	
	N* (170)	% (100)
Consulta médica de rotina por doença crônica ou pré existente	69	40,6
Queixa ou sintoma percebido no período da procura	23	13,5
Busca por receita e/ou medicamentos de uso contínuo prescritos pelo médico	10	5,9
Busca por receita de medicamentos controlados	4	2,4
Coleta de exames	48	28,2
Busca por guia de consulta	1	0,6
Outros Motivos	15	8,8
Total	170	100

*Número de mulheres que buscaram atendimento na Unidade de Saúde da Família nos últimos seis meses.

A maioria (92,9%) das mulheres que buscaram atendimento na USF do Guanabara referiu que suas necessidades foram atendidas e foi relevante a prevalência dos atendimentos por problemas crônicos (40,6%).

Estudos mostram que essa é uma demanda mundial. À medida que a população envelhece aumenta a prevalência de doenças crônicas, o que tem ocasionado à necessidade de priorizar programas de prevenção e promoção a saúde, além de tratamento adequado (KALACHE, 2008; LIMA-COSTA et al., 2000).

Em relação à assistência odontológica, questionou-se o tempo decorrido da última consulta ao dentista, sendo que das 223 mulheres entrevistadas, mais da metade (63,7%) referiu sua última consulta odontológica há menos de dois anos, enquanto que 33,6% foram ao dentista pela última vez há mais de dois anos e as demais não se recordaram (1,8%) ou nunca foram ao dentista (0,9%).

Considerando que a unidade onde o estudo foi realizado não possui assistência odontológica, nem tampouco equipe de saúde bucal, supõe-se que ou as mulheres estão sendo encaminhadas a um serviço de referência ou o nível

socioeconômico evidenciado como bom, levaram a procura por serviços privados para a assistência odontológica.

No entanto, ainda restam dúvidas se ocorre à prática interdisciplinar na odontologia preventiva às mulheres no climatério e se os profissionais de saúde conhecem as alterações fisiológicas que podem ocorrer com o avançar da idade para que possam dispensar cuidados na avaliação da boca durante o exame físico, além de incentivar hábitos de higiene bucal e orientações gerais de prevenção e promoção a saúde (BRASIL, 2008).

Os dados da história clínica da população do estudo foram auto referidos nas entrevistas. O IMC foi calculado em todas as entrevistas e a prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada foi de 58,8%, conforme mostra a Tabela 3.

Em relação às comorbidades, todas as mulheres apresentaram uma ou mais patologias (Tabela 4).

Tabela 3 – IMC de mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 2010.

IMC	Total	
	N* (223)	% (100)
Peso Normal	87	39,0
Baixo peso	5	2,2
Sobrepeso	70	31,4
Obesidade	61	27,4
Total	223	100

*Algumas das mulheres apresentaram outras comorbidades associadas.

Tabela 4 – Comorbidades referidas por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 2010.

Comorbidades	Total	
	N* (223)	% (100)
Hipertensão arterial	87	39,0
Tireoideopatia	56	25,1
Depressão	51	22,9
Artrite/ Reumatismo	34	15,2
Diabetes mellitus	32	14,3
Doença cardiovascular	20	9,0
Osteoporose	18	8,1
Bronquite/Asma	12	5,4
Câncer	5	2,2
Doença renal crônica	5	2,2
Acidente Vascular Encefálico	3	1,3

*Algumas das mulheres apresentaram mais de uma comorbidade associada.

Os dados encontrados na investigação clínica desse estudo confirmam os motivos da procura por atendimento na USF devido a problemas crônicos. Prevaleram às patologias características do processo de envelhecimento, as relacionadas a distúrbio hormonal e as de condicionantes psicológicos, caracterizado por depressão.

A vulnerabilidade às doenças crônicas e agravos como obesidade, doenças cardiovasculares, DM, osteoporose, entre outras, fazem parte do período do climatério (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

Tal fato sugere a necessidade de priorizar a prevenção de agravos, práticas alternativas efetivas de promoção e educação em saúde e adequação das políticas públicas voltadas as demandas na área de saúde (BRASIL, 2008, 2010; LIMA-COSTA et al., 2000; KALACHE, 2008; SÃO PAULO, 2004).

A doença cardiovascular e os acidentes vasculares encefálicos foram referidos em menor frequência entre as mulheres dessa pesquisa, entretanto outros estudos evidenciam a alta incidência de morte por essas causas na população feminina após a menopausa. Classificam-se como alguns fatores predisponentes, a idade avançada, obesidade, hipertensão arterial, depressão, diabetes mellitus, sedentarismo, tabagismo e a diminuição dos estrógenos naturais, sendo que a

menopausa precoce ou cirúrgica aumenta o risco de doença coronariana (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2004).

Ressalta-se o número de mulheres com ganho ponderal de peso nesse estudo, com IMC médio de 27,2 Kg/m², valor semelhante ao relatado por De Lorenzi et al. (2005b) que referem prevalência de obesidade nos anos que antecedem à menopausa e com tendência a acentuar-se após a menopausa.

Apesar do aumento de peso ser relado com freqüência por mulheres após a menopausa, é incerto a relação do hipoestrogenismo nesse processo, podendo estar relacionado a hábitos nutricionais inadequados às necessidades energéticas da mulher no climatério, pela redução do metabolismo basal e pela tendência ao sedentarismo. A carência de estrogênio estaria relacionada à modificação da distribuição da gordura corporal, com tendência ao acúmulo de gordura abdominal entre as mulheres após a menopausa (DE LORENZI et al., 2005b, 2009).

Estudos descrevem a influência da alteração do peso corporal na qualidade de vida das mulheres de meia idade, aumentando o risco cardiovascular feminino, o favorecimento à resistência insulínica com aumento na prevalência de DM não insulínica após a menopausa e na gênese do câncer de mama, endométrio e cólon. Também é observado influência nos domínios psicológicos e sociais, onde a valorização na cultura ocidental da beleza física constitui elemento central para a auto valorização da maioria das mulheres (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005b, 2009; GUIMARÃES; BAPTISTA, 2008).

Guimarães e Baptista (2008) não observaram qualquer associação entre IMC e sintomas climatéricos, mas ressaltaram a influência negativa da alteração desse índice num período conturbado como o climatério e envelhecimento feminino.

Quanto ao tratamento das comorbidades identificadas, observou-se que a maioria das mulheres portadoras de doenças crônicas degenerativas como HA e DM, distúrbios hormonais como tireoidepatia ou estado depressivo, faziam uso de medicamentos para tratamento desses agravos.

Das 223 mulheres entrevistadas, 37,7% usavam anti-hipertensivo, 17,9% hormônios tireoidianos, 17,5% antidepressivos, 10,8% hipoglicemiante oral/insulina e 1,3% usavam corticóides.

Comparando-se os percentuais das patologias referidas com os medicamentos em uso, pressupõe-se que as mulheres climatéricas que participaram desse estudo foram assistidas no tratamento das suas comorbidades.

Especialmente ao estado depressivo, o MS (BRASIL, 2008) salienta que a medicalização das mulheres com psicotrópicos pode indicar tanto uma maior demanda para amenizar conflitos relacionais, sociais e psicológicos, como conduta medicamentosa à mulher em sofrimento antes de uma escuta qualificada e individualizada necessária diante da feminização do envelhecimento.

Os exames complementares essenciais para a avaliação e acompanhamento da saúde geral das mulheres no climatério, prevenção ou detecção precoce de doenças, foram realizados no último ano pela maioria das mulheres, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Exames realizados por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010.

Exames realizados	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colesterol	197	88,3	26	11,7	223	100,0
Mamografia	195	87,4	28	12,6	223	100,0
Triglicérides	190	85,2	33	14,8	223	100,0
Glicose de jejum	180	80,7	43	19,3	223	100,0
Preventivo de CA de colo de útero	176	78,9	47	21,1	223	100,0
TSH	149	66,8	74	33,2	223	100,0
USG de mama	124	55,6	99	44,4	223	100,0
FSH	80	35,9	143	64,1	223	100,0
Densitometria óssea	47	21,1	176	78,9	223	100,0

*Algumas das mulheres realizaram mais de um exame.

Quanto aos resultados, das mulheres que realizaram exames, houve uma variabilidade de percentuais de alteração por exame, sendo os maiores desvios, encontrados nos exames de densitometria óssea (44,7%) e de colesterol (31%), conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Resultado de exames realizados por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família nos últimos seis meses, Londrina – PR, 2010.

Resultado de exames	Alterados		Normais		Total	
	N	%	N	%	N	%
Colesterol	61	31,0	136	69,0	197	100,0
Mamografia	19	9,7	176	90,3	195	100,0
Triglicérides	34	17,9	156	82,1	190	100,0
Glicose de jejum	29	16,1	151	83,9	180	100,0
Prev. CA de colo de útero	8	4,6	168	95,4	176	100,0
TSH	21	14,1	128	85,9	149	100,0
USG de mama	17	13,7	107	86,3	124	100,0
FSH	17	21,3	63	78,7	80	100,0
Densitometria óssea	21	44,7	26	55,3	47	100,0

Os percentuais de resultados alterados no perfil lipídico e glicose, mesmo que pouco acentuados, são preocupantes, tendo em vista que associados ao aumento de peso também constatado nesse estudo, representam risco de desenvolvimento de DCV e DM com conseqüente aumento da morbidade e mortalidade em grupos com essas comorbidades (BRASIL, 2008).

Quanto ao exame de densitometria óssea, apesar do diagnóstico para osteoporose necessitar de história clínica minuciosa para levantamento de fatores de risco e este exame ser referência para as mulheres consideradas de alto risco, a baixa freqüência na realização e alto índice de resultado alterado nesse estudo, chama a atenção, uma vez que a osteoporose é uma doença sistêmica progressiva, considerada como a epidemia silenciosa do século e atualmente um grande problema de saúde pública no mundo devido ao crescente aumento na expectativa de vida das populações. Também por ter maior incidência em mulheres após a menopausa e baixa análise diagnóstica e tratamento no Brasil, acarretando uma taxa anual de 100.000 fraturas de quadril com mortes por conseqüência direta desse problema (BRASIL, 2008).

Kalache (2008) salienta que o avanço tecnológico e na pesquisa médica, mesmo aumentando a capacidade de tratamento das doenças crônicas, ainda reserva disparidades de acesso as novas terapêuticas à maioria das pessoas, seja por questões do financiamento das ações de saúde ou outras como a educação do paciente e dos provedores de serviços de saúde.

De Lorenzi et al. (2009) referem à osteoporose e às DCV como comorbidades associadas ao hipoestrogenismo no climatério, uma vez que, a perda óssea após a menopausa pode chegar a 2% ao ano e o risco da doença aumenta progressivamente.

Na abordagem aos exames preventivos de câncer de mama e colo de útero, 87,4% da população de mulheres do estudo, referiram realizar anualmente a mamografia, enquanto que 78,9% referiram coleta no mesmo período de citologia oncológica.

Os resultados demonstram uma boa adesão à proposta ministerial de acompanhamento anual para detecção precoce dessas morbidades (BRASIL, 2008).

Quanto à dosagem de FSH para o diagnóstico de hipofunção ou falência ovariana, o MS (BRASIL, 2008) refere necessidade apenas quando da ocorrência de menopausa cirúrgica e/ou quando houver dúvidas em relação ao quadro hormonal, uma vez que o diagnóstico da menopausa é eminentemente clínico e a instalação do climatério é gradativa e pode ser evidenciada também clinicamente.

Somente 35,9% das mulheres pesquisadas informaram a coleta de exame para dosagem de FSH, destas, a maioria (72,5%) relatou resultado dentro da normalidade. O indicador coincide com a ocorrência de menopausa cirúrgica referida por 30% das mulheres submetidas à histerectomia e 5,5% à ooforectomia.

Quanto ao histórico gineco-obstétrico das mulheres climatéricas desse estudo, observou-se que 80,3% tiveram no mínimo uma e no máximo onze gestações, numa média de 2,4 gestações por mulher (desvio padrão=1,84), enquanto 39 mulheres (19,7%) eram nuligestas.

Em relação ao tipo de parto, a média de partos normais e cesarianos por mulher foi de 0,6 e 0,9 respectivamente e 39 (17,4%) mulheres estiveram expostas ao aborto numa média de 0,2 abortos por mulher.

De Lorenzi et al. (2005a; 2005b), encontraram em seus estudos um índice menor de nuligestas entre as mulheres climatéricas do que no presente estudo. Pressupõe-se que a população desse estudo, por sua alta escolaridade e nível socioeconômico, tiveram acesso a informação e a métodos contraceptivos quando se encontravam em fase reprodutiva.

Ressalta-se que fizeram parte da população desse estudo mulheres que congregam uma irmandade religiosa que são usuárias da USF, o que pode justificar o resultado de nuligestas.

Quanto à interrupção da menstruação, verificou-se que 71,7% das mulheres eram menopausadas, seja por cirurgia ou naturalmente. Entre elas, 35,2% apresentaram interrupção na faixa etária entre 45 e 50 anos, condizente com a idade estimada pela OMS; 31,4%, na faixa entre 51 e 60 anos, período da perimenopausa e 33,3% tiveram o ciclo interrompido em faixas etárias menores que 45 anos, sugestivo de menopausa precoce (BRASIL, 2008).

Realizaram histerectomia, 30% das mulheres e ooforectomia foi referida por 5,5% delas. Entretanto, não foi possível associação da menopausa precoce a menopausa induzida cirurgicamente pelo fato das mulheres não recordarem a data das referidas cirurgias.

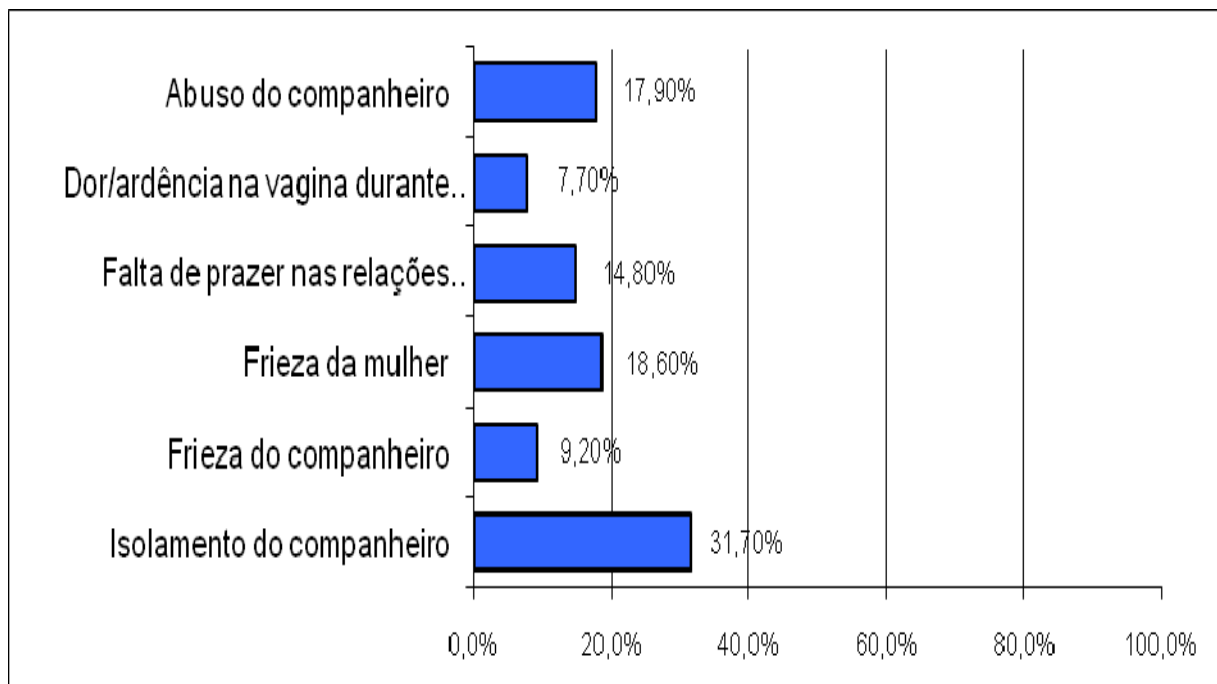
Em relação às questões da vida conjugal e sexual, muito embora 70% das mulheres mencionaram ter companheiro, somente 58,7% referiram vida sexual ativa.

O mito de que a velhice é assexuada é referido em diversos estudos, relacionando a função reprodutora com a função sexual, a sexualidade feminina aos hormônios ovarianos e a atração erótica tão somente a beleza física e juventude (BRASIL, 2008; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; 2008b).

De Lorenzi e Saciloto (2006) em estudo sobre a frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas, depararam com cerca de 60% das mulheres com diminuição da atividade sexual após a menopausa sendo que 41,7% atribuíram como causa a impotência sexual do parceiro.

O presente estudo não explorou as mulheres que não tinham vida sexual ativa. Porém, das mulheres sexualmente ativas, no que se refere ao relacionamento conjugal ou comportamento sexual, as queixas prevalentes foram: isolamento do companheiro, frieza da mulher, abuso do companheiro e falta de prazer nas relações sexuais, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Alterações percebidas no relacionamento conjugal e/ou no comportamento sexual nos últimos cinco anos por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina – PR, 2010



Oliveira, Jesus e Merighi (2008b) em estudo realizado com mulheres climatéricas assistidas em grupo em uma USF de Minas Gerais, observaram que alterações no âmbito sexual são comuns no climatério, como ressecamento vaginal, diminuição da libido, baixa auto-estima, falta de diálogo e incompreensão do parceiro.

A dor durante o ato sexual, resultado do ressecamento vaginal, e a baixa auto-estima, provocada por alterações psicológicas, socioculturais, biológicas e pela mudança na configuração corporal, podem levar a falta de desejo sexual e orgasmo, podendo ser traduzidos nesse estudo como frieza do companheiro ou da mulher (BRASIL, 2008; DE LORENZI; SACIOTO, 2006b; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008b).

O MS (BRASIL, 2008) relata que a falta de comunicação, de compreensão ou afeto e o culto à individualidade moderna induz à perda da cumplicidade e intimidade, o que pode explicar o alto índice de isolamento do companheiro referido pelas mulheres desse estudo.

Ressalta-se a alta prevalência da queixa relacionada a abuso do companheiro, porém o presente estudo não aprofundou as causas das queixas. Vale

destacar que durante as entrevistas, diversas mulheres ao responderem esses questionamentos, deixaram transparecer sentimentos de sofrimento inclusive expressos com choro.

Pereira e Siqueira (2009) referem que a atividade sexual ainda é impregnada de tabus que levam as mulheres a vivenciá-la como cumprimento de uma tarefa, com o dever de proporcionar prazer ao seu companheiro, sem necessariamente ter reciprocidade. Muitos parceiros submetem-se ao relacionamento sexual de forma egoísta, levando à insatisfação sexual da mulher.

Valadares et al. (2008) registraram depoimentos de mulheres que pediram socorro ao se referirem rejeitadas por seus parceiros que vão em busca de sexo, visual e dinheiro, o que também pode ser considerado uma violência.

Quando abordadas sobre alterações no relacionamento social nos últimos cinco anos, as mulheres referiram sentimentos como: tristeza e melancolia (53,4%); isolamento (36,8%); solidão (36,3%); preocupação com o envelhecimento (31,8%); indiferença (28,6%) e inutilidade (24,7%).

Essas manifestações podem ser consideradas psicogênicas ou neuropsíquicas associadas a fatores socioculturais do processo de envelhecimento, freqüentes no período do climatério, principalmente em países ocidentais (BRASIL, 2008; CALVOSO et al., 2008; DE LORENZI et al., 2005a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Segundo o MS (BRASIL, 2008), a depressão em mulheres tem seu pico de maior incidência no climatério e no puerpério, sendo que no climatério as repercussões clínicas do próprio envelhecimento físico e as queixas relacionadas à esfera sexual, podem acarretar transtornos na saúde mental e contribuir para um humor depressivo.

Calvoso et al. (2008) constatou expressiva variação na prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa, sem, contudo, avaliar antecedentes prévios de depressão, porém concorda com outros autores quanto a não comprovação de que o hipoestrogenismo possa influenciar no aparecimento dos mesmos (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

De Lorenzi et al. (2006) referiram que a depressão no climatério tem sido também atribuída ao medo de envelhecer e à proximidade da morte, gerando

sentimentos de inutilidade ou carência afetiva, condizentes com os sentimentos referidos pela população alvo desse estudo.

As manifestações no relacionamento conjugal, sexual e social, referidas no presente estudo, tomam proporção quanto à assistência prestada às mulheres climatéricas usuárias da USF Guanabara. É provável que a abordagem da sintomatologia psíquica e sexual cause constrangimentos tanto à mulher quanto ao profissional de saúde.

Pereira e Siqueira (2009) apontam a necessidade das mulheres climatéricas reivindicarem a implementação de uma política social e de saúde capaz de atender às suas necessidades, bem como a importância dos profissionais de saúde serem incentivados a atender as mulheres nas especificidades do climatério.

Benfica e Soares (2009) referem à modalidade de atividade grupal com bons resultados para uma postura mais ativa da mulher, quebrando o silêncio repressor da maturidade feminina, possibilitando elaboração de perdas, tanto físicas quanto psíquicas e sociais.

Analisando o estilo de vida das mulheres climatéricas desse estudo, observou-se que 52% delas referiram algum tipo de atividade de lazer, com maior prevalência aos trabalhos manuais.

Em relação aos hábitos alimentares, segundo inquérito recordatório realizado, 45,7% das mulheres, mencionaram consumo de alimentos em maior proporção no grupo de risco, portanto com alimentação inadequada e 54,3%, apresentaram alimentação adequada.

Quanto aos hábitos de vida, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo, das 223 mulheres do estudo, 42,6% referiram ingerir algum tipo de bebida alcoólica e 71,3% negaram o hábito de fumar. Encontrou-se um percentual igual (14,3%) de fumantes ativas e ex-fumantes.

Na abordagem sobre a prática de atividade física, um pequeno percentual (23,8%) de mulheres referiu hábito de atividades regulares, com maior proporção na modalidade de caminhada.

O sedentarismo, alimentação inadequada e tabagismo são responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica (BRASIL, 2002).

O percentual de mulheres tabagistas foi inferior ao encontrado em outros estudos, sendo que a discordância pode ser devido ao fato de que este hábito

é uma característica comportamental que pode sofrer influências regionais (DE LORENZI et al., 2005a; 2006).

A ingestão inadequada de alimentos torna-se relevante, tanto quanto o excesso de gorduras saturadas que se associam ao maior risco cardiovascular quanto à baixa ingestão de nutrientes como o cálcio favorecendo a ocorrência de osteoporose (BRASIL, 2008).

De Lorenzi et al. (2005a, 2006, 2009) referem associação da prática regular de atividade física com a menor sintomatologia somática no climatério, contribuindo para menor incidência de comorbidades no envelhecimento feminino.

Silva Filho e Costa (2008) concordam com essa idéia referindo impacto positivo da atividade física tanto no âmbito físico, quanto no psicológico e social, melhorando a qualidade de vida das mulheres climatéricas.

Considerando os agravos à saúde decorrente das inadequações nutricionais e do sedentarismo, os nocivos efeitos do álcool e a alta prevalência de mulheres climatéricas com sobrepeso e obesidade nesse estudo, ressalta-se a importância de medidas promotoras de saúde, implementando atividades capazes de estimular hábitos saudáveis e promoção de auto cuidado, proporcionando melhoria na qualidade de vida global das mulheres climatéricas (BENFICA; SOARES, 2009; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009; GALLON, 2009).

5.2 – PERCEPÇÃO DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS

Quanto à sintomatologia climatérica, 95,1% das mulheres experimentaram pelo menos um dos sintomas estabelecidos pelo IMBK, porém, em 73,1% dos casos, foi referido intensidade leve, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7 – Intensidade da sintomatologia referida por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman, Londrina– PR, 2010

Intensidade	N	%
Ausente	11	4,9
Leve	163	73,1
Moderados	35	15,7
Severo	14	6,3
Total	223	100,0

Os sintomas que mais se destacaram foram nervosismo (59,7%), artralgia/mialgia (57,4%), melancolia (50,2%) e cefaléia (48,0%).

Analisando os sintomas de acordo com a intensidade, foram prevalentes no grau severo: nervosismo (23,3%); artralgia/mialgia (21,1); sintomas vasomotores (17,9%) e insônia (17,0%). No grau moderado, prevaleceram: artralgia/mialgia (14,8%); nervosismo (13,5%); fadiga (9,9%) e parestesia (7,6%). E no grau leve, melancolia (34,1%); cefaléia (26,9%); nervosismo (22,9%) e formigamento (22,4), conforme mostra a Tabela 8.

Tabela 8 – Sintomatologia referida por mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de acordo com o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman, Londrina-PR, 2010.

Sintomas	Intensidade									
	Ausente		Leve		Moderado		Severo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sintomas vasomotores	141	63,2	28	12,6	14	6,3	40	17,9	223	100,0
Parestesia	146	65,5	43	19,3	17	7,6	17	7,6	223	100,0
Insônia	130	58,3	40	17,9	15	6,7	38	17,0	223	100,0
Nervosismo	90	40,4	51	22,9	30	13,5	52	23,3	223	100,0
Melancolia	111	49,8	76	34,1	13	5,8	23	10,3	223	100,0
Vertigem	155	69,5	46	20,6	11	4,9	11	4,9	223	100,0
Fadiga	132	59,2	41	18,4	22	9,9	28	12,6	223	100,0
Artralgia/mialgia	95	42,6	48	21,5	33	14,8	47	21,1	223	100,0
Cefaléia	116	52,0	60	26,9	16	7,2	31	13,9	223	100,0
Palpitações	145	65,0	41	18,4	14	6,3	23	10,3	223	100,0
Formigamento	146	65,5	50	22,4	14	6,3	13	5,8	223	100,0

Os sintomas vasomotores (ondas de calor), considerados como clássicos da deficiência estrogênica, foram mencionados por 82 (36,8%) mulheres do estudo. Porém, quando analisado a prevalência da intensidade das ondas de calor de acordo com o número de mulheres (N=82) que manifestou o sintoma, constatou-se que 48,8% classificaram-no como severos.

Resultados semelhantes à prevalência dos sintomas foram encontrados em estudo conduzido por De Lorenzi et al. (2005a) em mulheres na pós-menopausa, como, irritabilidade, artralgia/mialgia e melancolia/tristeza, enquanto que as ondas de calor revelaram-se numa frequência muito maior. Os autores admitem a idéia da influência de fatores psicossociais nas manifestações apresentadas.

Silva Filho e Costa (2008) encontraram resultados parecidos na frequência dos sintomas percebidos como de grau severo, porém diferem no grau moderado e leve, referindo prevalência de insônia, parestesia, fadiga ou fraqueza.

No presente estudo não houve associação estatisticamente significativa entre a sintomatologia climatérica e variáveis socioeconômicas e demográficas.

De Lorenzi et al. (2005a) em pesquisa com 254 mulheres em Caxias do Sul – RS, apesar de considerarem a faixa etária entre 45 a 60 anos como de maior apresentação de sintomas e os extremos (40 a 44 e 61 a 65) com sintomatologia muitas vezes, menos intensas ou mesmo ausentes, não constataram qualquer associação entre sintomatologia climatérica e a idade. Também não constataram associação entre o estado civil e a intensidade da sintomatologia, mesmo considerando que mulheres com relação marital estável, profissionalmente realizada e com atitudes positivas em relação ao envelhecimento, tendem a apresentar menor sintomatologia depressiva. Porém, encontraram sintomatologia climatérica significativamente mais intensa em mulheres com menor escolaridade, que não se consideravam de cor branca e com menor renda familiar.

Essas diferenças entre os estudos reforçam a idéia da diversidade dos sintomas em diferentes grupos etários e étnicos, e a variabilidade resultante não apenas de eventos biológicos, mas socioculturalmente e psicologicamente condicionados (BRASIL, 2008; DE LORENZI, et al., 2005a, 2006, 2009; OLIVEIRA; JESUS; MERIGHI, 2008a; SILVA FILHO; COSTA, 2008; SILVEIRA, et al., 2007).

Relacionando-se o grupo de sintomas climatéricos do IMBK com a classificação das manifestações da síndrome climatérica descrita por Halbe (2000), observou-se que os sintomas de maior prevalência percebidos pelas mulheres nesse estudo são classificados como manifestações psicogênicas (nervosismo e melancolia), metabólicas (artralgia/mialgia) e neurogênicas (cefaléia) (Figura 2).

Figura 2 – Descrição dos sintomas climatéricos do Índice Menopausal de Blatt e Kupperman de acordo com a classificação das manifestações descritas por Halbe, 2000.

Grupos sintomáticos	Manifestações
Neurogênicos	Sintomas vasomotores (ondas de calor) Parestesia Palpitações Cefaléia Vertigem
Psicogênicos	Insônia Fadiga Melancolia Nervosismo
Metabólicos	Artralgia/Mialgia

Fonte: Halbe (2000).

As manifestações psicogênicas, muitas vezes são as primeiras a surgirem, porém não tem clara comprovação de influência do hipoestrogenismo e podem aparecer em conjunto ou isoladamente (BRASIL, 2008; CALVOSO, et al., 2008; DE LORENZI et al., 2005a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Os fatores de risco mais relevantes para a sintomatologia psíquica são os sócio-culturais, história psiquiátrica prévia, além de fatores extrínsecos como alimentação, prática de exercício físico e tabagismo (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a; SANTOS, 2006; SÃO PAULO, 2004; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO, 2003).

Não se constatou qualquer associação entre a sintomatologia climatérica, o IMC e a prática regular de atividade física nesse estudo.

Ao avaliar especificamente sintomas vasomotores associados ao IMC, também não se encontrou resultado estatisticamente significativo.

De Lorenzi et al. (2005a) não encontraram associação significativa entre intensidade dos sintomas e o IMC, portanto não consideraram essa variável como indicativa de sintomatologia climatérica.

Mesmo não tendo associação significativa para sintomas climatéricos, ressalta-se que a obesidade pode ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças como as cardiovasculares e diabetes mellitus, piorando as condições de saúde e a qualidade de vida das mulheres que irão passar mais de 1/3 de suas vidas após os 50 anos de idade (BRASIL, 2008).

Destaca-se também a relação do ganho de peso às alterações corporais e estéticas que modificam o padrão de beleza cultuado na sociedade ocidental, levando à baixa auto-estima e sentimentos de tristeza e retração, influenciando suas relações sociais e conjugais (BRASIL, 2008).

A prática de atividade física regular, independente de ser indicativo ou não à sintomatologia climatérica, associa-se a saúde física, psicológica e social, ao aumento da densidade mineral óssea, a diminuição da frequência cardíaca de repouso, a melhora do perfil lipídico e normalização da pressão arterial, oferecendo impacto positivo na qualidade de vida da mulher no climatério, portanto, deve ser estimulada (BRASIL 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2006, 2009; SILVA FILHO; COSTA, 2008).

Segundo De Lorenzi et al. (2006), o exercício físico aumenta a secreção de beta endorfina hipotalâmica, aliviando as ondas de calor ou fogachos, além de melhorar o humor e o déficit de memória.

Diante dos benefícios comprovados da prática de atividade física para a promoção a saúde é premente que a mulher climatérica passe a ser percebida na sua integridade, de forma particularizada e individualizada, tanto para medidas de promoção e prevenção em saúde como para terapêuticas de reabilitação, com vistas a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2009).

5.3 – ACESSO A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PARA ATENDIMENTO DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS

Quando questionadas especificamente sobre o acesso para registrar queixas referentes ao climatério, mais da metade das mulheres desse estudo (57,0%) referiu não ter tido acesso e 75,2% não se sentiram totalmente ouvidas e/ou suas necessidades atendidas. Quanto ao tratamento, encaminhamento ou orientação relacionados aos aspectos específicos percebido no climatério, mais de um terço

(78,5%) referiram não ter sido indicado nenhum tratamento, orientação ou encaminhamento, como demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Opinião das mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família quanto acesso ao serviço, atendimento as queixas referentes ao climatério, encaminhamentos e tratamento, Londrina – PR, 2010.

Variáveis	Opinião referida pelas mulheres (N=223)					
	Sempre		Nunca		Às vezes	
	N	%	N	%	N	%
Teve acesso para registrar queixas relativas ao climatério.	96	43,00	127	57,00	-	-
Foi indicado tratamento ou encaminhamento.	48	21,50	175	78,50	-	-
Sentiu-se ouvida e necessidades atendidas.	55	24,70	138	61,70	30	13,50

Das 48 mulheres (21,5%) que referiram algum tipo de encaminhamento, orientação ou tratamento, as resposta após agrupamento, mostraram prevalência (65,3%) ao tratamento medicamentoso. Dessas, 30,6% referiram tratamento medicamentoso hormonal, 28,6% referiram tratamento com medicamento não hormonal (antidepressivos e ansiolíticos) e 6,1% com fitoterápicos à base de soja (isoflavona). Observou-se dificuldade das mulheres em nominar o medicamento hormonal que faziam uso.

As demais mulheres referiram encaminhamento a especialistas, investigação diagnóstica por meio de exames e apenas três mulheres referiram orientação para prática de atividade física.

Diversos autores consensuam a indicação de reposição hormonal para a redução das manifestações climatéricas, principalmente para alívio dos sintomas vasomotores e urogenitais. Entretanto, há controvérsias por ser um tratamento com maiores riscos que benefícios, devendo ser ajustado a cada mulher individualmente, quando o benefício suplantam o risco, contemplando a atenção integral da mulher no climatério e esclarecimentos necessários para que esta seja

sujeito ativo na decisão do seu tratamento (BRASIL, 2008; GIACOMINI; MELLA, 2006; GRINGS et al., 2009; WANNMACHER; LUBIANCA, 2004).

Valadares et al. (2008) e Giacominni e Mella (2006) referem que muitas mulheres cessam o tratamento de reposição hormonal por carência de informações dos seus riscos e benefícios tanto pelos médicos quanto pelas próprias mulheres ou por efeitos adversos como o sangramento irregular.

Os resultados dessa variável se assemelharam a outros estudos que evidenciaram a dificuldade das mulheres neste ciclo de vida em serem assistidas em suas especificidades próprias do climatério, por profissionais preparados para as abordagens biosociopsicoculturais, implementando ações voltadas à educação em saúde e a um estilo de vida saudável, evitando-se a medicalização do envelhecimento feminino (BAGNOLI, et al., 2007; BRASIL, 2008; DE LORENZI et al., 2005a, 2009; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009; VALADARES, et al., 2008).

Pereira e Siqueira (2009) ressaltam a carência de serviços, de ações de saúde e de políticas sociais e de saúde que atendam as necessidades das mulheres nessa fase do ciclo vital feminino.

6 CONCLUSÃO

As mulheres climatéricas usuárias da USF Guanabara em Londrina-PR tem em média 55,1 anos, a maioria (83,4%) auto referiu-se branca, possuem nível escolar de médio a alto (84,3%) e boa condição socioeconômica (91,9% classes B e C).

A maior parte (70%) tem companheiro, porém destas, apenas 58,7% referiu vida sexual ativa.

As comorbidades prevalentes foram sobrepeso e obesidade (58,7%), hipertensão arterial (39,0%), tireoideopatia (25,1%) e depressão (22,9%).

Pouco mais de 1/3 (35,5%) referiu cirurgia ginecológica de histerectomia e/ou ooforectomia e 71,3% são menopausadas independentemente se natural ou induzida cirurgicamente.

A caracterização dos dados clínicos referidos sugere o acesso dessas mulheres ao atendimento voltado ao tratamento das comorbidades características do processo de envelhecimento e ações preventivas ao câncer de mama e colo de útero.

Apresentaram fatores de risco cardiovascular como sedentarismo (76,2%), alimentação inadequada (45,7%) e ingestão de bebida alcoólica (42,6%).

Aproximadamente metade das mulheres referiu algum tipo de lazer (52%) 71,3% negaram o hábito de fumar.

Quase que a totalidade (95,1%) das mulheres experimentou pelo menos um sintoma climatérico e a intensidade prevalentemente (73,1%) foi classificada como de grau leve.

Mais da metade da população (59,2%) faz uso de tratamento medicamentoso para tratamento dos sintomas climatéricos, seja medicamento hormonal ou não hormonal, incluindo antidepressivos e ansiolíticos.

As principais queixas climatéricas foram: nervosismo (59,7%), artralgia/mialgia (57,4%), melancolia/tristeza (50,2%), além de sentimentos de isolamento do companheiro (31,7%), frieza da mulher (18,6%) e abuso do companheiro (17,9%).

Apenas 36,8% perceberam os sintomas clássicos de deficiência estrogênica reconhecida como “fogachos” ou ondas de calor.

Não se observou associação significativa entre sintomas climatéricos e idade, estado civil, cor da pele auto referida, escolaridade, classe econômica, IMC e prática de atividade física regular.

O alto índice de sobrepeso e obesidade, apesar de não ter se mostrado indicativo para sintomatologia climatérica, quando associado à baixa adesão de medidas preventivas como prática de atividade física e ingestão inadequada de alimentos, pode aumentar o índice de comorbidades no processo de envelhecimento.

Consideram bom o acesso ao serviço de saúde para tratamento e acompanhamento dos freqüentes agravos que acompanham o processo de envelhecimento, porém se sentem insatisfeitas quanto ao acesso e atendimento às necessidades específicas do climatério.

O perfil epidemiológico das mulheres do presente estudo segue o padrão nacional de doenças crônicas e suas comorbidades no processo de envelhecimento.

Entretanto, apesar dos estudos enfatizarem o crescente aumento da expectativa de vida e as especificidades da “feminização” do envelhecimento, não se observou nesse estudo qualquer referência a uma prática sistematizada às questões conflituosas do período do climatério, conforme proposto no Manual de Atenção a Mulher no Climatério/Menopausa do Ministério da Saúde, publicado desde 2008.

Os achados nesta pesquisa, embora não representem as condições de saúde para toda população feminina do município de Londrina – PR propiciaram reflexões para subsidiar ações que não se limitem a dimensão fisiológica, mas a oferta de espaços de escuta e orientações de promoção a saúde e qualidade de vida à mulher no climatério.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que o envelhecimento populacional tem sido foco de pesquisas em diversas áreas que estudam o desenvolvimento humano e tem impulsionado a implementação de políticas públicas voltadas para o processo de melhoria de qualidade de vida.

Sabe-se que o estilo de vida da população feminina no climatério e o contexto sociocultural em que está inserida têm fundamental importância na repercussão de suas condições de saúde.

No tocante à saúde da mulher, percebeu-se deficiência na integralidade da atenção a mulher no climatério que possa unir práticas de prevenção e promoção a saúde voltada às suas necessidades tão peculiares nesta fase de vida.

As mudanças que ocorrem no climatério vão muito além da cessação da menstruação, provocando uma variabilidade de sintomas e percepções da sua existência que afetam o emocional, a dinâmica familiar, a sexualidade e as relações sociais, além da vulnerabilidade aos agravos clássicos do processo de envelhecimento com hábitos inadequados.

A sexualidade feminina merece atenção no climatério, uma vez que é um dos pilares da qualidade de vida. Percebe-se que esta abordagem é constrangedora tanto para os profissionais de saúde quanto para as mulheres, levando a uma passagem silenciosa e opressora dos conflitos vivenciados no período não reprodutivo.

A quebra de paradigmas na assistência a saúde no Brasil, tem ocorrido na Atenção Primária a Saúde, principalmente por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

No entanto, ainda se observa uma prática voltada a ações curativas e de reabilitação, sem integração de ações de prevenção e promoção a saúde, principalmente as especificidades do momento vivido em cada ciclo de vida e as questões de gênero.

O conhecimento das condições de saúde dessa parcela da população de mulheres de uma unidade de saúde da família do município de Londrina demonstrou a importância dos diversos aspectos a serem considerados no climatério, ressaltando que mesmo em populações mais esclarecidas e de bom nível

socioeconômico, ainda há necessidade de se desconstruir pré-conceitos e conhecer as diversidades conflituosas da síndrome do climatério na individualidade de cada território populacional.

É preciso permitir que a mulher se reconheça diante das transformações que possam ocorrer e das possíveis interferências tanto de fatores pessoais, quanto sociais e ambientais do meio em que se insere, tomando consciência da sua realidade a fim de que se torne sujeito ativo e co-responsável do seu processo de atenção a saúde no climatério.

O climatério é um período que pode ser conflituoso, portanto deve ser acolhido de forma a não desvalorizar nenhuma queixa, com decisões compartilhadas, informando alternativas de tratamento e desmistificando a boa assistência condicionada a consultas centradas no médico, exames de laboratório e prescrição de medicamentos, reduzindo a mulher à dimensão fisiológica.

As unidades de saúde devem evitar situações em que as mulheres climatéricas entrem em contato com o serviço e não recebam orientações ou ações que promovam melhorias nas condições de saúde deste grupo populacional.

O desafio é incluir nos serviços, espaço de escuta qualificada, proposto em alguns trabalhos levantados, como grupos educativos em saúde que orientem hábitos saudáveis e possibilitem acesso à informação e troca no período vivido.

Assim, espera-se que os resultados dessa pesquisa estimulem o desenvolvimento não só de futuras pesquisas sobre o tema, mas principalmente de implantação de políticas voltadas para a assistência a saúde da mulher no climatério diminuindo o impacto na qualidade de vida global.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. Climatério. In: _____(Org.). **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-16.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **CCEB**: critérios de classificação econômica Brasil. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

BAGNOLI, V. R. et al. Climatério: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 64, n. 3, p. 69-74, mar. 2007.

BENFICA, T. M. S.; SOARES, T. C. Promoção de saúde no climatério: avaliação dos grupos educativos na ótica das mulheres participantes. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 971-987, out./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, abr. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de atenção à mulher no climatério menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CALVOSO, G. G. et al. Prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 339-345, 2008.

CUNHA, F. M. A. M. **Saúde física e mental de mulheres no climatério**: análise sob o modelo de crenças em saúde. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Fundação Edson Queiroz, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

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

_____. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006.

_____. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 12-19, jan. 2005a.

_____. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 479-484, maio 2005b.

DE LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 256-60, jul./ago. 2006.

FONSECA, A. M., et al. Climatério: abordagem atual do diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 61, n. 1/2, p. 65-69, jan./fev. 2004.

GALLON, C. W. **Perfil nutricional e qualidade de vida de mulheres no climatério**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GIACOMINI, C. H. A. Regionalização da Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. Londrina, n. 8, maio 1992.

GIACOMINI, D. R.; MELLA, E. A. C. Reposição hormonal: vantagens e desvantagens. **Semina: Ciências Biológicas e Saúde**, Londrina, v. 27, n.1, p. 71-92, jan./jun. 2006.

GRINGS, A. C. et al. Riscos e benefícios da terapia de reposição hormonal (TRH) em mulheres na menopausa. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 229-233, 2009.

GUIMARÃES, A. C. A.; BAPTISTA, F. M. Índice de massa corporal e qualidade de vida relacionada com a saúde em mulheres de meia idade. **Revista Brasileira de Clínicas Médicas**, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 228-232, nov./dez. 2008.

GUTIERREZ, A. A.; SOTO, M. T. U.; VALDES; B. C. Climatério y Postmenopausia: aspectos educativos a considerar segun La etapa Del período. **Ciencia y Enfermería**, Concepcion, v. 12, n. 1, p. 19-27, jun. 2006.

HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

HOLANDA, L. B.; BARROS FILHO, A. A. Métodos aplicados em inquéritos alimentares. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 62-67, 2006.

INTERNATIONAL MENOPAUSE SOCIETY. **Promoting education and research on all aspects of adults women's health**. 2010. Disponível em: <<http://www.imsociety.org/>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

JURUENA, M. F.; MARTINS, C. M. Aspectos psiconeuroendócrinos do climatério: depressão e menopausa. In: ALMEIDA, A. B. **Reavaliando o climatério**: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 53-63.

- KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, jul./ago. 2008.
- LIMA-COSTA, M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 9, n. 1, p. 23-41, mar. 2000.
- LINS, A. P. M.; SCHIERI, R. Influência da menopausa no índice de massa corporal. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabolologia**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2001.
- LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Prevenção do câncer de colo de útero e mama: protocolo**. 1. ed. Londrina: AMS, 2006.
- _____. Prefeitura Municipal. Autarquia Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2008-2011**. Londrina: AMS, 2008.
- _____. Prefeitura Municipal. Secretaria de Assistência a Saúde / DAB –DATASUS. **Sistema de informação de atenção básica (SIAB): Consolidado das famílias cadastradas do ano de 2009 da zona geral**. Londrina: SMS, 2009.
- MARTINS, M. A. D. et al. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 196-202, abr. 2009.
- MENDONÇA, E. A. P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 751-762, jul./set. 2004.
- MURATA, I. M. H.; SCHIRMER, J. Manifestações biopsicogênicas decorrentes do climatério entre trabalhadoras de uma universidade pública. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 2, abr./jun. 2004.
- OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistida em grupo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 519-26, jul./set. 2008b.
- _____. O climatério sob a ótica de mulheres assistidas em uma unidade de saúde da família de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 42-53, jan./mar. 2008a.
- PEDRO, A. O. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 4, p. 484-90, ago. 2002.
- PEREIRA, Q. L. S.; SIQUEIRA, H. C. H. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 366-71, abr./jun. 2009.

SANCHES, T. R. et al. Avaliação dos sintomas climatéricos na mulher em menopausa e pós-menopausa em uso de proteína isolada de soja. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.169-73, 2010.

SANTOS, L. M., et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase de vida. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.10, n. 1, p. 20-26, jan./jun. 2007.

SANTOS, M. D. **Manifestações climatéricas**: uma contribuição à saúde da mulher. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) - Universidade de Franca, Franca, 2006.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação e Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. Área temática da Saúde da Mulher. **O climatério em suas mãos**: manual para profissionais de saúde. São Paulo: SMS, 2004.

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

SILVEIRA, I. L. et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 420-427, ago. 2007.

SMELTZER, S. A.; BARE, S. C. **Brunner & Suddart**: tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. v. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. **Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à saúde da mulher climatérica**. São Paulo: SOBRAC, 2003.

UTIAN, W. H. Quality of life (QOL) in menopause. **Maturitas**, Limerick, v. 57, n. 4, p. 100-102, 2007.

VALADARES, et al. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 299-304, jul./ago. 2008.

WANNMACHER, L.; LUBIANCA, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atual. **Uso racional de medicamento**: temas selecionados, Brasília, v. 1, n. 6, p.1-6, maio, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global age-friendly cities**: a guide. Gênova, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Formulário para Coleta de Dados

() 1ª Digitação () 2ª Digitação

Dados de Identificação					
Nº:	Entrevistador:	Data: ___/___/___			
Endereço:					
Telefone:			Data de Nascimento: ___/___/___		
1. Dados Socioeconômicos e Demográficos					
1.1 Qual o seu estado civil?	1 <input type="checkbox"/> Solteira 2 <input type="checkbox"/> Casada	3 <input type="checkbox"/> Separada/Divorciada 4 <input type="checkbox"/> Viúva	5 <input type="checkbox"/> União Estável		
1.2 Raça/cor	1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta/Negra 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Indígena 5 <input type="checkbox"/> Amarela 6 <input type="checkbox"/> Outra: _____				
1.3 Qual a última série que estudou?	1 <input type="checkbox"/> Não estudou 2 <input type="checkbox"/> até a 4ª série incompleta 3 <input type="checkbox"/> da 4ª série completa a 8ª série incompleta 4 <input type="checkbox"/> 8ª série completa a curso médio incompleto		5 <input type="checkbox"/> Curso médio completo 6 <input type="checkbox"/> Curso universitário completo 7 <input type="checkbox"/> Curso universitário incompleto		
2. Classificação Econômica (ABEP – CCEB)					
Posse de Itens	Não Tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
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
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou duplex)	0	0	2	2	2
Grau de Instrução do Chefe da Família					
Analfabeto/primário incompleto/ até a 3ª série do fundamental					0
Primário Completo/ginásial incompleto/até a 4ª série do fundamental					1
Ginásial completo/colegial incompleto/ fundamental completo					2
Colegial completo/superior incompleto/ ensino médio completo					4
Superior completo					8
TOTAL ABEP					
3. Condições de Saúde					
3.1 Uso e Acesso ao Serviço de Saúde					
3.1.1 Foi atendida no posto de saúde nos últimos 6 meses?	3.1.2 Qual o motivo?				
Se não, ir para questão 3.1.4	1 <input type="checkbox"/> consulta médica de rotina (doença crônica ou pré existente)				
	2 <input type="checkbox"/> coleta de exames				
3.1.3 Suas necessidades foram atendidas? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> queixa ou sintoma agudo				
	4 <input type="checkbox"/> busca por receita de medicamentos controlados				
	5 <input type="checkbox"/> busca de medicamentos de uso contínuo				
	6 <input type="checkbox"/> busca por guia de consulta				
3.1.4 Sua última consulta odontológica foi realizada há quanto tempo?	7 <input type="checkbox"/> outros				
	1 <input type="checkbox"/> Há 1 ano ou menos				
	2 <input type="checkbox"/> entre 2 a 3 anos				
	3 <input type="checkbox"/> Mais de 3 anos				
					4 <input type="checkbox"/> Não se recorda

3.2 Dados Clínicos**3.2.1 Presença de Comorbidades**

3.2.1.1 A Sra. apresenta/ou alguns destes problemas?	1 Hipertensão arterial	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	2 Diabetes Mellitus	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	3 Doença Cardiovascular	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	4 Acidente Vascular Encefálico	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	5 Doença Renal Crônica	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	6 Artrite/Reumatismo	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	7 Bronquite/Asma	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	8 Câncer	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	9 Osteoporose	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	10 Tireoideopatia	1 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> hipertiroidismo <input type="checkbox"/> hipotiroidismo 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	11 Depressão	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	12 Outros	

3.2.2 Índice de Massa Corpórea

Peso (Kg):	Altura(m):	IMC (Kg/m ²):
------------	------------	---------------------------

3.2.3 Consumo de Medicamentos

3.2.3.1 Faz uso contínuo de medicamentos como:	1. Anti hipertensivo	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos
	2. Hipoglicemiante oral/insulina	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos
	3. Corticóides	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos
	4. Hormônios tireoidianos	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos
	5. Antidepressivos	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos

3.2.4 Realização de Exames

3.2.4.1 Exames que realizou no último ano?	1. Mamografia 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar 1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	2. USG de mama 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar 1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar

3. Exames laboratoriais:	
Colesterol	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Triglicérides	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Glicose	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
TSH	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
FSH	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Densitometria Óssea	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
	1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
Outros exames:	

3.3 Dados Ginecológicos e Obstétricos

3.3.1 Realizou exame preventivo de câncer ginecológico nos últimos três anos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar 1 <input type="checkbox"/> Normal 2 <input type="checkbox"/> Alterado 3 <input type="checkbox"/> Não sabe informar
3.3.2 Número de gestações?	Nº de partos normais: _____ Nº de parto de cesarianas: _____ Nº de abortos: _____
3.3.3 Faz ou fez uso de algum método contraceptivo?	1 <input type="checkbox"/> oral (pílula) 2 <input type="checkbox"/> injetável 3 <input type="checkbox"/> DIU 4 <input type="checkbox"/> outro qual? _____
3.3.4 Ainda menstrua?	1 <input type="checkbox"/> Sim DUM: ___/___/___ 2 <input type="checkbox"/> Não Se sim ir para questão 3.3.6
3.3.5 Com que idade notou interrupção espontânea e definitiva da menstruação?	1 <input type="checkbox"/> Menos de 40 anos 2 <input type="checkbox"/> entre 40 a 45 anos 3 <input type="checkbox"/> 45 a 50 anos 4 <input type="checkbox"/> 50 a 60 anos
3.3.6 Realiza terapia de reposição hormonal?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ Tempo de uso: 1 <input type="checkbox"/> < 5 anos 2 <input type="checkbox"/> 5 a 14 anos 3 <input type="checkbox"/> 15 a 24 anos 4 <input type="checkbox"/> >25 anos
3.3.7 Fez alguma cirurgia ginecológica?	1 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Histerectomia (retirada do útero) <input type="checkbox"/> Ooforectomia (retirada dos ovários) <input type="checkbox"/> Laqueadura tubária <input type="checkbox"/> Retirada de cisto <input type="checkbox"/> outra qual? _____ Com que idade: _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

3.4 Dados da Vida Conjugal e Sexual

3.4.1 Tem vida sexual ativa? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Se não, ir para item 4			
3.4.2 Percebeu alguma destas alterações no seu relacionamento conjugal nos últimos 5 anos?			
1 <input type="checkbox"/> Dor/ardência na vagina durante o ato sexual 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Frieza do companheiro 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não	
1 <input type="checkbox"/> Abuso do companheiro 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Isolamento do companheiro 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não	
1 <input type="checkbox"/> Frieza da mulher 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		1 <input type="checkbox"/> Falta de prazer nas relações sexuais 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não	
4. Estilo de Vida			
4.1 Hábitos Alimentares			
4.1.1 Quantas refeições faz por dia?		1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 ref./dia 2 <input type="checkbox"/> 3 ref./dia 3 <input type="checkbox"/> 4 ref./dia 4 <input type="checkbox"/> > que 4 ref./dia	
4.1.2 O que você comeu nas últimas 24 horas (de ontem até o momento da entrevista?)		(Grupo de risco)	
		1 <input type="checkbox"/> Ovo 2 <input type="checkbox"/> Vísceras (miúdos) 3 <input type="checkbox"/> Carne vermelha 4 <input type="checkbox"/> Carne gordurosa 5 <input type="checkbox"/> Salsicha 6 <input type="checkbox"/> Presunto 7 <input type="checkbox"/> Salame 8 <input type="checkbox"/> Mortadela 9 <input type="checkbox"/> Leite integral 10 <input type="checkbox"/> Manteiga 11 <input type="checkbox"/> Queijos (amarelos) 12 <input type="checkbox"/> Café, chá preto ou mate 13 <input type="checkbox"/> Doces 14 <input type="checkbox"/> Massa 15 <input type="checkbox"/> Pão 16 <input type="checkbox"/> Refrigerante	
		(Grupo recomendado)	
		1 <input type="checkbox"/> Queijo branco ou Ricota 2 <input type="checkbox"/> Frutas 3 <input type="checkbox"/> Brócolis 4 <input type="checkbox"/> Couve 5 <input type="checkbox"/> Agrião 6 <input type="checkbox"/> Outros Legumes 7 <input type="checkbox"/> arroz 8 <input type="checkbox"/> Feijão 9 <input type="checkbox"/> Batata, cenoura ou mandioca 10 <input type="checkbox"/> leite desnatado 11 <input type="checkbox"/> iogurte 12 <input type="checkbox"/> peixe 13 <input type="checkbox"/> derivados de soja 14 <input type="checkbox"/> lentilha 15 <input type="checkbox"/> chá verde	
4.2 Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas e Tabagismo			
4.2.1 Ingere algum tipo de bebida alcoólica? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Se não, pule para a questão 4.2. 3			
4.2.2 Quais os tipos de bebida que costuma consumir? Qual a frequência e a quantidade que consome?	Tipo *aceita mais que uma resposta	Frequência	Quantidade
	1 <input type="checkbox"/> Cerveja 2 <input type="checkbox"/> Cachaça 3 <input type="checkbox"/> Vinho 4 <input type="checkbox"/> Wisk 5 <input type="checkbox"/> Outro	1 <input type="checkbox"/> Diariamente 2 <input type="checkbox"/> 1 a 2 vezes/semana 3 <input type="checkbox"/> 3 a 6 vezes/semana 4 <input type="checkbox"/> Eventualmente	1 <input type="checkbox"/> um cálice (150ml) /copo (360ml) 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 3 cálices/copos 3 <input type="checkbox"/> de 4 cálices/copos a uma garrafa 4 <input type="checkbox"/> Mais de uma garrafa
4.2.3 A Sra. frente ao tabagismo se considera?		1 <input type="checkbox"/> Fumante ativo ou que parou a menos de 6 meses 2 <input type="checkbox"/> Ex fumante (quem parou há mais de 6 meses) 3 <input type="checkbox"/> Nunca fumou	
4.3 Atividade Física			
4.3.1 Está fazendo alguma atividade física? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Se Não, ir para a questão 4.4			
4.3.2 Qual destas atividades físicas realiza? Especifique com qual frequência?	Atividade	Frequência/Semana	Tempo/Atividade.
	1 <input type="checkbox"/> Caminhada	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
	2 <input type="checkbox"/> Corrida	1 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
	2 <input type="checkbox"/> Dança	2 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
	3 <input type="checkbox"/> Ginástica	3 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
4 <input type="checkbox"/> Musculação	4 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m	

	5 <input type="checkbox"/> Fubetol/Vôlei/Basq.	5 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
	6 <input type="checkbox"/> Outras: _____	6 <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> 3 ou + <input type="checkbox"/> Às vezes	1 <input type="checkbox"/> 30m ou mais 2 <input type="checkbox"/> menos de 30m
4.4 Atividades de Lazer			
4.4.1 Tem o hábito de realizar alguma atividade de lazer que a satisfaça?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
4.4.2 Se sim, qual?	1 <input type="checkbox"/> TV 2 <input type="checkbox"/> Vídeo 3 <input type="checkbox"/> CD 4 <input type="checkbox"/> Rádio 5 <input type="checkbox"/> Cinema 6 <input type="checkbox"/> Baile 7 <input type="checkbox"/> Praça 8 <input type="checkbox"/> Shopping 9 <input type="checkbox"/> participação em comunidades 10 <input type="checkbox"/> trabalhos manuais 11 <input type="checkbox"/> Outros _____		
4.5 Interação Social			
4.51 Percebeu alguma destas alterações no seu relacionamento social nos últimos 5 anos? (relacionamento com as pessoas – amigos, sociedade, com você mesma...)	1 <input type="checkbox"/> Indiferença 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
	2 <input type="checkbox"/> Solidão 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
	3 <input type="checkbox"/> Isolamento 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
	4 <input type="checkbox"/> Inutilidade 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
	5 <input type="checkbox"/> Preocupação com o envelhecimento 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
	6 <input type="checkbox"/> Tristeza/melancolia 1 <input type="checkbox"/> Sempre 2 <input type="checkbox"/> Às vezes 3 <input type="checkbox"/> Raramente 4 <input type="checkbox"/> Não		
5. Percepção de Sintomas Climatéricos			
5.1 A Sra. percebeu algum destes sintomas climatéricos no último ano?			
1 Sintomas Vasomotores	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
2 Parestesia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
3 Insonia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
4 Nervosismo	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
5 Melancolia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
6 Vertigem	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
7 Fadiga	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
8 Artralgia/Mialgia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
9 Cefaléia	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
10 Palpitações	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
11 Formigamento	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo
12 Fogachos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	No fogachos/dia: _____ Idade de início dos fogachos: _____	
13 Outro sintoma: _____			
Pontuação obtida: _____			
5.2 A Sra. teve acesso para registrar suas queixas referente a este ciclo de vida no Posto de Saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

5.3 Quantos atendimentos teve para tratar especificamente destes sintomas relatados? <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> mais de 2
5.4 A Sra. se sentiu ouvida e suas necessidades atendidas nestes atendimentos? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Sempre
5.5 Foi indicado algum tratamento, orientação ou encaminhamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual? - _____

Data do 1º Convite: ____/____/____; Horário: ____:____; Dia da semana: ____

Entrevistado

Não (motivo): _____

Data do 2º Convite: ____/____/____; Horário: ____:____; Dia da semana: ____

Entrevistado

Não (motivo): _____

NO CASO DE PERDA OU EXCLUSÃO			
Motivo da Perda	1 <input type="checkbox"/> Não compareceu após segundo contato para a avaliação	Motivo da Exclusão	1 <input type="checkbox"/> Mudou-se
	2 <input type="checkbox"/> Recusa		3 <input type="checkbox"/> Endereço errado
	3 <input type="checkbox"/> Outro		4 <input type="checkbox"/> Óbito
			5 <input type="checkbox"/> Outro

APÊNDICE B

Carta Convite

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: “Condições de Saúde de Mulheres Climatéricas Usuárias de uma Unidade Básica de Saúde”, que tem como objetivo Identificar as condições de saúde de mulheres climatéricas usuárias de uma Unidade de Saúde da Família de Londrina-PR.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar no dia da avaliação que será realizada em (___/___/___ as __:___ **Local:**_____). Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso acarrete qualquer penalidade.

Os procedimentos da pesquisa envolvem perguntas sobre a sua situação de saúde, em especial sobre o ciclo de vida em que se encontra, sua alimentação, utilização de medicamentos, prática de atividade física, sintomatologia percebida no climatério e sobre alguns bens presentes em sua casa.

Venha e tire suas dúvidas no dia de sua entrevista e avaliação. Qualquer dúvida até o dia de sua avaliação é só me contatar pelo fone (43) 3379-0883 ou (43) 9982-9472 e falar com a Ana Olympia Marcondes Dornellas.

Obrigada por sua participação!

Ana Olympia Velloso Marcondes Dornellas

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, RG _____, abaixo assinado, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de sujeito objeto da pesquisa que fui devidamente esclarecida a respeito do projeto de pesquisa intitulado “Condições de Saúde de Mulheres Climatéricas Usuárias de uma Unidade Básica de Saúde” desenvolvido pela mestrandia Ana Olympia V. Marcondes Dornellas do programa de pós graduação *Stricto Sensu* em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Estadual de Londrina, quanto aos seguintes aspectos:

- a) Justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) Garantia e esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia;
- c) Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- d) Garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade.

Declaro, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Londrina, _____ de _____ de 2000.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Ana Olympia V. Marcondes Dornellas

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D

Pedido de Permissão para Pesquisa no Serviço de Saúde

Á

Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Coordenação de Educação Permanente/Estágio/Pesquisa da Gerência de Educação em Saúde

Venho por meio deste, comunicar que mediante o desenvolvimento da dissertação para obtenção de título no Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, há necessidade de pesquisa de campo em uma Unidade de Saúde dessa secretaria. Assim, vimos solicitar um pedido de permissão a Secretaria de Saúde para que se possa desenvolver a pesquisa na UBS Guanabara sob orientação da Prof^a. Dr^a Maria do Carmo Haddad , intitulada: “Condições de Saúde de Mulheres no Climatério Usuárias de uma Unidade Básica de Saúde”, onde haverá exclusivo sigilo das mulheres em questão e autorização prévia do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná. O projeto ostenta uma identificação e análise de quem são essas mulheres e como estão inseridas no processo do ciclo de vida em que se encontram, com o objetivo de sugerir implementações na abordagem, tratamento e prevenção a essas mulheres, melhorando não só o conhecimento das mesmas com relação ao seu processo de envelhecimento como subsidiando condições de hábitos saudáveis de vida, diminuindo os riscos e/ou o surgimento e agravamento de patologias no climatério, evitando maiores transtornos físicos e emocionais em tais mulheres.

Na certeza de contarmos com sua valiosa colaboração, antecipo agradecimentos.

Atenciosamente,

Ana Olympia V. Marcondes Dornellas

Londrina, 28 de maio de 2009.

ANEXO

ANEXO A

Índice Menopausal de Blatt e Kupperman

Total: _____

Tipo dos sintomas	Leves	Moderados	Severo
Vasomotores	4	8	12
Parestesia	2	4	6
Insônia	2	4	6
Nervosismo	2	4	6
Melancolia	1	2	3
Vertigem	1	2	3
Fadiga/Fraqueza	1	2	3
Artralgia/Mialgia	1	2	3
Cefaléia	1	2	3
Palpitações	1	2	3
Formigamento	1	2	3
Total	17	34	51

Leve: até 19**Moderado:** de 20 a 35**Severo:** acima de 35

Nº fogachos/dia: _____

Idade de início dos fogachos: _____

ANEXO B
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA

Londrina, 7 de dezembro de 2009.

CEP 331/09 - CAAE: 0018.0.083.083-09
Ofício nº. 040/09 BIOISCAL

<p style="font-size: small;">Cliente</p> <p>Em: 21/10/10</p> <p style="text-align: right;"><i>Adriano</i></p>

Ilma. Sra.:
Ana Olympia Velloso Marcondes Dornellas

O Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina – BIOISCAL, de acordo com orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/MS, APROVA a realização do Projeto: “CONDIÇÕES DE SAÚDE DE MULHERES CLIMATÉRICAS USUÁRIAS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”

E informamos que deverá ser comunicado, por escrito, qualquer modificação que ocorrer no desenvolvimento da pesquisa, e segundo esta resolução acima citada, no § 3º do art. IX, deve ser encaminhado a este Comitê, relatório parcial semestral (vencimento 27/05/2010) e final da pesquisa.

Desejamos sucesso e êxito na realização do mesmo que contribuirá no aprimoramento da assistência à saúde.

Atenciosamente,

Elvira

Ir. Elvira Maria Perides Lawand
Coordenadora do BIOISCAL