

JARBAS POLI

**PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS ATRIBUÍDOS AO CLIMATÉRIO,
EM RELAÇÃO À IDADE E/OU À MENOPAUSA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Almir Antônio Urbanetz
Co-orientador: Prof. Dr. Aníbal Faúndes.

CURITIBA
2001



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências da Saúde
Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia
Maternidade do Hospital de Clínicas

TERMO DE APROVAÇÃO

JARBAS POLI

ANÁLISE CLÍNICA DA PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS ATRIBUÍDOS AO CLIMATÉRIO EM RELAÇÃO À IDADE E/OU À MENOPAUSA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná, pela Comissão formada pelos professores:

Orientadores: Prof. Dr. Almir Antonio Urbanetz
Setor de Ciências da Saúde, UFPR
Prof. Dr. Aníbal Faúndes
UNICAMP

Examinadores: Prof. Dr. Mauri José Piazza
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Prof. Dra. Claudete Reggiani Mello
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Prof. Dr. César Luiz Boguszewski
Setor de Ciências da Saúde, UFPR

Curitiba, 06 de julho de 2001.

Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade
Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da UFPR

“Molte delle cose che noi crediamo opera della scienza odierna già si trovano nei vecchi libri, così che non a torto si pensa che l'evoluzione scientifica sia paragonabile a una spirale che sale nell'infinito.

Noi ascendiamo faticosamente questa via e ci ritroviamo sempre allo stesso punto: solo possiamo vedere le cose più dall'alto e sotto un aspetto più nobile, più preciso e più puro”.

Alberigo Benedicenti, Milano, 1947

(Muitas das coisas que acreditamos obra da ciência moderna já se encontram nos velhos livros; assim, acertadamente se pensa que a evolução científica seja comparável a uma espiral que sai no infinito. Nós subimos penosamente este caminho e nos encontramos sempre no mesmo ponto: apenas podemos enxergar as coisas mais do alto e sob um aspecto mais nobre, mais preciso e mais puro).

À minha esposa Lúcia, aos meus filhos Patrícia, Leonardo e Isabela, pelas horas privadas, pelo amor e confiança que incentivaram a realização deste curso.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes pela dedicação, orientação, paciência, sensibilidade em transmitir seu profundo amor à ciência.

Ao Prof. Dr. Rosires Pereira de Andrade, pela oportunidade e estímulo, pela capacidade de executar o projeto do mestrado.

Ao Prof. Dr. Almir Antonio Urbanetz, pela orientação deste trabalho.

Ao Prof. José Sória Arrabal, Chefe do Departamento de Tocoginecologia, pelo carinho e coleguismo.

A todos os Professores desse Departamento, com respeito e orgulho, pela oportunidade de convívio.

À Prof^ª. Dr^ª Claudete Regiane de Mello pela amizade e apoio.

À Prof^ª. Dr^ª. Julieta de Andrade, pela revisão do texto, e espírito científico na estruturação desta dissertação.

A todos os meus colegas de curso de mestrado, pela forma carinhosa de tratamento e ensinamentos que me transmitiram.

A todos os meus familiares que me ensinaram a amar, nas figuras de minha irmã Gilda, educadora por natureza, e de sua filha Marta, colega de profissão, pelo seu amor à vida.

Ao Departamento de Análise Estatística da Cemicamp, nas pessoas da Sra. Maria Helena Souza e Sra. Cecília Silva B. Araujo, pela disposição em ajudar de forma competente, com solicitude e amabilidade.

Aos meus parceiros Julio Mizuta e Sérgio Bichat Rodrigues, pela amizade e compreensão durante o período em que precisei me dedicar ao Mestrado.

Ao colega Norio Ito pelo apoio, e à sua esposa Giane Carla Ito pela computação de dados.

À Inês Polon, auxiliar de enfermagem e à Fernanda Meneguzzi, secretária, pela atenção e carinho dedicados às clientes.

A todos os amigos, felizmente muitos, que me incentivaram.

Aos colegas pioneiros em Cascavel, que tão bem me receberam, e aos posteriores à minha chegada, que sempre me prestigiaram.

Às mulheres participantes desta pesquisa, todo o meu respeito e gratidão.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| LISTA DE TABELAS | viii |
| LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS | xi |
| RESUMO | xii |
| ABSTRACT | xiii |
| 1 INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 OBJETIVOS | 14 |
| 3 REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 4 SUJEITOS E MÉTODOS | 22 |
| 4.1 DESENHO | 22 |
| 4.2 SELEÇÃO DE SUJEITOS | 22 |
| 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 22 |
| 4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 22 |
| 4.5 VARIÁVEIS E CONCEITOS | 23 |
| 4.5.1 Variáveis independentes | 23 |
| 4.5.2 Variáveis dependentes | 24 |
| 4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS | 25 |
| 4.7 COLETA DE DADOS | 25 |
| 4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 26 |
| 5 RESULTADOS | 28 |
| 5.1 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM A PREVALÊNCIA DA QUEIXA ONDA DE CALOR/FOGACHO | 28 |
| 5.1.1 Análise bi-variada | 28 |
| 5.1.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre estado menopausal e queixa de calor/ fogaço, em mulheres de 40 a 49 anos | 28 |
| 5.1.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas de calor/fogaço atribuídas à menopausa | 29 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.2 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM A PREVALÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS CARDIOVASCULARES | 30 |
| 5.2.1 Análise bi-variada | 30 |
| 5.2.1.1 Fôlego curto/falta de ar | 30 |
| 5.2.1.2 Dor ou pressão no peito | 30 |
| 5.2.1.3 Palpitações | 32 |
| 5.2.1.4 Fraqueza/fadiga | 32 |
| 5.2.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre estado menopausal e sintomas cardiovasculares, em mulheres de 40 a 49 anos | 33 |
| 5.2.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas cardiovasculares atribuídas à menopausa | 34 |
| 5.3 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DA MULHER COM PREVALÊNCIA DE SINTOMAS GENITURINÁRIOS | 35 |
| 5.3.1 Análise bi-variada | 35 |
| 5.3.1.1 Perda do controle urinário | 35 |
| 5.3.1.2 Secura vaginal | 35 |
| 5.3.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre o estado menopausal e sintomas geniturinários, em mulheres de 40 a 49 anos | 36 |
| 5.3.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas geniturinárias atribuídas à menopausa | 37 |
| 5.4 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM PREVALÊNCIA DE QUEIXAS NEUROLÓGICAS E PSICOLÓGICAS | 38 |
| 5.4.1 Análise bi-variada | 38 |
| 5.4.1.1 Perda de memória | 38 |
| 5.4.1.2 Amortecimento/dormência | 38 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5.4.1.5 Distúrbio de sono | 40 |
| 5.4.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre menopausa e sintomas neurológicos e psicológicos, em mulheres de 40 a 49 anos | 41 |
| 5.4.2.1 Queixas neurológicas | 41 |
| 5.4.2.2 Queixas psicológicas | 41 |
| 5.4.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas neurológicas e psicológicas atribuídas à menopausa | 42 |
| 5.4.3.1 Queixas neurológicas | 42 |
| 5.4.3.2 Queixas psicológicas | 43 |
| 5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE MENOPAUSA E IDADE DAS MULHERES, COM PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS | 44 |
| 5.5.1 Análise bi-variada | 44 |
| 5.5.1.1 Perda do desejo sexual | 44 |
| 5.5.1.2 Dor na relação sexual | 44 |
| 5.5.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre a menopausa e queixas sexuais, em mulheres de 40 a 49 anos | 45 |
| 5.5.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas sexuais atribuídas à menopausa | 46 |
| 6 DISCUSSÃO | 47 |
| 7 CONCLUSÕES | 66 |
| REFERÊNCIAS | 67 |
| APÊNDICES | 76 |
| ANEXOS | 91 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 1 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO CALOR/FOGACHOS EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO | 28 |
| TABELA 2 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE CALOR/FOGACHO E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 29 |
| TABELA 3 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE CALOR/FOGACHO EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 30 |
| TABELA 4 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO FÔLEGO CURTO/ FALTA DE AR EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 31 |
| TABELA 5 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR OU PRESSÃO NO PEITO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 31 |
| TABELA 6 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PALPITAÇÕES NO GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 32 |
| TABELA 7 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO FRAQUEZA/ FADIGA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 33 |
| TABELA 8- VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE OUTRAS QUEIXAS CARDIOVASCULARES EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 33 |
| TABELA 9 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE OUTRAS QUEIXAS CARDIOVASCULARES EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA | 34 |
| TABELA 10 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DE CONTROLE URINÁRIO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO O GRUPO..... | 35 |
| TABELA 11 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO SECURA VAGINAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 36 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 12 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS GENITURINÁRIAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 37 |
| TABELA 13 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS GENITURINÁRIAS NO GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 37 |
| TABELA 14 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DE MEMÓRIA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 38 |
| TABELA 15 - PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO AMORTECIMENTO/DORMÊNCIA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 39 |
| TABELA 16 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR DE CABEÇA NO GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 39 |
| TABELA 17 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DIVERSAS QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 40 |
| TABELA 18 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DISTÚRBIOS DE SONO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 41 |
| TABELA 19- VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUEIXAS NEUROLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 41 |
| TABELA 20 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 42 |
| TABELA 21 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS NEUROLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 43 |
| TABELA 22 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 43 |
| TABELA 23 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DO DESEJO SEXUAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 44 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABELA 24 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR NA RELAÇÃO SEXUAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO..... | 45 |
| TABELA 25 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 46 |
| TABELA 26- VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA..... | 46 |

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

| | |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| IMB | = índice menopausal de BLATT |
| E₂ | = estradiol |
| FIGO | = Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia |
| FSH | = hormônio folículo estimulante |
| GnRH | = hormônio liberador das gonadotrofinas |
| IBGE | = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | = índice de massa corpórea |
| Kg/m² | = quilograma por metro quadrado |
| LH | = hormônio luteinizante |
| MEDPLUS | = Sistema gerenciador de consultório (software) |
| mUI/mL | = miliunidades internacionais por mililitro |
| (n) | = número total de mulheres |
| OMS | = Organização Mundial de Saúde |
| p | = nível de significância |
| pH | = concentração hidrogeniônica |
| p@ | = teste qui-quadrado de Yates comparação dos grupos de mulheres pré e pós-menopausa |
| p# | = teste qui-quadrado de Yates comparação dos grupos de mulheres pós menopausa |
| TRH | = terapia de reposição hormonal |
| SUS | = Sistema Único de Saúde |
| > | = maior |
| < | = menor |
| * | = asterisco para assinalar valores não significativos |
| % | = porcentagem |

RESUMO

Analisa a correlação entre, de um lado, a idade e a menopausa e, de outro, a prevalência de queixas atribuídas ao climatério, em mulheres da região Oeste do Paraná, atendidas em hospital conveniado com o SUS e em clínica particular na cidade de Cascavel, de junho 1998 a maio de 1999. O estudo comparativo é de corte transversal, com 367 mulheres divididas em três grupos: o primeiro, grupo com 167 mulheres entre 40 e 49 anos com eumenorréia (em pré-menopausa) o segundo, com 65 mulheres em pós-menopausa, na mesma faixa etária; e um terceiro grupo de 135 mulheres em pós-menopausa e de 50 a 59 anos. Todas consentiram voluntariamente em participar da pesquisa. As informações sobre sintomas e sua caracterização (ou não) como problemas para as pacientes, foram adaptados a partir de questionário proposto por Sarrel (1993); versa sobre 16 queixas, que foram classificadas em cardiovasculares, geniturinárias, neurológicas, psicológicas e sexuais. As mulheres em pós-menopausa e de 40 a 49 anos foram comparadas com mulheres da mesma idade em pré-menopausa; e com mulheres entre 50 a 59 anos, e em pós-menopausa. Para análise do resultado foi utilizado o teste do qui-quadrado, com valor de p inferior a 10% ($p < 0,10$). Os resultados do presente estudo revelam que a grande queixa associada ao início da menopausa são as ondas de calor/fogacho junto com a sensação de secura vaginal. Enquanto os fogachos diminuem e desaparecem mais tarde, a queixa geniturinária (secura vaginal) permanece. Outras queixas cardiovasculares (fôlego curto/falta de ar; dor ou pressão no peito; palpitação; fraqueza ou fadiga) atribuídas a menopausa não aparecem associadas ao momento do início desta fase de vida ou da idade da mulher, porém a associação surge quando avaliada em relação ao tempo do início da menopausa. As queixas psíquicas-neurológicas (perda de memória; amortecimento/dormência; dor de cabeça; medo de estar sozinha; depressão, ansiedade, distúrbios do sono) não tiveram relação nem com a idade nem com a menopausa, porém a proporção de mulheres que consideraram essas queixas como problemas, foi maior quanto maior a idade e o tempo de menopausa. As queixas sexuais (perda do desejo sexual; dor na relação sexual) tiveram maior prevalência associadas a menopausa e idade principalmente quando consideradas problemas, assim como ao maior tempo após-menopausa.

ABSTRACT

This study analyzes the relation between, on one side, the age and the menopause, and on the other, the prevalence of the complaints attributed to the climatory in women from the West of Paraná State seen at Agreed Hospitals of SUS (Sistema Único de Saúde, the public health system), and at private clinics in Cascavel City, from June 1998 to 1999. This comparative study is a transversal cut with 367 women divided in three groups: the first one with 167 women between 40 and 49 years old with regular menstruation (in pre-menopause); the second one with 65 women at the same age group in post-menopause; and the third and last group with 135 women between 50 and 59 years old in post-menopause. All of them volunteered to participate in the research. The information about the symptoms and their characterization (or not) as problems to the patients was adopted from the questionnaire suggested by Sarrel (1993) which reports 16 complaints classified as Cardiac, Genitourinary, Neurological, Psychological and Sexual. The women between 40 and 49 years old in post-menopause were compared with women from the same age group in pre-menopause and with women between 50 to 59 years old and in post-menopause. To analyze the data from the group with regular menstruation and at post-menopause at different age groups was used the Qui-square test with p inferior value to 10% ($p < 0,10$), and a logistic regression model for the Cardiac, Genitourinary, Neurological, Psychological and Sexual groups. According to the analyzed data, the big complaints associated with the beginning of the menopause are the heat waves/hot flushes and the feeling of dried vagina. While the hot flushes later decrease and disappear, the genitourinary complaints (vaginal dry) remain. Other cardiac complaints attributed to the menopause – such as breathlessness, chest pain, palpitation, weakness - do not appear to be associated with the starting point of this stage of a woman's life or with her age. However, the association comes when it is evaluated in relation to the beginning of the menopause. The psychic-neurological complaints (such as lack of memory, numbness, headache, fear of being alone, depression, anxiety, sleep disturbances) did not have relation neither with the age nor with the menopause. However, the percentage of women which considered the above complaints problems was bigger the older the woman was and the longer the period of menopause. The sexual complaints (such as lack of sexual lust, pain during intercourse) were more associated with the menopause and age, especially when they were considered problems, and there was a longer post-menopause period.

1 INTRODUÇÃO

Com a evolução da humanidade e a expectativa de vida da população mundial tornando-se cada vez maior, homens e mulheres estão vivendo muito além da média histórica.

As dificuldades impostas pelo desconhecimento científico sanitário em épocas passadas ceifavam vidas precocemente. Morria-se de pestes que assolavam extensas regiões, de processos infecciosos agudos ou não, como apendicite, pelviperitonites e até mesmo amigdalite que evoluíam para pericardite. Eram necessários, nos primórdios da civilização, alguns séculos para que duplicasse a população da Terra (LEMGRUBER; PÓVOA; CARNEIRO, 1999).

Segundo QUADRA e QUADRA (1982), grandes contingentes humanos eram consumidos pela absoluta precariedade das condições sanitárias, pelas formas primitivas de proteção à maternidade, pelos acidentes, conquistas e explorações; conseqüentemente não era de todo impossível que, caso alguém alcançasse os 50 ou 60 anos, fosse tratado como uma quase divindade.

Para se ter uma idéia, basta rememorar que, no Império Romano, a esperança de vida de uma recém-nascida era de 23 anos; e no fim do século XIX, era de 40 anos (MELLO et al., 1998).

Com o transcorrer do tempo, a evolução tecnológica se processando, as mudanças foram se efetuando em diversas áreas do conhecimento humano e, em conseqüência, trazendo melhorias na condição de vida.

As informações passaram a ser difundidas com maior rapidez e novas conquistas foram alcançadas com mudanças drásticas, principalmente nas últimas décadas.

Houve acentuado aumento do tempo médio da vida. Apenas como exemplo, LEMGRUBER, PÓVOA e CARNEIRO (1999), afirmam que atualmente esta faixa de tempo já é de 80 anos, e que nos Estados Unidos, há 3 anos, foi registrado 78,9 anos como tempo médio de expectativa de vida de uma mulher.

Em decorrência desse aumento de números de anos vividos, o índice de habitantes também aumenta, principalmente no segmento da população idosa (ROCHA, 1983).

Devido a esses fatores, a proporção de pessoas com idade superior a 60 anos encontra-se em crescimento em todas as partes do mundo. CUNHA (1993), relata que nos países do ocidente europeu e nos Estados Unidos, em 1900, somente 5% da população tinha mais de 65 anos. Hoje, os sexagenários já são 15% e no ano 2040 serão mais de 20% dos habitantes daqueles países.

Portanto, as características populacionais foram sofrendo modificações, e aspectos novos na maneira de se relacionar com essas pessoas tiveram que ser incrementados. Conceitos antigos foram revistos e novos foram criados.

Esta grande mudança, em um lapso de tempo muito pequeno, deve-se ao enorme progresso alcançado pela ciência, não somente devido à gama de produtos terapêuticos colocados à disposição de toda a população, mas também pela melhoria da qualidade de vida, observada em vários segmentos da sociedade, traduzida por melhores condições higiênico-dietéticas, com a conscientização da necessidade de vida mais saudável, a prática de atividades físicas, uma alimentação correta, cuidados que se iniciam já na vida intra-uterina (LEMGRUBER; PÓVOA; CARNEIRO, 1999).

Devido a esses fatores, também houve o surgimento de novas especialidades médicas, tais como a geriatria e a gerontologia, inexistentes simplesmente porque havia poucos velhos para serem tratados.

Com as novas características demográficas, com sobrevida maior e predomínio de mulheres na camada populacional de pessoas idosas na nação brasileira (IBGE, 2000a), fez surgir novos desafios na assistência médica. No passado, as mulheres faleciam antes de haver cessado suas menstruações, vivendo, teoricamente, no esplendor da aparência e vigor da forma física (BELFORT, 1999).

No Brasil, nos últimos cinco anos, o número de pessoas idosas cresceu cerca de 18,4%, fazendo com que, nesse espaço de tempo, o aumento de pessoas idosas fosse de 2,2 milhões. Em valores absolutos, chega atualmente a 14 milhões, e representa 8,8% da população brasileira (IBGE, 2000b).

Segundo IBGE (2000) o Demographic Yearbook, de 1997, mostra que o Brasil, cujo processo de envelhecimento populacional é recente, possui uma das

maiores populações idosas do mundo, superior à de países como França, Itália e Grã-Bretanha.

No Paraná, a população, que era de 9.003.804 habitantes em 1996 e projetada para 11.365.404 em 2020, mostra um contínuo crescimento da expectativa de vida, hoje em torno de 70,02 anos e que deve subir para 72,05 anos nas próximas duas décadas. Para as mulheres, a média de vida subirá de 73,5 para 75,67 anos. Para os homens, a média subirá de 66,66 para 68,56 anos. Segundo esses dados, a população paranaense do sexo feminino será maioria em 2020 (IPARDES, 2000).

Os novos conhecimentos sobre saneamento básico e de descobertas resultaram em mais tempo de vida para a população mundial, começando a se evidenciar problemas de saúde relacionados à idade.

O ser humano, vivendo mais, torna-se susceptível a uma série de condições clínicas próprias do envelhecimento e que comprometem sobremaneira a qualidade de vida, fazendo com que as mulheres em nossa época sejam submetidas a modificações importantes. (FERNANDES; CAMPOS; ALBERNAZ, 1999).

Algumas delas fazem com que alguns sintomas destaquem-se ao redor dos 40 anos, coincidente com o processo de alterações ovarianas em que há diminuição na produção de estrogênio (estradiol), pelo reduzido número de folículos (unidade funcional do ovário) presentes na camada cortical ovariana. Essa diminuição da população folicular ovariana deve-se ao desgaste constante, durante toda a vida da mulher, num processo contínuo e incessante (SILVA DE SÁ, 1993).

Segundo MACHADO (1998), esse processo biológico natural efetua-se na camada cortical do ovário, mas a camada medular (estroma) persiste com sua função e até mesmo, em determinadas mulheres, com aumento funcional (hiperplasia), o que, somado aos hormônios de supra-renais e conversão periférica (aromatização), podem manter um novo equilíbrio hormonal feminino.

MANIÇOBA et al. (1995) relatam ser o declínio da função ovariana o substrato biológico dessa fase, mais intimamente a exaustão dos folículos ováricos, donde decorre um novo e característico perfil hormonal.

Mesmo com a nova condição hormonal, mas principalmente pela ausência do hormônio feminino estradiol, a menstruação cessará. Portanto, finalizado o

funcionamento da camada cortical ovariana, a mulher terá a menopausa, que será precoce ou tardia, em função da população de folículos iniciais (MACHADO, 1998).

O termo menopausa, que deriva do grego (*men-menós*=mês) e do latim *pausa-ae*= parada, fim), significa o final dos fluxos menstruais; em outras palavras, a última menstruação. A menopausa sinaliza apenas o fim da função ovulatória (reprodutiva) e tem diagnóstico temporário e retrospectivo, pois só é assim considerada, após 12 meses sem sangrar, via vaginal, sequer uma vez.

Considerando a contínua ascensão do tempo médio de vida, espera-se que, no início do século XXI, as mulheres que tiveram sua menopausa próxima aos 50 anos, vivam mais um terço de sua vida após esse acontecimento (RAVNIKAR, 1994).

Essa fase da vida biológica da mulher, que representa a transição entre o período reprodutivo e o não - reprodutivo, ou seja, transição entre menacme e senectude que se convencionou chamar climatério.

É portanto durante esse período que ocorre a menopausa, constituindo-se um marco dentro do climatério, assim como a primeira menstruação (menarca) o é dentro da adolescência (LIMA; BARACAT, 1995).

Durante o período de climatério ocorre um conjunto de modificações hormonais fisiológicas que implicam no fim do período reprodutivo da vida da mulher, fazendo parte do processo de envelhecimento (CANELLA, 1995).

Por longo tempo, a cultura e grande parte da ciência, consideravam a menopausa, não a última menstruação, mas uma fase da vida com certa duração.

Os autores médicos escreviam sob esse período da vida da mulher de forma exuberante no passado; infelizmente eles eram pouco exatos, por falta de informações e dados científicos (SPEROFF, 1995), e alicerçavam o conceito de "estar na menopausa" que ainda persiste para muitas mulheres, fazendo com que menopausa e climatério sejam sinônimo para elas, ao contrário da ciência atual.

Para SPEROFF (1995), climatério é um período de transição do período reprodutivo das mulheres, para a pós-menopausa, marcado pela diminuição gradual na função ovariana.

O termo climatérico (LAROUSSE, 1981), foi criado em meados do século XVI, do grego *Klimatérikos*, que caminha por etapas, para designar os anos críticos do homem (grifo do autor).

Portanto, o termo climatério inicialmente era usado para alterações gonadais dos homens; mas sendo, neles, vivenciado de uma forma sintomatológica discreta, passou a ser usado para a fase de vida feminina, pois nela, em determinadas culturas, principalmente ocidentais, o climatério implica em sintomatologia exuberante, pensamentos estereotipados e equivocados. Algumas mulheres atravessam o período incólumes e outras com diferentes sintomatologias, criando um processo de folclorização de conceitos.

Em decorrência da presença, ou não, da sintomatologia, criou-se mais uma conceituação que é a síndrome climatérica, cuja idéia foi estabelecida em 1816, quando De Gardanne cunhou, na França, o termo *la ménèspausie* (HUBER, 1999).

E assim, todas as queixas manifestadas nesse período de vida eram imputadas à falência ovariana, à menopausa, ao climatério e constituíam a síndrome climatérica.

Mesmo sendo uma evolução fisiológica normal, sempre houve nesse acontecimento uma conotação depreciativa e sentido de desvalorização da mulher. O estudo científico de todos os aspectos da menstruação foi prejudicado pela enorme influência das crenças e tradições culturais. Problemas que surgem na vida sob essas circunstâncias freqüentemente foram erroneamente atribuídos à menopausa (KAUFERT; GILBERT; TATE, 1992).

Segundo NAHOUM (1979) estudou-se a incidência de sintomas e sinais não genitais em todas as faixas etárias, verificando que a maioria tem incidência semelhante em qualquer época da vida: angústias, depressão ou irritação, insônia, falta de memória, dispnéia, dor precordial, palpitações, digestão difícil, cefaléia e enxaqueca, sudorese, prurido, dores articulares, cansaço, formigamento, vertigens, lombalgia, medo; o desejo sexual se apaga ou se exacerba. Assim é também entre os 45 a 55 anos; mas nessa faixa, a crença atribui, como causa, a menopausa. NAHOUM (1979) continua relatando que são algo mais freqüentes na faixa da menopausa, palpitações e aumento de peso, e muito mais freqüentes nesta faixa, apenas, fogachos, suores e sensação de sufocação. Finaliza afirmando que mesmo

os sintomas mais freqüentes nessa época devem ser interpretados com mais cuidado.

Entretanto, dados atuais de estudos mostram que o aumento dos sintomas e problemas na mulher de meia-idade reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não eventos endócrinos da menopausa (MATTHEWS et al., 1990); e que a síndrome climatérica é resultante da interação da deficiência hormonal e de fatores socioculturais e psicológicos (URBANETZ; MINARI; OLIVEIRA, 1993).

O climatério é um período biológico obrigatório que pode ter repercussões fisiológicas, clínicas e psicológicas. A sintomatologia variada e múltipla, às vezes sem conseqüências para o organismo, outras vezes comprometendo o bem-estar feminino, sendo as mulheres, nessas condições, merecedoras de orientação, preparação e tratamento. É necessário conhecer, entender a síndrome climatérica e prevenir as doenças que incidem nesse período da vida feminina.

Às vezes, manifestações clínicas ocorridas nesse interregno, podem influir na qualidade de vida, dificultando a convivência social, diminuindo o bem estar físico e psíquico da mulher (KULAK JR.; WARREEN, 1998).

Vários estudos foram efetuados para tentar avaliar a intensidade dessas queixas, e há muito tempo os pesquisadores estão insatisfeitos com os chamados índices da menopausa, que a avaliam quantitativamente. Segundo ALDRIGHI e BUENO (1994), o primeiro índice foi criado por Jaszmann em 1953, e a seguir surgiram os de Kupperman e de Neugarten & Kraines, em 1959 e 1976, respectivamente. Várias críticas tem sido feitas em relação a estes índices, surgindo assim alguns estudos que modificaram os seus parâmetros; e idealizaram uma escala de avaliação baseada em dez sintomas com dez graus da intensidade cada um, permitindo, de modo objetivo e abrangente, avaliar o estado sintomatológico das pacientes no climatério de forma numérica.

O grande contingente novo de mulheres nessa faixa etária de climatério, com sintomatologia variada e às vezes ausente, com parâmetros qualitativos imprecisos, fez com que os estudos sobre suas causas e conseqüências aumentasse em número; da mesma maneira propiciou que o folclore e a medicina alternativa também tivessem uma expansão acentuada.

Esse novo desafio na compreensão da sintomatologia, o aguçar da curiosidade científica porque algumas mulheres são sintomáticas e outras não, o "cultismo" pela jovialidade em alguns países ocidentais, a sensação de perda e início do fim da vida com a parada de menstruações, levaram a divergências em opiniões e condutas e até mesmo a insegurança nas mulheres.

Para MACHADO (1995), apesar da mulher após menopausa ter uma produção estrogênica inferior ao necessário para a função reprodutiva, ela não é desprezível ou ausente, mas provavelmente satisfatória e importante para a manutenção da qualidade de vida, do equilíbrio endócrino e psicossocial, do trofismo genital.

Para ALDRIGHI e BUENO (1995), as mudanças endócrinas que ocorrem no organismo feminino no período climatérico são de grande importância, devendo ser conhecidas pelos profissionais que atendem mulheres nessa faixa etária, assim como pela própria paciente, pois essa fase da vida biológica feminina está associada ao processo de envelhecimento, envolvendo sensação de perda de capacidade de procriação, do vigor físico, da sexualidade e do medo de não ser mais atraente. A mulher se torna presa fácil da medicalização e vítima freqüente da promessa de rejuvenescimento através de tratamentos milagrosos e enganosos.

Mas mergulhado dentro de mitos e superstições durante séculos, o climatério foi temido e mal interpretado nas mais diversas culturas e sociedades do mundo.

Através da história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estariam relacionados a manifestações do trato reprodutivo feminino, embora muito antiga, persistiu nos nossos tempos. Essa crença não é totalmente ilógica; há razões para associar os anos do meio da vida a experiências negativas. Os eventos que vêm à mente são impressionantes: estabelecimento de uma doença ou limitação grave (ou mesmo morte) num cônjuge, parente ou amigo; aposentadoria; insegurança financeira; necessidade de prover auxílio para parentes muito idosos; separação das crianças. Portanto, não é surpresa que o evento da meia-idade, a menopausa, seja associado a idéias negativas (SPEROFF, 1995).

A dificuldade em se administrar e repassar conhecimentos científicos, para a comunidade da área da saúde e infelizmente não afeita a pesquisa; o pequeno

número de pacientes que aderem às orientações médicas; o crescente processo de folclorização dessa fase crítica da vida feminina, tudo é justificativa para estudos mais aprofundados.

Segundo LIMA e ANDRADE (1983), essas dificuldades da medicina erudita impor seus conceitos nas coletividades, facilitam a criatividade espontânea e que os especialistas chamam de mentalidade popular e os folcloristas entendem como contexto cultural espontâneo. Continuam relatando e fazendo um alerta para que a medicina erudita não se divorcie do contexto cultural real dos homens para quem, em última análise, destina seus esforços, visto que o “ministrante de cura folclórico ganha um paciente a cada vez que alguém consulta um *médico de doenças e não médico de doentes*”.

As novas tendências demográficas aliadas às novas atitudes na forma de se encarar a menopausa, redefiniram conceitos e, o processo de envelhecimento tem que ser considerado também como fator determinante do complexo sintomatológico, observado no período do climatério (MANIÇOBA et al., 1995); não esquecendo de separar sintomatologia do climatério de sintomatologia no climatério (NAHOUM, 1981).

Observa-se crescente número de mulheres que, no período do climatério, buscam atenção médica visando ao alívio da sintomatologia e manutenção da qualidade de vida, sem o desenvolvimento correspondente de meios para seu pleno atendimento.

Desta forma, esforços devem ser direcionados não só no sentido de aumentar a longevidade, como também, de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

Acredita-se ser o ginecologista o profissional que reúne as melhores condições para atender o número cada vez maior de mulheres nesta fase de vida, pois em geral ele é o primeiro médico a ser consultado para responder às questões como perda da feminilidade e envelhecimento (ALDRIGHI; BUENO, 1995).

O profissional deve se preocupar não só com as manifestações clínicas dos aparelhos urogenital, cardiocirculatório, esquelético, tegumentar, mas também com as mudanças de humor, das funções de memória e do aprendizado. Inclusive com o

rastreamento e identificação das moléstias crônicas, de interesse nesse período da vida, para adequado e oportuno tratamento (FERNANDES et al., 1999).

Entre as manifestações clínicas de curto prazo que caracterizam o climatério, os sintomas vasomotores (fogachos) são os mais comuns (70% a 80%) e os mais precoces (LIMA; BARACAT, 1995).

Entretanto, a concepção das “ondas de calor/fogacho” é individual e encontra-se relacionada a diversos fatores, como a raça e as tradições sociais, culturais e médicas da população analisada. Desta forma, estudos com japonesas demonstraram baixa ocorrência de sintomas vasomotores e as mulheres de algumas tribos do México não apresentavam qualquer queixa, exceto a irregularidade menstrual própria desta fase. Contudo, a incidência é alta em norte-americanas e européias, mormente nos dois primeiros anos de pós-menopausa e nas mulheres com menopausa cirúrgica (BORTOLETTO et al., 1995).

Essas ondas de calor, também chamadas de fogachos, podem preceder a instalação da menopausa em meses ou anos, ocorrendo em intervalos irregulares durante o dia e a noite. As pacientes referem-se a sensação de calor súbito, de caráter repetitivo, localizado no tórax, pescoço e face, acompanhada de desconforto e sudorese. Em decorrência dos estímulos fisiológicos e inconscientes, são mais freqüentes durante o sono. Entre os fatores desencadeantes dos fogachos estão relacionados os quadros de estresse, fobias, ansiedades e estímulos ambientais (IANNETTA, 1996).

Muitas vezes, as ondas de calor surgidas durante o sono resultam em insônia que perturba o dia-a-dia das pacientes com intenso cansaço. Outros sintomas podem acompanhar os fogachos: palpitações, sudorese, vertigem, cefaléia.

Com o passar dos anos, novas queixas vão sendo relatadas.

Muita discussão tem havido recentemente sobre a relação entre hipoestrogenismo após a menopausa e complicações cardíacas graves, como infarto de miocárdio (GIANNINI, 1995; FERRIANI, 2000). Este é, entretanto, um problema de baixa freqüência que exige casuísticas muito grandes e períodos prolongados de observação (HULLEY; BUSH, 1998).

Outras queixas muito mais freqüentes são classificadas habitualmente com “cardiovasculares”, tais como “fôlego curto”, “pressão no peito”, “palpitações” e

“fraqueza”. A associação entre queixas e a menopausa não é tão clara como no caso das ondas de calor, pelo que devem ser estudadas separadamente.

Entre manifestações clínicas que se instalam a médio prazo, inclui-se a atrofia do trato genital (*secura vaginal*), modificações mamárias: diminuição, flacidez, inversão gordura/parênquima (BOSSEMEYER, 1974)

Ao mesmo tempo o biótipo vai-se modificando com a idade. A paciente adquire maior quantidade de gordura abdominal, independentemente de alterações no peso: declínio da massa muscular e aumento da massa gordurosa (DAWSON; HARRIS, 1992), a vulva perde gordura e a parede vaginal torna-se delgada porque o epitélio se resume à camada basal. O pH é mais alto, em torno de 6 a 7. Há comumente vaginite (*colpite atrófica*), pois o órgão perde suas defesas naturais (LIMA; BARACAT, 1995).

Há disfunções sexuais femininas relatadas com maior freqüência nesse período da vida, sendo as mais comuns, a inadequada lubrificação vaginal (*secura vaginal*) e conseqüente dor na penetração (*dispareunia*). Outros problemas sexuais, como aversão sexual, a diminuição da responsividade sexual, a perda de sensação clitoriana (presente nessa fase) se intensificam com o passar do tempo devido ao envelhecimento (BACHMANN, 1993).

Certamente se for considerada a sexualidade como a amplitude que tem, não é possível negar que o comportamento sexual da mulher nessa fase que transita para o envelhecimento, além de hormônios e reprodução, dependerá de uma infinidade de fatores que cunharam sua identidade de gênero desde a infância.

O exercício sexual do viver, filhos, parceiros, família, cultura, costumes, particularidades pessoais, psiquismo, entre outros fatores, obrigam ao médico singularizar a orientação. Não pode haver uma conduta estabelecida para sexualidade no climatério mas sim para cada cliente, para cada mulher que vem a consulta (CANELLA, 1998).

As pressões sociais e familiares, a dificuldade em compreender mudanças ocorridas com sua sexualidade, causam uma reação psicológica, e não qualquer alteração fisiológica é o que dessexualiza as pessoas (VITIELLO, 1987).

Nesse período de vida da mulher há também importantes queixas relacionadas a sintomas psicológicos, depressão, ansiedade, perda de memória,

que têm aguçado o interesse dos pesquisadores e clínicos, na busca de modelos de compreensão etiológica que abarquem os fatores hormonais, ambientais, sem desconsiderar uma provável predisposição ambiental (FERNANDES et al., 1998).

Também há alguns sintomas neuropsíquicos que, apesar de freqüentemente encontrados nessa época, principalmente em mulheres ocidentais, não são específicos do climatério, sendo também encontrados em outras faixas etárias, portanto, provavelmente, sem relação estreita com a insuficiência estrogênica (FERNANDES et al., 1999).

Devido às mudanças biológicas descritas acima e ao aumento progressivo do tempo médio de sobrevivência da população feminina, observou-se o advento ou acentuação de problemas médicos que, a rigor, se referem a síndrome ou enfermidade relacionadas com a idade mais avançada, embora ocasionalmente possam ocorrer em faixas etárias anteriores, e que são relatadas, na maioria das vezes, como decorrentes exclusivamente do hipoestrogenismo. Entretanto, os sintomas típicos da deficiência estrogênica não devem ser confundidos com aqueles ocasionados pelo avançar da idade (SILVA DE SÁ et al., 1989).

Com o prolongamento da esperança de vida é importante considerar a sua qualidade após menopausa, e ainda constata-se um certo despreparo na área de saúde para lidar com as decorrências (ULIZAR, 1993), observe-se o fato que há quase três décadas passadas, por exemplo, na Grã-Bretanha, não era incomum que alunos do ensino médico diagnosticassem como causa a menopausa, para as reclamações sobre dores vagas em geral, em mulheres de meia idade, não exigindo qualquer outro diagnóstico (THOMPSON; HART; DURNO, 1973).

Para algumas mulheres, a menopausa sinaliza o início de uma era de envelhecimento, a aproximação da senectude, com suas conotações de diminuição da habilidade e competência.

Segundo LEMGRUBER e LEMGRUBER (1999), o termo senectude foi criado por determinação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que usou um critério incorreto, o de considerar estarem, na senectude, as pacientes a partir dos 65 anos de idade. Esse é também o critério usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Afirma que o que caracteriza esta fase da vida das mulheres é a queda do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) e o Hormônio

Luteotrófico (LH). Dentro desse critério não haveria uma delimitação em idade para a passagem do climatério para a senectude, mas sim, uma nova mudança hormonal, que ocorre em diferentes épocas da vida em diferentes mulheres. Assim, para FRAGA FILHO (1999), às pessoas muito idosas, na “quarta idade”, ultrapassando os 80 anos, é aplicado o termo senectude. Outra importante definição é a que diz respeito à senescência e a senilidade. A primeira é fisiológica, a outra patológica. É perigoso e arriscado confundi-las com o risco de subestimarmos ou, ao contrário, valorizarmos sintomas e sinais, propiciando descuidos ou excessos terapêuticos (SOUEN et al., 1992).

Toda essa sintomatologia passou a ser problema para as mulheres que têm uma relação crescente com a incorporação no mundo do trabalho e, de acordo com uma Reunião da Academia de Ginecologia de Madri (1993), este mundo do trabalho foi pensado e organizado por homens, o que se torna uma desvantagem para a mulher por sua anatomia e fisiologia (VILLORIA, 1993).

Portanto, as mulheres devem ser preparadas para o climatério produtivo, de forma objetiva, e se determinar qual a combinação de biologia, cultura e estilo de vida que contribui para um envelhecimento sadio.

Segundo LUCA (1993), há que se mudar o pensamento e alterar programas médico-sociais, preparar o espírito feminino desde a adolescência para que na menopausa haja êxito na promoção do bem-estar físico e psíquico. “A mulher na menopausa deve estar mais para a luz da aurora do que para a nostalgia do crepúsculo”.

Constata-se esforço de alguns grupos médicos em informar e conscientizar os colegas e população em geral, mas ao mesmo tempo há tendência a atribuir exclusivamente todas as queixas e distúrbios à pós-menopausa, sem considerar outras variáveis, no exemplo da idade.

É evidente que os fatores climatério com a menopausa e idade evoluem paralelamente e deve-se compreendê-los, perseguir as transformações fisiológicas e aparar possíveis deturpações de sua evolução (SOUEN et al., 1992). Tentar poder distinguir o que é provocado pela falência da função endócrina do ovário, dos sintomas e sinais que são apenas conseqüências do passar dos anos, e quais

constituem-se problemas para as mulheres. É uma situação em que não está claramente definido limites entre o fisiológico e o patológico.

Entretanto, as reais diferenças nas atitudes frente ao climatério devem e necessitam ser estudadas, pois a cultura de uma determinada sociedade é regulada como uma unidade organizada que atribui significados à realidade, dando a cada fenômeno natural um lugar e um significado particular. O significado e o impacto de qualquer fenômeno dependerão da significância atribuída, e serão diferentes em cada cultura e mesmo entre subculturas (VAN KEEP, 1983).

O fato é que a maioria das alterações orgânicas e psicológicas que incidem no período climatérico e são relacionáveis com os déficit dos estrogênos têm inequívoca etiologia multifatorial; sobre elas os níveis estrogênicos vão exercer papel coadjuvante de maior ou menor importância, mas de fato estarão implicados inúmeros outros fatores (MANIÇOBA et al., 1995).

A hipótese de controle de outros fatores implicados na sintomatologia e com o intuito de excluir falsas expectativas na mulher durante o período pré e pós-menopausa foi que despertou o interesse científico pelo assunto.

Através da observação que o autor deste estudo vinha realizando como ginecologista em um consultório particular e em hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de uma assistência integral e multidisciplinar à mulheres climatéricas, surgiu o presente trabalho.

Assim, foram selecionadas mulheres da região geográfica do Oeste do Paraná, na faixa etária de 40 a 59 anos, excluindo as tabagistas, as de índice de massa corpórea (IMC) acima de 30kg/m^2 (obesas) (GASPARINI, 2000), as portadoras de doenças crônicas e as que estivessem sob uso de qualquer medicação nos últimos 6 meses.

Foi iniciado um estudo comparativo de corte transversal, em que se avalia prevalência de queixas em três grupos de mulheres do oeste do Paraná.

No prazo compreendido de 12 meses, foi feita a coleta dos questionários e análise dos dados para avaliação da prevalência dessas queixas e distúrbios e da possibilidade de o fator idade ter influência sobre a associação com a pré e pós-menopausa sintomaticamente.

2 OBJETIVOS

2.1 Avaliar a associação da idade das mulheres e do estado de pré ou pós-menopausa com a queixa calor/fogacho.

2.2 Avaliar a associação da idade das mulheres e do estado de pré ou pós-menopausa com outras queixas cardiovasculares.

2.3 Avaliar a associação da idade das mulheres e do estado de pré ou pós-menopausa com as queixas geniturinárias.

2.4 Avaliar a associação da idade das mulheres e do estado de pré ou pós-menopausa com as queixas psíquico-neurológicas.

2.5 Avaliar a associação da idade das mulheres e do estado de pré ou pós-menopausa com os distúrbios sexuais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Principais autores cujas idéias em suas respectivas áreas, foram essenciais para este trabalho:

THOMPSON, HART e DURNO (1973) relatam uma investigação feita para testar o uso de um questionário como mecanismo que possa identificar mulheres para pesquisa clínica sobre sintomas da menopausa, com uma população mista: urbana e rural, em uma área claramente definida de Aberdeen (Escócia). Analisa a necessidade de uma maior compreensão da personalidade da paciente e de estudos futuros para entender a relação entre o processo de envelhecimento da mulher de meia-idade e as mudanças do seu papel no ciclo da vida familiar, e os sintomas destas mudanças.

NAHOUM (1974, 1979, 1981), coloca essa fase da vida feminina como evolução natural biológica em que há maior incidência de sintomas e que devem ser interpretados com o maior cuidado. Enfatiza a necessidade de separação dos sintomas no climatério e sintomas do climatério.

MAFFEI (1978), descreve o climatério masculino, dizendo tratar-se de um assunto muito controvertido, sendo descrito por uns e negado por outros. Coloca essa discrepância como resultado do fato de não haver um quadro clínico tão nítido no homem como no climatério feminino, que se caracteriza pela suspensão do ciclo menstrual. Analisa opiniões dos autores que aceitam a existência do climatério masculino: fazem-no baseados em fatos indiretos, como aumento das gonadotrofinas na urina, indicando o aumento do estímulo que a hipófise pretende lançar sobre as gônadas, alterações histológicas dos testículos verificáveis pela biópsia e melhora dos sintomas pela administração dos androgênios. Com esses dados traça um paralelo clínico do climatério masculino e feminino, relatando haver nas mulheres sintomatologia mais exuberante, e no homem os sintomas são quase imperceptíveis, iniciando com a diminuição testicular, que seria a causa de todas as manifestações clínicas, segundo uns; segundo outros, esse hipogonadismo seria secundário à redução das gonadotrofinas hipofisárias.

Relata que em virtude da diminuição dos hormônios testiculares masculinos

há redução do apetite sexual e, às vezes, até a impotência; entretanto, em certos casos verifica-se até exacerbação do instinto sexual, mas trata-se antes de fenômenos psicológicos de reação às alterações biológicas que na pessoa se passam. É do conhecimento de todos que, nesta época da vida, certos homens até então de vida séria e regrada, apresentam a conduta alterada, entregando-se a aventuras impróprias à sua idade e educação e até desregradamente eróticos.

HALBE (1982), no capítulo dedicado ao climatério relata que certo grau de trofismo é mantido por tempo mais ou menos longo, graças à conversão periférica dos androgênios em estrogênios, mas insuficiente para contrabalançar os efeitos gerais e locais do envelhecimento, sendo necessário cuidado para não confundir efeitos que decorrem da carência estrogênica com fenômenos de envelhecimento. Ainda, na gênese do climatério intervém o fator envelhecimento, que influencia todos os setores do organismo, inclusive o eixo neurendócrino reprodutor.

CUNHA (1993), relata a necessidade de se equacionar e compreender os problemas das mulheres climatéricas dentro de um contexto sociocultural e econômico. Ainda pondera que o primeiro problema metodológico que existe ao abordar o tema das mulheres idosas em particular é que os critérios para classificá-las não são homogêneos. Nem sequer a idade-limite para entrada na velhice é de definição consensual. Não constituem um grupo socialmente homogêneo, não tendo, pois, problemas e soluções idênticos. O climatério de uma próspera empresária não será igual ao de uma operária. Por outro lado, encarando o climatério como uma patologia, há envolvimento de custos inatingíveis para as mulheres de baixa renda. Considera que deve haver um tratamento condigno e humano a ser dado a essas mulheres para serem pessoas socialmente integradas.

SANTIAGO PALACIOS (1993), enfoca a atitude do médico quando solicitado para ajuda terapêutica, pela mulher acometida de sintomatologia pós-menopausa; os problemas sociais, econômicos e inclusive políticos que associam a menopausa ao envelhecimento progressivo da nossa sociedade.

LUCA (1994), que há protesto no universo feminino contra a associação infeliz entre menopausa e degradação da existência.

Mas alerta que é forçoso aceitar que a compreensão desta fase é marcada por ilações mal edificadas; que a imagem da menopausa é, em geral, negativa.

Que a carência de informações adequadas à mulher associa-se a conceitos espúrios originados do ainda insuficiente domínio do conhecimento biológico e do precário saber. Alerta para o fato de que as informações para as mulheres climatéricas emanam de jornais e romances, amiúde investindo na notícias negativas. Comenta sobre o conhecimento médico e seu dever de orientar, esclarecer dúvidas e eliminar atitudes autoritárias, às vezes zombeteiras que, não raro, respondem pelo nascimento de mitos ou de meias-verdades.

BRONSTEIN (1994), aborda diversos setores endócrino-metabólicos nessa fase de vida da mulher que poderão ser diagnosticados pelo profissional de saúde que lida com a mulher no climatério, enfatizando o enfoque na personalidade da paciente.

ALDRIGHI e BUENO (1994, 1995), enfatiza que as manifestações clínicas, os chamados sintomas climatéricos, resultam da interação de fatores hormonais, ambientais ou sócio-culturais e psicológicos e que o diagnóstico da síndrome climatérica se baseia essencialmente na clínica. Aborda o fato das mulheres, no processo de envelhecimento, serem envolvidas na sensação de perda do vigor físico, da sexualidade e do medo de não serem mais atraentes, tornando-se alvos de promessas de rejuvenescimento e tratamentos enganosos.

MACHADO (1995, 1998) descreve a fisiologia do ovário e eixo hipotálamo, hipófise ovário, conseqüentemente conceituando menopausa e climatério e sua importância clínica.

LOPES (1994, 1995), tece consideração paralela entre os trabalhos de Freud, que tinha destruído o mito da infância sem sexo, e de Masters & Johnson, que pela primeira vez na história destrói o estereótipo da "velhice assexuada".

O mesmo trabalho relata que o envelhecimento por si só não diminui o interesse da mulher por sexo nem seu potencial de reação sexual, se sua saúde no geral for boa.

Considera a resposta sexual como trifásica: desejo, excitação e orgasmo. Pondera que no climatério, no nível de desejo, notam-se respostas bastante divergentes, desde a ausência até a exacerbação da libido, justificando que esses fenômenos levam a pensar na presença de uma moral sexual interpondo-se à função biológica que deveria estar preservada. Na fase de excitação, observa-se

qualitativamente a mesma resposta sexual da jovem, porém uma diminuição quantitativa dos fenômenos. A fase orgásmica mostra contrações rítmicas da vagina, porém em menor número.

Afirma que a atividade sexual pode continuar por longo tempo após a menopausa, sem dificuldades mecânicas ou secura vaginal, desde que seja mantida uma regularidade no relacionamento sexual; pois é na ausência de atividade sexual regular que vão aparecer os distúrbios tróficos, impedindo os contatos posteriores e desencadeando distúrbios psicosssexuais.

VITIELLO (1987), pondera que a função sexual excede, na espécie humana, os aspectos orgânicos, tornando-se dependente de fatores biopsicossociais. Reafirma a total inexistência de importância do fator orgânico na disfunção sexual segundo faixa etária. Observa que as mulheres na faixa etária do climatério, em termos de exercício de sua sexualidade, são marginalizadas, chegando a ser considerado fato ridículo o relacionamento sexual dessas pessoas. Relata que a sociedade atual supervaloriza a juventude, que o adjetivo "jovem" dá conotação de vibrante, como o máximo de qualificação possível, sendo sinônimo de alegria; e atualmente parece ser crime envelhecer. Tece considerações que não há motivo fisiológico algum para que se apague a sexualidade com o avançar da idade, respeitando alterações fisiológicas, o sexo pode ser tão gratificante quanto na adolescência ou na idade adulta. O melhor afrodisíaco que se conhece é a regularidade sexual. VITIELLO e RODRIGUES JR. (1997), ressaltam que o preconceito não é somente social externo, mas também interno, contra si mesmo que possuem as pessoas na terceira idade, e que desenvolver-se é aprender a lidar com as transformações, pois elas são a chama e o chamado da vida. O bebê lida com transformações, a criança também, o jovem, o adulto, e também o velho. Não há por que se pensar que o ocaso tenha que ser pior ou mais fraco existencialmente que o nascer do sol - ele é diferente, só isso.

CANELLA (1998), relata o pensamento vigente que a idade menor é sempre melhor, o ocorrido antes, a característica do anterior, o que se passa em primeiro lugar é melhor. Toda diferença observada na mulher antes e depois da menopausa é julgada segundo a assertiva de que o que havia antes era melhor. Alerta, no entanto, que é impossível ao médico que trata a mulher no climatério fazer com que

ela viva hoje como viveu no passado, e que a idade avançará sempre com suas inevitáveis conseqüências. Especifica que não pode haver uma conduta estabelecida para o climatério, mas sim para cada cliente, para cada mulher que vem à consulta; e que o médico deve atender as queixas de suas clientes e não projetar nelas o seu ideal técnico .

WEHBA et al. (1998), enfatiza que a sintomatologia do climatério se manifesta através de sinais e sintomas transitórios e permanentes, apresentando freqüência extremamente variada, sofrendo interferência de fatores como dieta, nível sócio-econômico, aspectos culturais, clima, percepção individual e impacto emocional causado pelas mudanças impostas nesse período.

SPEROFF, GLASS e KASE (1995) relatam que através da história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. E que até épocas recentes se mencionavam escassamente sobre o climatério, tanto na literatura médica como não-médica, e quando se fazia, era em termos de muito pouca ciência. O estudo científico de todos os aspectos da menstruação foi prejudicado pela enorme influência das crenças e tradições culturais. Problemas que surgem na vida sob essas circunstâncias freqüentemente foram erroneamente atribuídos à menopausa. Mas dados atuais (especialmente de estudos longitudinais mais confiáveis) mostram que o aumento dos sintomas e problemas na mulher de meia-idade reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não eventos endócrinos da menopausa.

Afirma ainda que, embora muitas das queixas comportamentais no momento da menopausa possam ser explicadas por influências sócio-culturais e psicológicas, isso não quer dizer que não haja importantes interações entre biologia, psicologia e cultura. Contudo, está na hora de ressaltar a normalidade desse evento. As mulheres na menopausa não sofrem de uma doença (especificamente uma doença de carência hormonal); e o tratamento hormonal pós-menopausa deve ser encarado como um tratamento específico para os sintomas no curto prazo e farmacologia preventiva no longo prazo.

LIMA e BARACAT (1995) conceituam climatério, descrevem a sua fisiopatologia e questionam a possibilidade de existirem alterações no hipotálamo, próprias do envelhecimento, que modifiquem a liberação pulsátil de Hormônio

Liberador do Hipotálamo (GnRH) interagindo com a diminuição no número de folículos. BARACAT et al. (1998), e LIMA et al. (1998), expõem a endocrinologia dessa faixa etária e relatam importantes sinais de envelhecimento e maior freqüência de coronariopatia, osteoporose, como também mecanismos de ação de estrogênios e neurotransmissores relacionados na patogênese da doença de Alzheimer.

FERNANDES et al. (1999) alertam para o atendimento global a mulheres no período climatérico, com a finalidade de aliviar sintomas desse período e prevenir moléstias incidentes na fase de senectude. Relata que o sintoma mais freqüente (75%) pós-menopausa é o fogacho (onda de calor) que despertam a paciente durante o sono e, em decorrências dessas alterações as pacientes em geral, procuram auxílios médicos; e destaca a importância de se exercer a medicina respeitando os recursos disponíveis, os princípios da individualidade de cada caso e lugar.

Refere ainda o dever do ginecologista em ter uma participação oportuna, exercendo uma propedêutica orientada no sentido profilático, identificando pacientes de risco para osteoporose, doenças cardiovasculares e rastreamento de câncer de mama, da vulva e vagina, da cervix uterina, do endométrio, dos ovários e cólon e dos pulmões. Conclui que numa visão obrigatoriamente ampla do ginecologista no atendimento à mulher, cabe-lhe a função de ser o clínico da atenção primária à saúde feminina (FERNANDES et al., 1999).

FERNANDES et al. (1998) relatam a necessidade de interagir com colegas de outras especialidades para terem acesso a conhecimentos fundamentais para a atualização da prática clínica e entendimento das variáveis e suas abordagens, o que viabilizará um tratamento mais global e eficaz por parte dos profissionais, visando a uma melhoria da saúde da mulher.

MELO et al. (1998), enfocam a necessidade da anamnese mais completa possível, com antecedentes pessoais e familiares, quesitos nutricionais e atividades físicas, ressaltando a dificuldade que as mulheres, nesta etapa da vida, e mesmo antes, têm, por vezes, em mencionar algumas queixas, mormente as relacionadas às disfunções sexuais, que se tornam mais freqüentes, e ratifica a validade de se fornecer questionários a serem preenchidos pela paciente, permitindo maior

abordagem em menor tempo. Realçam a necessidade de exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, o toque retal e exame da pelve.

MELO (1993), expõe conceito que o condicionamento físico não reverte os efeitos inexoráveis do envelhecimento, mas modifica, significativamente, esse processo. As perdas funcionais não são atribuídas só à idade e sim ao efeito combinado do envelhecimento biológico e da inatividade física.

4 SUJEITOS E MÉTODOS

4.1 DESENHO

Trata-se de estudo de corte transversal, comparando a prevalência de sintomas atribuídos à menopausa em mulheres pós-menopausa de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos e em mulheres de 40 a 49 anos ainda com menstruações regulares.

4.2 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foram incluídas no estudo mulheres com 40 a 59 anos de idade, atendidas por motivo de sua saúde em geral, no setor de ginecologia da Clínica Feminina e Hospital Nossa Senhora Salete (hospital geral conveniado ao SUS) na cidade de Cascavel, PR, no período de 01 de junho de 1998 até 30 de junho de 1999.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Ter completado 40 anos e não ter mais de 59 anos, independentemente da situação menstrual.

Aceitar voluntariamente participar na pesquisa.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Ciclos menstruais irregulares durante o ano que antecedeu a consulta.

Tabagismo.

Doenças crônicas.

Uso de medicamentos nos últimos 6 meses.

Distúrbios psicossomáticos.

Obesidade, definida como índice de massa corpórea acima de 30 kg/m^2 .

Não completar corretamente o questionário da pesquisa.

Das 703 mulheres que tinham entre 40 a 59 anos atendidas durante o período de estudo, foram excluídas 336: sendo 132 por apresentarem ciclos menstruais

irregulares durante o ano que antecedeu a consulta, 39 por serem tabagistas, 41 por apresentarem alguma doença crônica (diabete, alterações de tireóide, hiperprolactenemia, nefropatias, hipertensão grave), 21 por terem feito uso de alguma medicação nos 6 meses anteriores; 26 mulheres, por distúrbios psicossomáticos, por estresse familiar ou de trabalho e que haviam sido avaliadas por psicólogos ou psiquiatras; outras 30, por apresentarem questionário respondido incorretamente; ainda, 47 por apresentarem, segundo classificação de Quetelet, IMC acima de 30 kg/m² e serem consideradas obesas.

Nas pacientes histerectomizadas foi realizada dosagem sangüínea de FSH para fazer o diagnóstico de menopausa. Foram definidas como pós-menopausa as mulheres que apresentavam FSH > 20 mUI/ml.

Após aplicados os critérios de exclusão permaneceram no estudo 367 mulheres, todas da mesma região geográfica; foram divididas em três grupos: o primeiro grupo composto por mulheres que relatavam ciclos menstruais regulares (eumenorréia) durante o ano que antecedeu a consulta (em pré-menopausa), na faixa etária de 40 a 49 anos (Grupo A); os outros dois grupos foram formados por mulheres com ausência de menstruação (amenorréia) há mais de um (1) ano (pós-menopausa), mas com faixas etárias diferentes: um de 40 a 49 anos (Grupo B), e outro de 50 a 59 anos (Grupo C).

O grupo A esteve constituído por 167 mulheres; o grupo B, por 65 mulheres; e o grupo C, por 135 mulheres.

4.5 VARIÁVEIS E CONCEITOS

4.5.1 Variáveis independentes

Sistematizando: distinguem-se três grupos, segundo a idade e história menstrual (menopausa).

GRUPO A

Mulheres hígdas com idade entre 40 e 49 anos, com ciclos menstruais regulares (eumenorréia) ou, se histerectomizadas, com dosagem sangüínea de FSH inferior a 20 mUI/ml.

GRUPO B

Mulheres com idade entre 40 e 49 anos, com amenorréia há um (1) ano ou mais (pós-menopausa), ou se hysterectomizadas, com dosagem sangüínea de FSH superior a 20 mUI/ml.

GRUPO C

Mulheres com idade entre 50 e 59 anos, com amenorréia há um (1) ano ou mais (pós-menopausa), e se hysterectomizadas, com dosagem sangüínea de FSH superior a 20 mUI/ml.

4.5.2 Variáveis dependentes

Queixas cardiovasculares (calor/fogacho; fôlego curto/ falta de ar; dor ou pressão no peito; palpitação; fraqueza ou fadiga);

Queixas geniturinárias (perda do controle urinário; secreta vaginal);

Queixas neurológicas (perda de memória; amortecimento/dormência; dor de cabeça);

Queixas psicológicas (medo de estar sozinha; depressão; ansiedade; distúrbios do sono).

Queixas sexuais (perda do desejo sexual; dor na relação sexual);

A presença ou ausência destas queixas foi definida pelas respostas a perguntas acerca da presença – ou não - da sintomatologia, havendo três opções de resposta:

apresentam a sintomatologia regularmente (2)

apresentam-na ocasionalmente..... (1)

não apresentam o sintoma (0)

Nos casos de apresentarem a sintomatologia, respondiam se isso configurava sim (s) ou não (n) problema para elas.

4.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

As informações sobre as mulheres incluídas no estudo foram retiradas de questionário traduzido do padrão proposto por SARREL (1993).

Das vinte perguntas que compunham o questionário, eliminaram-se as de número 09 – Dores nas articulações?; 18 – Atividades interrompidas em casa?; 19 – Atividades interrompidas no trabalho? e a 20 – Outros sintomas?; por considerá-las de difícil interpretação pelas mulheres em estudo ou de nenhuma significância para o propósito do trabalho (Anexo 1).

4.7 COLETA DE DADOS

Na primeira consulta médica foram efetuadas anotações em registro clássico, com anamnese, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, idade da menarca, idade da primeira relação sexual, idade da menopausa, número de gestações, número e tipos de parto (normal, fórceps ou cesariana), métodos anticoncepcionais, tabagismo, tipagem sanguínea e queixa principal.

No exame geral e ginecológico, foram feitas anotações na mesma ficha, do peso, altura, IMC e pressão arterial, dados do exame físico geral e ginecológico, diagnóstico provável e conduta.

No retorno ou segunda consulta, foi entregue para cada mulher um questionário-padrão identificado somente com o número do registro da paciente. Solicitado e orientado seu preenchimento e finalidade, era questionado se a paciente aceitava ou não participar do estudo, deixando clara a plena liberdade para não participar, sem que isto acarretasse qualquer prejuízo para seu atendimento. Quem consentisse em colaborar, levava o questionário para seu domicílio e o preenchia sem interferências (Anexo 1).

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após o recebimento das respostas do questionário, cada registro recebia um número que era passado para um computador, no programa MEDPLUS (sistema gerenciador de consultório). Foi iniciada a análise das variáveis independentes, que são a amenorréia ou eumenorréia, idade da paciente e tempo de menopausa, separando-as nos três grupos.

O grupo A (mulheres de 40 a 49 anos com eumenorréia), foi o grupo de comparação para a variável independente menopausa; o grupo B (com mesma faixa etária e em pós-menopausa), foi o grupo em estudo; enquanto o terceiro grupo C (mulheres em pós-menopausa e idade de 50 a 59 anos), constituiu o grupo de comparação para variável independente idade.

Para a tabulação dos resultados foram separadas as mulheres nos três grupos acima e calculou-se a prevalência de cada um dos sintomas sempre e às vezes, para ter apenas a prevalência de cada queixa ou sintoma, independentemente de sua freqüência. A seguir foi calculada a porcentagem de mulheres, em cada grupo, que apresentavam cada sintoma e que declararam que este se constituía num problema pessoal.

A partir daí, foram comparadas a prevalência total de cada sintoma e, destes quando considerados problemas, entre mulheres em pré e em pós menopausa na mesma faixa etária de 40 a 49 anos. Logo foi finalizada a mesma comparação entre as mulheres em pós-menopausa de 40 a 49 anos com as de 50 a 59 anos.

Posteriormente foram reunidos os sintomas em 5 grupamentos: Cardiovasculares (fogachos/ ondas de calor; fôlego curto/ falta de ar; dor ou pressão no peito; palpitação; fraqueza ou fadiga). Geniturinários (perda do controle urinário; secura vaginal). Neurológicos (perda de memória; amortecimento/dormência; dor de cabeça). Queixas psicológicas (medo de estar sozinha; depressão; ansiedade; distúrbios do sono). Queixas sexuais (perda do desejo sexual; dor na relação sexual).

Através da análise estatística do teste do qui quadrado com nível de significância para $p < 0,10$ e computador com programa Epi Info 6.0, foi estudada a

associação entre a variável independente, grupo, com as diversas queixas que constituíam as variáveis dependentes.

A possível influência da idade da mulher sobre a associação entre a menopausa e queixas atribuídas à ela e do tempo de menopausa sobre a associação entre idade e queixas, foi estudada utilizando um modelo de regressão logística em que as variáveis dependentes foram cada grupamento de queixas (cardiovasculares, geniturinárias, neurológicas, psicológicas e sexuais), dando valor 1 à presença de uma ou mais queixas de cada grupo, e valor \emptyset à ausência de qualquer queixa nesse grupo.

Para cada uma das variáveis, foi estudada inicialmente presença, em geral e, logo, se as mulheres consideravam cada grupo de queixas como problema.

VARIÁVEIS DEPENDENTES:

Queixa cardiovascular (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema → sim: 1/ não: 0)
Outras queixas cardiovasculares (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema => sim: 1/ não: 0)
Queixa neurológica (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema → sim: 1/ não: 0)
Queixa geniturinária (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema → sim: 1/ não: 0)
Queixa sexual (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema → sim: 1/ não: 0)
Queixa psicológica (no geral → sim: 1/ não: 0)
(como problema → sim: 1/ não: 0)

Para comparação dos grupos: "B" (mulheres de 40 a 49 anos, pós-menopausa) e "A" (mulheres de 40 a 49 anos, pre-menopausa)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES (PREDITORAS):

Grupo (pré-menopausa: 0/ pós-menopausa:1)

Para comparação dos grupos: "B" (mulheres de 40 a 49 anos, pós-menopausa) e "A" (mulheres de 40 a 49 anos, pre-menopausa)

Variáveis independentes (preditoras): Grupo (pré-menopausa: 0/ pós-menopausa:1)
Idade (contínua em anos)

Para comparação dos grupos: "B" (mulheres de 40 a 49 anos, pós-menopausa) e "C" (mulheres de 50 a 59 anos, pós-menopausa)

Variáveis independentes (preditoras): Grupo etário (40 a 49 anos:1/ 50 a 59 anos:0)
Tempo de menopausa (13 a 24 meses:0/ 25 a 156 meses: 1)

5 RESULTADOS

5.1 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM A PREVALÊNCIA DA QUEIXA ONDA DE CALOR/FOGACHO

5.1.1 Análise bi-variada

A queixa de onda de calor/fogacho esteve associada apenas à menopausa, tanto na porcentagem total como entre mulheres que manifestaram ser este sintoma um problema.

Essa queixa (calor/fogacho) apresentou-se 3 vezes mais freqüente entre as mulheres em pós-menopausa, que entre as que estão em pré-menopausa, e foi mencionado como problema em porcentagem 5 vezes maior entre as primeiras que no segundo grupo (Tabela 1).

TABELA 1 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO CALOR/FOGACHOS-EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|----------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Calor/Fogacho | | | | | |
| Sim | 25,1 | <0,01 | 75,4 | * | 67,4 |
| Sim, é problema | 13,8 | <0,01 | 73,8 | * | 66,7 |
| (n) | (167) | | (65) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.1.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre estado menopausal e queixa de calor/ fogacho, em mulheres de 40 a 49 anos

A queixa calor/ fogacho esteve associada tanto à menopausa quanto à idade da mulher, dentro do grupo de 40 a 49 anos. Esta associação deu-se tanto para esta

queixa em geral quanto a considerar calor/fogacho como problema ($p>0,01$) (Tabela 2).

TABELA 2 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE CALOR/FOGACHO EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | p |
|-------------------------------|--------|------------|-------|
| Calor/fogachos (n=232) | | | |
| Em geral | | | |
| Grupo (pós-menopausa) | 1,91 | 0,35 | <0,01 |
| Idade (anos) | 0,22 | 0,07 | <0,01 |
| Constante | -10,90 | 2,98 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Grupo (pós-menopausa) | 2,58 | 0,37 | <0,01 |
| Idade (anos) | 0,29 | 0,08 | <0,01 |
| Constante | -14,95 | 3,73 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado
 p: nível descritivo

5.1.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas de calor/fogacho atribuídas à menopausa

O tempo de menopausa mostrou uma associação negativa com a ocorrência da queixa calor/ fogacho, isto é, aquelas mulheres que tinham mais de dois anos após menopausa apresentavam menor proporção significativa de casos com esta queixa ou, nas mulheres em que a queixa se constitui problema ($p<0,001$). Por outra parte, controlando por tempo de menopausa, a idade não se mostrou associada com a prevalência de calor/fogacho (Tabela 3).

TABELA 3 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE CALOR/FOGACHO EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | p |
|-------------------------------|-------|------------|-------|
| Calor/fogachos (n=200) | | | |
| Em geral | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | -1,15 | 0,34 | <0,01 |
| Constante | 1,54 | 0,28 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | -1,12 | 0,33 | <0,01 |
| Constante | 1,47 | 0,27 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado.

p: nível descritivo

5.2 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM A PREVALÊNCIA DE OUTROS SINTOMAS CARDIOVASCULARES

5.2.1 Análise bi-variada

5.2.1.1 Fôlego curto/falta de ar

A porcentagem de mulheres que expressaram que o sintoma fôlego curto/ falta de ar, constitui-se em problema, foi significativamente maior entre as mulheres em pós-menopausa de 50 a 59 anos que entre as também em pós-menopausa com menos de 50 anos. O sintoma fôlego curto/ falta de ar, foi descrito como problema por mulheres em pré e pós-menopausa na mesma faixa etária (40 a 49 anos) em porcentagem semelhante (Tabela 4).

TABELA 4 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO FÔLEGO CURTO/ FALTA DE AR EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|----------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Fôlego curto / Falta de ar | | | | | |
| Sim | 27,7 | * | 26,6 | * | 38,5 |
| Sim, é problema | 17,5 | * | 14,1 | <0,05 | 29,6 |
| (n) | (166) | | (64) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.2.1.2 Dor ou pressão no peito

Não houve diferenças significativas na prevalência da queixa de dor ou pressão no peito em relação à menopausa, nem em relação à idade entre as mulheres em pós-menopausa. Esta falta de diferença se observou tanto incluindo todas as mulheres com a queixa, quanto considerando apenas aquelas que declaram ser o fato um problema para elas (Tabela 5).

TABELA 5 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR OU PRESSÃO NO PEITO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Dor / Pressão no peito | | | | | |
| Sim | 28,9 | * | 34,9 | * | 40,0 |
| Sim, é problema | 20,1 | * | 28,6 | * | 31,1 |
| (n) | (159) | | (63) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.2.1.3 Palpitações

Observou-se uma porcentagem significativamente maior de mulheres em pós-menopausa que apresentavam a queixa palpitações em geral (0,06), em comparação com as que estavam em pré-menopausa.

Entretanto, nessas mesmas mulheres, a diferença não foi significativa ao se considerar o fato enquanto problema.

Por outra parte, a porcentagem de mulheres em pós-menopausa de 40 a 49 anos que apresentaram o sintoma palpitação foi praticamente idêntica à de mulheres também em pós-menopausa, mas com 50 a 59 anos.

Entretanto a porcentagem de mulheres em pós-menopausa que declararam o fato se constituir problema foi significativamente maior entre aquelas de 50 a 59 anos do que entre as mulheres de 40 a 49 anos ($p < 0,05$) (Tabela 6).

TABELA 6 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PALPITAÇÕES EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|-----------------|---------------------------|------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Palpitações | % | | % | | % |
| Sim | 36,7 | 0,06 | 51,6 | * | 50,4 |
| Sim, é problema | 18,1 | * | 29,0 | <0,05 | 46,7 |
| (n) | (166) | | (62) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.2.1.4 Fraqueza/fadiga

A porcentagem de mulheres que relataram a queixa fraqueza/fadiga em geral e como problema foi muito semelhante nos dois grupos de 40 a 49 anos, em pré ou em pós-menopausa (Tabela 7). Por outra parte, a porcentagem de mulheres em pós-menopausa de ambos grupos etários que apresentavam este sintoma em geral foi também semelhante. Entretanto aquelas na faixa etária de 50 a 59 anos

apresentavam o sintoma em porcentagem maior que 14 pontos superior às de idade entre 40 a 49 anos quando considerado problema ($p < 0,07$).

TABELA 7 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO FRAQUEZA/
FADIGA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO
GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|-------------------|---------------------------|----|-----------------------------|------|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Fraqueza / Fadiga | | | | | |
| Sim | 43,1 | * | 49,2 | * | 54,1 |
| Sim, é problema | 24,6 | * | 26,2 | 0,07 | 40,7 |
| (n) | (167) | | (61) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.2.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre estado menopausal e sintomas cardiovasculares, em mulheres de 40 a 49 anos

TABELA 8 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE OUTRAS
QUEIXAS CARDIOVASCULARES EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS
MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO
LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|----------------------------------------|-------|------------|--------------------------|
| Outras queixas cardiovasculares (n190) | | | |
| Em geral | | | Sem variáveis associadas |
| Como problema | | | Sem variáveis associadas |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado

p: nível descritivo.

Não se observou a associação da idade da mulher e o estado menopausal com as outras queixas cardiovasculares na análise multivariada que inclui só mulheres de 40 a 49 anos.

5.2.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas cardiovasculares atribuídas à menopausa

Em contraste com resultado anterior, onde não houve influência da idade da mulher na associação entre o estado menopausal e sintomas cardiovasculares, nesta análise as mulheres com mais de dois anos após menopausa apresentaram proporção significativamente maior de outras queixas cardiovasculares em geral ($p < 0,05$) ou quando consideradas as queixas como problema ($p < 0,01$) (Tabela 9).

TABELA 9 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE OUTRAS QUEIXAS CARDIOVASCULARES EM GERAL E COMO PROBLEMA NAS MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|-----------------------------------------|-------|------------|-------|
| Outras queixas Cardiovasculares (n=190) | | | |
| Em geral | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 1,01 | 0,40 | <0,05 |
| Constante | 1,07 | 0,25 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 1,61 | 0,26 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado

p: nível descritivo

5.3 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES COM PREVALÊNCIA DE SINTOMAS GENITURINÁRIOS

5.3.1 Análise bi-variada

5.3.1.1 Perda do controle urinário

A porcentagem de mulheres de 40 a 49 anos, em pré ou em pós- menopausa, que apresentaram perda do controle urinário foi semelhante. Porém, houve maior porcentagem de mulheres com esta queixa no grupo em pós-menopausa de 50 a 59 anos que entre as de 40 a 49 anos (Tabela 10). A diferença foi maior quanto à proporção de mulheres que declarou que este fato era problema para elas, chegando a ser duas vezes no grupo de maior idade que entre da década anterior ($p < 0,05$).

TABELA 10 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DE CONTROLE URINÁRIO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO O GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|----|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | # | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Perda do controle urinário | | | | | |
| Sim | 19,4 | * | 25,8 | 0,08 | 39,8 |
| Sim, é problema | 17,6 | * | 19,4 | <0,05 | 39,1 |
| (n) | (165) | | (62) | | (133) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 59 anos.

*($p > 0,10$)

5.3.1.2 Secura vaginal

A porcentagem de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos, que apresentava secura vaginal é de 30 pontos percentuais superior de que em pré-menopausa da mesma idade. Também a proporção de mulheres que identificou este

sintoma como problema foi três vezes maior no grupo em pós-menopausa ($p < 0,01$) (Tabela 11).

Por outro lado, não se observaram diferenças significativas na prevalência deste sintoma, de acordo com a idade das mulheres na pós-menopausa.

TABELA 11 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO SECURA VAGINAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Secura vaginal | | | | | |
| Sim | 34,2 | <0,01 | 64,6 | * | 76,5 |
| Sim, é problema (n) | 20,5 (161) | <0,01 | 63,1 (65) | * | 70,5 (132) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste Qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste Qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50-59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.3.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre o estado menopausal e sintomas geniturinários, em mulheres de 40 a 49 anos

As queixas geniturinárias mostraram associadas somente à menopausa, mas não à idade da mulher. Esta associação observou-se tanto para estas queixas em geral quanto a considerar estas queixas como problema (Tabela 12).

TABELA 12 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS GENITURINÁRIAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|----------------------------|-------|------------|-------|
| GENITURINÁRIA..... (n=222) | | | |
| Em geral | | | |
| Grupo (pós-menopausa) | 0,97 | 0,28 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Grupo (pós-menopausa) | 1,44 | 0,32 | <0,01 |
| Constante | -0,62 | 0,17 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado

p: nível descritivo

5.3.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas geniturinárias atribuídas à menopausa

As mulheres com mais de dois anos após a menopausa apresentaram significativa ocorrência de queixas geniturinárias em geral e avaliadas como problemas ($p < 0,01$) (Tabela 13).

A idade não se mostrou associada com estas queixas quando relacionada ao tempo após menopausa.

TABELA 13 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS GENITURINÁRIAS NO GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|-------------------------------|-------|------------|-------|
| GENITURINÁRIA..... (n=193) | | | |
| Em geral | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 1,15 | 0,39 | <0,01 |
| Constante | 0,93 | 0,24 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 1,02 | 0,35 | <0,01 |
| Constante | 0,66 | 0,23 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado

p: nível descritivo.

5.4 ASSOCIAÇÃO DO ESTADO MENOPAUSAL E DA IDADE DAS MULHERES, COM PREVALÊNCIA DE QUEIXAS NEUROLÓGICAS E PSICOLÓGICAS

5.4.1 Análise bi-variada

5.4.1.1 Perda de memória

Observam-se apenas pequenas diferenças, nunca maiores que 10 pontos percentuais na porcentagem de mulheres em pré e em pós-menopausa de 40 a 49 anos nas respostas que relataram perda de memória, ou entre as mulheres em pós-menopausa dos dois grupos etários avaliados (Tabela 14).

TABELA 14 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DE MEMÓRIA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|------------------|---------------------------|----|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Perda de memória | | | | | |
| Sim | 61,9 | * | 71,4 | * | 76,3 |
| Sim, é problema | 52,5 | * | 60,3 | * | 68,1 |
| (n) | (160) | | (63) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste Qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40 a 49 anos.

Teste Qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.4.1.2 Amortecimento/dormência

A porcentagem de mulheres em pós-menopausa de 40 a 49 anos que relataram amortecimento/ dormência foi 12 pontos percentuais maior que no grupo em pré-menopausa da mesma faixa etária, mas a diferença não foi estatisticamente significativa como não foi a diferença entre estes grupos quanto à porcentagem de mulheres que declararam ser este sintoma problema em suas vidas (Tabela 15).

A porcentagem de mulheres em pós-menopausa de ambos os grupos etários que relataram este sintoma foi semelhante, entretanto, a porcentagem das que

declararam o fato como problema foi 16 pontos percentuais maior no grupo de 50 a 59 anos, diferença que resultou estatisticamente significativa ($p < 0,005$).

TABELA 15 - PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO AMORTECIMENTO/DORMÊNCIA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|------------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Amortecimento / dormência | | | | | |
| Sim | 43,1 | * | 55,4 | * | 59,3 |
| Sim, é problema (n) | 26,3 (160) | * | 35,4 (65) | <0,05 | 51,9 (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.4.1.3 Dor de cabeça

Não houve diferença na porcentagem de mulheres, nos três grupos estudados, que apresentaram dor de cabeça. Houve uma pequena diferença de 7 e 5 pontos percentuais na proporção de mulheres que relataram que este sintoma era problema, mas estas diferenças não têm significância estatística (Tabela 16).

TABELA 16 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR DE CABEÇA EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Dor de cabeça | | | | | |
| Sim | 64,2 | * | 63,1 | * | 60,7 |
| Sim, é problema (n) | 38,8 (165) | * | 46,2 (65) | * | 51,9 (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.4.1.4 Medo de estar sozinha, depressão e ansiedade

Não houve diferenças na prevalência das queixas “medo de estar sozinha”, “depressão” e “ansiedade”, nos três grupos estudados (Tabela 17).

TABELA 17 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DIVERSAS QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXAS | GRUPO | | | | |
|-----------------------|---------------------------|----|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Medo de estar sozinha | | | | | |
| Sim | 14,5 | * | 7,7 | * | 13,5 |
| Sim, é problema | 10,9 | * | 6,2 | * | 11,3 |
| (n) | (165) | | (65) | | (133) |
| Depressão | | | | | |
| Sim | 46,6 | * | 48,4 | * | 53,1 |
| Sim, é problema | 38,0 | * | 43,8 | * | 49,2 |
| (n) | (163) | | (64) | | (130) |
| Ansiedade | | | | | |
| Sim | 71,4 | * | 63,5 | * | 72,0 |
| Sim, é problema | 51,6 | * | 60,3 | * | 66,7 |
| (n) | (161) | | (63) | | (132) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.4.1.5 Distúrbio de sono

A porcentagem total de mulheres com “distúrbios de sono” foi muito semelhante entre as que estão em pré e em pós-menopausa da mesma idade, porém ocorreu uma diferença não significativa de 11 pontos percentuais entre as de pós-menopausa quando considerado o fato como problema (Tabela 18). Contudo, as mulheres em pós-menopausa de mais idade (50 a 59 anos) apresentaram distúrbios de sono em geral e consideravam esta queixa como problema em porcentagem significativamente maior que as mulheres também em pós-menopausa, com menos idade ($p < 0,05$).

TABELA 18 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DISTÚRBIOS DE SONO EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | Eumenorréia 40-49 anos | GRUPO | | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
|-------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| | | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | | |
| Distúrbio de sono | | | | | |
| Sim | 47,2 | * | 49,2 | <0,05 | 65,2 |
| Sim, é problema | 30,4 | * | 41,5 | <0,05 | 57,8 |
| (n) | (161) | | (65) | | (135) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.4.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre menopausa e sintomas neurológicos e psicológicos, em mulheres de 40 a 49 anos

5.4.2.1 Queixas neurológicas

Não se encontrou associação entre as queixas neurológicas atribuídas à menopausa e a idade das mulheres estudadas (Tabela 19).

TABELA 19- VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUEIXAS NEUROLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|--------------------------|-------|------------|--------------------------|
| Neurológica..... (n=215) | | | |
| Em geral | | | Sem variáveis associadas |
| Como problema | | | Sem variáveis associadas |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

Coef.: coeficiente estimado

E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado

p: nível descritivo.

5.4.2.2 Queixas psicológicas

Não houve associação entre a proporção de mulheres que apresentavam queixas psicológicas em geral. Entretanto, a proporção de mulheres que consideraram as queixas psicológicas como problemas esteve significativamente

associada com a idade da mulher, dentro da faixa etária de 40 a 49 anos ($p < 0,05$)(Tabela 20).

TABELA 20 - VARIÁVEIS ASSOCIADAS À QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|--------------------------|--------------------------|------------|-------|
| PSICOLÓGICA..... (n=213) | | | |
| Em geral | Sem variáveis associadas | | |
| Como problema | | | |
| Idade (anos) | 0,15 | 0,06 | <0,05 |
| Constante | -5,87 | 2,67 | <0,05 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado
 p: nível descritivo

5.4.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas neurológicas e psicológicas atribuídas à menopausa

5.4.3.1 Queixas neurológicas

Não se encontra associação entre a prevalência das queixas neurológicas em geral e idade da mulher ou tempo (até dois anos) após a menopausa, porém, as mulheres com mais de dois anos de menopausa apresentaram significativa prevalência de queixas neurológicas que foram consideradas como problema ($p < 0,05$)(Tabela 21).

Porém a ocorrência de queixas psicológicas não estava associada nem com idade e nem com tempo após a menopausa.

TABELA 21 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS NEUROLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|-------------------------------|--------------------------|------------|-------|
| NEUROLÓGICA..... (n=198) | | | |
| Em geral | | | |
| | Sem variáveis associadas | | |
| Como problema | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 0,96 | 0,44 | <0,05 |
| Constante | 1,44 | 0,27 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado
 p: nível descritivo

5.4.3.2 Queixas psicológicas

Não se encontra associação entre a prevalência das queixas psicológicas atribuídas à menopausa e o tempo pós-menopausa das mulheres estudadas.

TABELA 22 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS PSICOLÓGICAS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|-------------------------|--------------------------|------------|---|
| PSICOLÓGICA.....(n=189) | | | |
| Em geral | | | |
| Como problema | | | |
| | Sem variáveis associadas | | |
| | Sem variáveis associadas | | |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado
 p: nível descritivo

5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE MENOPAUSA E IDADE DAS MULHERES, COM PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS

5.5.1 Análise bi-variada

5.5.1.1 Perda do desejo sexual

A proporção de mulheres com queixa de perda do desejo sexual foi 14 pontos percentuais maior entre as mulheres de 40 a 49 anos em pós-menopausa que entre aquelas em pré-menopausa. Essa diferença aumentou para 20 pontos percentuais quando as que relataram o fato como problema (Tabela 23). Em contraste, a porcentagem de mulheres em pós-menopausa com este sintoma, em geral ou como problema, foi muito semelhante em ambos os grupos etários.

TABELA 23 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO PERDA DO DESEJO SEXUAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|------------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Perda do desejo sexual | | | | | |
| Sim | 59,9 | 0,07 | 73,8 | * | 76,7 |
| Sim, é problema | 49,7 | <0,05 | 69,2 | * | 73,6 |
| (n) | (157) | | (65) | | (129) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.5.1.2 Dor na relação sexual

A ocorrência de dor na relação sexual foi duas vezes superior entre as mulheres de 40 a 49 anos em pós-menopausa que entre as de pré-menopausa, na mesma idade, enquanto a porcentagem de mulheres para as quais esta queixa era problema foi quase três vezes superior entre as de pós-menopausa (Tabela 23). Ambas as diferenças foram significativas ($p < 0,05$).

Também observou-se diferença entre as mulheres em pós-menopausa segundo idade, que atingem significação estatística somente para a porcentagem total de queixas (0,06) mas não ao considerar as mulheres que relataram o fato como problema.

TABELA 24 – PORCENTAGEM DE MULHERES REFERINDO DOR NA RELAÇÃO SEXUAL EM GERAL E COMO PROBLEMA, SEGUNDO GRUPO

| QUEIXA | GRUPO | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-------|-----------------------------|------|-----------------------------|
| | Eumenorréia 40-49 anos | p@ | Pós-menopausa 40-49 anos | p# | Pós-menopausa 50-59 anos |
| Dor na relação sexual | | | | | |
| Sim | 19,4 | <0,01 | 40,6 | 0,06 | 56,3 |
| Sim, é problema | 14,4 | <0,01 | 40,6 | * | 54,0 |
| (n) | (160) | | (64) | | (126) |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.

@ Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres eumenorréicas e em pós-menopausa, na faixa etária de 40-49 anos.

Teste qui-quadrado de Yates: comparação dos grupos de mulheres em pós-menopausa, de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.

* ($p > 0,10$)

5.5.2 Análise da influência da idade sobre a associação entre a menopausa e queixas sexuais, em mulheres de 40 a 49 anos

A proporção de mulheres com queixas sexuais ou que declararam que eram um problema para elas, esteve associado à idade, dentro da faixa etária de 40 a 49 anos ($p < 0,01$), mas não se observou associação entre a menopausa destas mulheres e a porcentagem delas que apresentavam queixas sexuais ou manifestaram que esta queixa era um problema (Tabela 25).

TABELA 25 – VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS EM GERAL E COMO PROBLEMA NA REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | P |
|----------------------|-------|------------|-------|
| SEXUAL (n=217) | | | |
| Em geral | | | |
| Idade (anos) | 0,18 | 0,06 | <0,01 |
| Constante | -7,32 | 2,62 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Idade (anos) | 0,16 | 0,06 | <0,01 |
| Constante | -6,83 | 2,52 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado
 p: nível descritivo

5.5.3 Análise da influência do tempo de menopausa sobre a associação entre idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência de queixas sexuais atribuídas à menopausa

A prevalência de queixas sexuais esteve significativamente associada a tempo após menopausa (Tabela 26). As mulheres com mais de dois anos após a menopausa apresentaram significativa prevalência destas queixas em geral e sendo consideradas como problema ($p < 0,05$).

TABELA 26- VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PREVALÊNCIA DE QUEIXAS SEXUAIS EM GERAL E COMO PROBLEMA EM MULHERES EM PÓS-MENOPAUSA NA ANÁLISE POR REGRESSÃO LOGÍSTICA

| Queixa/ variável | Coef. | E.P. coef. | p |
|-------------------------------|-------|------------|-------|
| SEXUAL..... (n=190) | | | |
| Em geral | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 0,88 | 0,37 | <0,05 |
| Constante | 0,97 | 0,24 | <0,01 |
| Como problema | | | |
| Tempo após menopausa (> 24 m) | 0,82 | 0,35 | <0,05 |
| Constante | 0,80 | 0,23 | <0,01 |

Fonte: Estudo do climatério – Cascavel – Pr.
 Coef.: coeficiente estimado
 E.P. coef.: erro padrão do coeficiente estimado.
 p: nível descritivo

6 DISCUSSÃO

Os resultados confirmam que a grande queixa associada ao início da menopausa são as ondas de calor/fogacho, seguida da sensação de secura vaginal. Outras queixas atribuídas a menopausa não aparecem associadas ao momento do início desta fase da vida da mulher, porém a associação torna-se visível quando avaliada em relação ao tempo do início da menopausa.

Dentro dessa faixa etária de 40 a 49 anos, a menopausa não se associou a sintomas neurológicos nem psicológicos, tanto na análise bi-variada como multivariada. As queixas sexuais estiveram associadas à menopausa na análise bi-variada, mas essa associação desapareceu na análise múltipla.

Encontrado um dado importante ao verificar que, dentro da faixa etária de 40 a 49 anos, teve uma associação positiva na análise múltipla, entre idade da mulher e calor/fogacho, outros sintomas cardiovasculares, queixas psicológicas e queixas sexuais. Isto contrasta com o achado da análise múltipla, entre mulheres em pós-menopausa, de 50 a 59 anos, em que desaparece a associação à prevalência dos sintomas com a idade e, com a exceção às queixas psicológicas, todos os outros grupos de queixas mostraram-se associados com o tempo após menopausa.

Poder-se-ia concluir que até os 49 anos, a menopausa parece estar associada apenas à prevalência de calor/fogacho e às queixas geniturinárias, particularmente secura vaginal.

Já passando a década seguinte, o maior tempo após menopausa passa a ser um fator importante, que mostrou-se associado a todos os vários grupos de sintomas, exceto às queixas psicológicas, que, definitivamente, parecem não ter associação com a menopausa.

O conjunto destes resultados permitiria levantar a hipótese que o início da falência ovariana com o hipoestrogenismo e outras alterações endócrinas que o acompanham, se associa à presença de calor/fogacho ou secura vaginal. Outros sintomas atribuídos à menopausa parecem menos associados às mudanças agudas que se seguem à última menstruação, mas poderiam sim, estar relacionadas a um

efeito a mais longo prazo do hipoestrogenismo, excluindo aqui os sintomas psicológicos, depressão, ansiedade, medo de estar sozinha e distúrbios de sono, que não tiveram associação com a menopausa na análise bi-variada ou multivariada, nem com tempo após a menopausa neste último caso.

LISBÔA (2000), concluiu que mulheres com idade ≥ 48 anos apresentaram mais sintomas do que as demais ($p < 0,05$), e que os sintomas climatéricos não se associaram aos níveis de estradiol (E_2), FSH e LH, porém associaram-se com a idade. No presente trabalho (em análise clínica), quando se determina somente a prevalência, com exceção da queixa "dor de cabeça", que foi prevalente nas mulheres em pré-menopausa, todas as outras tiveram prevalência no grupo de mulheres após menopausa. Ao se efetuar a análise de associação, verificou-se a correlação de poucas queixas à menopausa, uma grande maioria ao tempo de menopausa e algumas à idade.

Também SANTIAGO PALACIOS (1993), em revisão à maioria das tabelas, que agrupa esta sintomatologia, relata que somente alguns sintomas têm uma dependência real com a deficiência hormonal. Muitos deles são consequência do envelhecimento ou do processo emocional de enfrentar-se com o passar dos anos.

Ainda, MITCHELL e WOODS (1996) em pesquisa com 301 mulheres de 35 a 55 anos, efetuou a análise clínica de 28 sintomas e concluiu que muitos outros eventos na vida da mulher de meia idade podem ser a causa desses sintomas, e não somente modificação hormonal.

ALDRIGHI e BUENO (2000) englobam sob a denominação de síndrome climatérica apenas sinais vasomotores e de atrofia cutaneomucosa, que seriam os sintomas relacionados diretamente à deficiência estrogênica.

Neste trabalho, entre os sintomas classificados como "cardiovasculares" os resultados confirmam que "calor/fogacho" é o mais importante. Foi significativamente mais freqüente entre as mulheres em pós-menopausa que entre as em pré-menopausa (eumenorréia) da mesma idade e confirma ocorrência descrita na literatura. O achado de 75% de calor/fogacho nas pacientes em pós-menopausa neste estudo coincide com outros que relatam prevalência deste sintoma em 55 a 87% das mulheres no climatério (NEUGARTEN; KRAINES, 1965; URBANETZ; OLIVEIRA, 1987; SANTIAGO PALACIOS, 1993; ALMEIDA et al., 1997; LIMA;

BARACAT, 1995.; BORTOLETTO et al., 1995; SPEROFF, 1995; KNIGHT; EDEN, 1996; CAMPOS et al., 1997).

A significância estatística desse sintoma nas mulheres em pós-menopausa quando comparadas com aquelas em pré-menopausa, é semelhante com a maioria dos trabalhos científicos, tornando-o praticamente em consenso de que é sintoma específico da menopausa, inclusive o trabalho de KUBA, ATHAYDE e FONTES (1998), especifica os *hot flushes* característicos da menopausa.

Corroborando a importância desse sintoma e associação com a menopausa a incidência de 13,8% na mulher em pré-menopausa, e de 73,8% na pós-menopausa, quando o sintoma é avaliado e se constitui problema para essas mulheres.

Entretanto para BREEN (1999), as mulheres experimentam a menopausa de maneira diferente, segundo as diferenças entre as culturas. Por exemplo, enquanto aproximadamente 80% das mulheres de países ocidentais referem ondas de calor, somente 17% das mulheres japonesas e 5% das mulheres da América Central declaram.

Também McKINLAY, BRAMBILLA e POSNER (1992), são concordantes com a transitoriedade das ondas de calor, mas propõem a hipótese de existir um subgrupo de mulheres que são suscetíveis aos sintomas do fogacho, dependente das condições psicológicas em relação a menopausa.

Dado importante foi a detecção de uma associação dessa sintomatologia (calor/fogacho) com a idade da mulher na faixa etária de 40 a 49 anos em pós-menopausa, tanto na prevalência como no fato de se constituir problema.

Entretanto, com o decorrer do tempo de menopausa, ou seja, após dois anos desse acontecimento, houve uma diminuição na incidência do sintoma e deixou de haver influência da idade .

Para SPEROFF, GLASS e KASE (1993), o fogacho é sintoma típico da menopausa, ocorrendo em 85% das mulheres no climatério, em maior ou menor intensidade. Embora possa ocorrer durante a pré-menopausa, é característico da mulher na pós-menopausa, com duração em geral de 1 a 2 anos, mas podendo durar 5 anos.

Segundo MCKINLAY e JEFFREYS (1974), a incidência de fogachos aumentou de 10% no período próximo à menstruação e 50% após a parada das menstruações.

Para URBANETZ e OLIVEIRA (1987), persistem por mais de um ano em 82% das pacientes em pós-menopausa e, por mais de cinco anos, em 26%.

Os outros sintomas desse grupamento "cardiovasculares" tiveram comportamento diferente, visto que, após dois anos de menopausa apresentaram maior freqüência da sintomatologia (inversamente a "calor/fogacho") e o fato passou a se constituir problema com maior ocorrência.

A queixa "fôlego curto/falta de ar", não possui significado na análise estatística quanto à sua incidência nas mulheres em pré ou pós menopausa, ainda que prevaleça na faixa etária de 50 a 59 anos. Mas essa incidência maior de onze pontos percentuais, nas senhoras mais idosas e em pós menopausa em relação com as de menor idade (40 a 49 anos), torna-se significativa ($p < 0,05$) quando considerado problema em suas vidas.

O sintoma "dor ou pressão no peito", que incide aproximadamente em um terço de todas essas mulheres de 40 a 59 anos, indiferente à menopausa, sendo um pouco mais freqüente nas senhoras em pós-menopausa quando o fato se constitui problema, mas não possui significado estatístico, e não permitindo conotação com qualquer fator em estudo.

Por outro lado, o sintoma "palpitações" possui uma característica especial ao ser analisada, pois é significativo ($p = 0,06$) nas mulheres em pós-menopausa devido à sua incidência de mais de catorze pontos percentuais na faixa etária de 40 a 49 anos, sem entretanto ser problema para elas. Interessante torna-se a discussão, ao ser observado a incidência desse sintoma nas mulheres em pós-menopausa que é muito próxima das em pré-menopausa e sem significância; entretanto a prevalência ao fato de se constituir problema, passa a ter significado nas mulheres com faixa etária de 50 a 59 anos.

Ainda nesse grupamento cardiovascular, a queixa "fraqueza/fadiga" apresenta-se com incidência semelhante nas mulheres em pré-menopausa e pós-menopausa indiferente da faixa etária; e essa freqüência é bem próxima a cinquenta por cento dessas mulheres estudadas. Portanto, de cada duas mulheres

nesse período de vida, uma relata "fraqueza/fadiga" mas o fato só constitui problema de forma significativa para as senhoras com idade de 50 a 59 anos e em pós-menopausa.

Essas queixas e sintomas quando analisadas no grupamento cardiovascular, apresentaram um resultado que não se observa associação entre idade e menopausa, com exceção de "calor/fogacho".

Da mesma maneira que "calor/fogacho", apresentou relação com a idade nas mulheres de 40 a 49 anos, em geral e especificamente quando o fato se constituiu problema, também há influência do tempo após menopausa, mas de uma maneira em que a associação é negativa, ou seja: com mais de dois anos pós-menopausa há menor incidência de "calor/fogacho"; e também diminui o número de mulheres que consideram o fato como problema. Entretanto, os outros sintomas passaram a ter uma associação com o tempo após menopausa e a idade de maneira positiva e significativa. Há portanto, um decréscimo na incidência de "calor/fogacho" com o passar do tempo após menopausa e a idade das clientes, mas um acréscimo nos outros sintomas (fôlego curto/falta de ar, dor ou pressão no peito, palpitações, fraqueza/fadiga).

As queixas classificadas como do grupamento "geniturinário" indicaram que a prevalência de distúrbios urinários e genitais nas mulheres estudadas foi alta: um terço dessas pacientes apresentaram queixas urinárias e mais que a metade referiram distúrbios genitais. Na mesma faixa etária de 40 a 49 anos, a incidência da queixa "perda do controle urinário" foi semelhante nas mulheres em pré e em pós menopausa, entretanto acentua-se nas senhoras em pós menopausa com faixa etária de 50 a 59 anos e torna-se um problema em suas vidas.

A literatura médica refere-se a "distúrbio urinário: perda do controle urinário", com prevalência em mulheres idosas variando de 28,7 a 42,8% (WURCH, 1981; SANTIAGO PALACIOS; CEÑO, 1993; GUARISI et al., 1998; MODOTTE et al., 1999); neste estudo, a prevalência foi de 32,7% nas mulheres em pós-menopausa de 40 a 59 anos. Sendo de 25,7% na pós-menopausa com faixa etária entre 40 a 49 anos e de 39,7% na pós-menopausa de 50 a 59 anos

MODOTTE et al. (1999), relatam que a prevalência de incontinência urinária varia de acordo com a população e o método diagnóstico empregado, girando em

torno de 10% está em relação direta com a paridade e idade de forma independente. Em mulheres idosas varia de 30-40% e atinge mais de 50% das pacientes institucionalizadas.

O distúrbio genital, "secura vaginal", é encontrado neste estudo com uma prevalência de 64,6% nas mulheres em pós-menopausa e em faixa etária de 40 a 49 anos; neste item, a análise estatística está relacionada significativamente com a menopausa. Da mesma maneira, é estatisticamente significativa a análise desse sintoma ("secura vaginal"), enquanto problema, colocando em evidência a associação do fator menopausa com os sintomas genitais (secura vaginal). A literatura relata uma ocorrência menor, mas próxima a esse valor, situando-se entre 50,3% a 54,1% (ALMEIDA et al., 1997; PELEGRIN et al., 1997; GUARISI et al., 1998).

Para FREEDMAN (1999), a atrofia geniturinária é a consequência mais freqüente da deficiência estrogênica, embora a menos reconhecida, fazendo com que a maioria das mulheres experimente uma modificação da atividade sexual.

HOLTE e MIKKELSEN (1991), avaliaram 2346 mulheres norueguesas de 45 a 55 anos e verificaram que a secura vaginal relaciona-se com a menopausa e com a evolução do tempo de menopausa. HOLTE (1991), acompanhando 200 dessas mulheres, por cinco anos, demonstrou que essa queixa (secura vaginal) obteve aumento com o passar dos anos.

Há uma divergência com CANELLA (1999) ao relatar que, quando há, na vida sexual progressiva, satisfação, realização, boas parcerias sexuais, bom grau de desempenho afetivo e principalmente atividade genital constante (uma a duas vezes por semana com ou sem penetração), dificilmente existe secura vaginal (e os fogachos pouco ou nada atrapalham).

Não foi observado aumento da ocorrência de queixas geniturinárias em idades diferentes de mulheres na faixa de 40 a 49 anos. Entretanto, há maior ocorrência do distúrbio geniturinário com o progressivo distanciamento da menopausa.

GUARISI et al. (1998), concluíram que os fatores associados às queixas urinárias foram distintos daqueles associados às queixas genitais. Através da análise múltipla por regressão logística, observaram que o fator associado às queixas

urinárias foi o número de gestações; e às queixas genitais (“secura vaginal”) associou-se a presença de menor trofismo genital.

No grupamento “queixas neurológicas e psicológicas”, é importante a frequência da queixa “perda de memória” por estar presente em quase todas as mulheres estudadas, principalmente ao se considerar que uma das motivações do estudo foi a observação que se tinha, de forma empírica, dos sintomas clínicos na prática diária com mulheres de 40 a 59 anos.

Essa queixa (perda de memória), além de ter apresentado elevada frequência, era relatada e interpretada, como queixa clássica da menopausa e acentuando-se com a idade; mas cientificamente, à análise estatística, não assim se apresenta, ao comparar a pré-menopausa com a pós-menopausa; como também não é, quando são comparadas mulheres em pós-menopausa, com diferentes faixas de idade.

O estudo mostra a incidência de 69,8% na pré e pós-menopausa, resultado semelhante ao da literatura: 59,6% a 67,3% (NEUGARTEN; KRAINES, 1965; ALMEIDA et al., 1997; PELEGRIN et al., 1997), sendo queixa quase constante na anamnese. Da mesma maneira, sua alta ocorrência quando a paciente é inquirida se o fato constitui problema para a vida pessoal: 52,5% na pré-menopausa e 64,2% na pós-menopausa.

A queixa “amortecimento/dormência”, com presença em mais da metade do número de mulheres após a menopausa, também possui frequência elevada nas senhoras em eumenorréia com faixa etária de 40 a 49 anos, ainda que não atinjam cinquenta por cento. Torna-se importante na clínica o fato de se constituir problema na vida das mulheres com faixa etária de 50 a 59 anos.

Os resultados, neste trabalho, induzem à discussão da queixa “dor de cabeça” pela sua alta frequência na faixa de idade estudada. Tanto quanto nessa queixa, como “perda de memória”, havia a interpretação empírica de ser associada à menopausa e agravada com a idade. Confirmada sua importante ocorrência de 62,6 % nas mulheres em pré e pós-menopausa, na faixa entre 40 e 59 anos, o que é compatível com a literatura: 71% (NEUGARTEN; KRAINES, 1965), 57% (LISBÔA, 2000), entretanto sem significância estatística com o faixa etária.

Também, na pesquisa de THOMPSON, HART e DURNO (1973), foi o sintoma mais freqüente, inclusive com incidência maior na pré-menopausa e menor na pós-menopausa; semelhante a esse estudo de 64,2% e 61,9% respectivamente.

Observa-se a alta incidência de “depressão”, em um terço das mulheres e, “ansiedade” na metade do número delas, mas sem haver diferença na prevalência dos três grupos estudados.

O sintoma “ansiedade”, com incidência de 71,4% nas mulheres com ciclos menstruais normais e em faixa etária de 40 a 49 anos, é maior do que naquelas em pós-menopausa e do mesmo grupo etário (40 a 49 anos) onde apresentou incidência de 63,5%. Nas outras pacientes em pós-menopausa mas com faixa etária maior (50 a 59 anos), apresentou incidência de 72,0%.

Essa incidência (71,4%) nas mulheres em pré-menopausa (eumenorréia), faz desse sintoma o segundo em estudo, em que a prevalência foi no grupo em pré-menopausa (comparado com todas as outras mulheres em pós-menopausa: 67,7%). Dado verificado também por LISBÔA (2000), em que denomina a queixa “nervosismo” e efetua comparação de mulheres jovens menstruando regularmente (73,8%) com mulheres climatéricas (64,3%).

Quando comparado a incidência somente das mulheres em pré-menopausa com as em pós-menopausa de faixa etária maior (50 a 59 anos) a prevalência fica com as em pós-menopausa (grupo C com 72%). A ocorrência de 69,5% encontrada para queixa “ansiedade” (nos três grupos), é compatível com achado de outros autores, no exemplo de 74,9% em ALMEIDA et al. (1997).

Para PINTO-NETO (2000), é importante reconhecer que no climatério, muitas mulheres têm expectativas sobre a menopausa e o envelhecimento, e a maneira usual de reagir é com ansiedade, o que pode afetar sua saúde física e emocional, provavelmente associado a um complexo processo social de readaptação.

Quanto a outro sintoma classificado nesse grupo, a “depressão”, não foi possível observar significância na análise para associar a queixa com qualquer fator. Encontrada em 50,7% nas mulheres em pós-menopausa, também é compatível com vários estudos com prevalência entre 21 a 67,3% (NEUGARTEN; KRAINES, 1965; STONE; PEARLSTEIN, 1994; ALMEIDA et al., 1997; CASSOL et al., 1997; PELEGRIN et al., 1997; LISBÔA, 1999).

McKINLAY, McKINLAY e BRAMBILLA (1969) ressaltam que a associação histórica, principalmente quando realizada por ginecologistas, entre a depressão e menopausa (comumente chamada de "melancolia involucional") talvez tenha surgido de um grupo auto-selecionado de mulheres. Entretanto, ficou demonstrado que o risco de se desenvolver um distúrbio afetivo durante a menopausa, é comparável ao risco existente em outros períodos da vida da mulher.

AVIS e McKINLAY (1991), examinaram a atitude frente à menopausa prospectivamente em 2565 mulheres americanas, residentes em Massachussetts e observaram atitudes negativas relacionadas à sintomatologia climatérica e a depressão. Adicionalmente, relataram que atitudes negativas prévias se relacionaram à sintomatologia subsequente, durante o climatério. Concluíram que a síndrome climatérica pode estar muito mais relacionada às características pessoais que à menopausa.

SAKAI e IANNETTA (1995) descrevem o período do climatério após menopausa como uma fase de perdas e, assim destrutivo para o ego. A perda da juventude, a perda da função reprodutora, da feminilidade, o abandono do lar pelos filhos, as doenças e a morte dos genitores, são considerados motivos legítimos para os sintomas depressivos

A queixa "distúrbio de sono", com incidência de 53,8% nas mulheres com faixa etária entre 40 a 59 anos encontra-se nos parâmetros da literatura variando de 33,3 a 57% (NEUGARTEN; KRAINES, 1965; SANTIAGO PALÁCIOS, 1993; ALMEIDA et al., 1997; PELEGRIN et al., 1997). Foi mais freqüente no grupo de mulheres em pós-menopausa (57,2%), do que naquele das que estavam em pré-menopausa (47,2%); fato esse também encontrado no estudo de PICKETT et al. (1989), onde foi verificado que os distúrbios de sono são mais freqüentes após a menopausa.

Estatisticamente, com a ocorrência de 65,2% nas mulheres em pós-menopausa com 50 a 59 anos, houve significância ($p < 0,05$); da mesma maneira com significância ($p < 0,05$), quando o sintoma (distúrbio de sono) constituiu-se em problema para essas mulheres desse mesmo grupo. Portanto, tal sintoma sugere associação com a faixa etária de maior idade na percentagem total, e enquanto problema.

Na análise de regressão logística para determinar influência da idade sobre a associação da menopausa e queixas neurológicas e psicológicas nas mulheres em pós-menopausa na mesma faixa etária (40 a 40 anos), ocorreu relacionamento com esse fator quanto os sintomas foram interpretados com problemas ($p < 0,05$).

Interessante nesses grupamentos “neurológicos e psicológicos”, foi o fato da análise para verificação da influência do tempo da menopausa sobre a associação entre a idade das mulheres em pós-menopausa e a prevalência das queixas agrupadas, não houve associação com o grupamento neurológico em geral, mas ao fato quando considerado problema há influência com mais de dois anos após menopausa ($p < 0,05$).

A menopausa tem sido carregada de simbolismo negativo. Muitas das queixas comportamentais na “época” da menopausa, entretanto, podem explicar-se através de influências psicológicas e socioculturais. Não significa que não ocorram importantes interações entre biologia, psicologia e cultura, mas é tempo de ressaltar a normalidade desse evento na vida. As mulheres não sofrem de uma doença (especificamente uma doença por deficiência hormonal). A terapêutica hormonal deve ser vista como tratamento específico de sintomas a curto prazo, e como farmacologia preventiva a longo prazo. Parte da razão de visão estereotípica negativa da menopausa é a caracterização inicial da menopausa ter-se baseado em mulheres que apresentavam dificuldades físicas e psicológicas (SPEROFF, 1999).

Para LUZ (1971), há certa tendência a pensar que a mulher, ao atravessar essa fase, está fadada a apresentar, inexoravelmente, perturbações de maior ou menor gravidade, por velhas crenças, segundo as quais, à semelhança da menstruação, é o climatério cercado por certo temor supersticioso dos povos primitivos; e mais ou menos veladamente consciente entre os civilizados.

Na revisão da literatura médica encontram-se muitos trabalhos a investigar a existência de relação causal entre menopausa e transtornos psíquicos, mas há controvérsia entre os autores em suas conclusões: uns a favor ((1) Jazsmann, (2) Mallesan, (3) Bungay, (4) Greene e outros contra (5) Mckinlay, (6) Thomsam, (7) Kaufert, (8) Ballinger) sem haver um acordo até o presente momento (MARTINEZ, 1993).

Cabe ressaltar o trabalho de BUNGAY, VESSEY e McPHERSON (1980), relatando a análise de dados da menopausa e idade cronológica, em que os resultados sugerem relação entre os sintomas psicológicos e idade, ainda que considere a necessidade de números mais amplos para serem mais claros.

Segundo ALDRIGHI e BUENO (1995), vários fatores têm sido implicados na etiopatogenia dos sintomas psicológicos, postulando que a melhor explicação é a interação de fatores psicossociais e biológicos; e, entre esses, é fundamental considerar a associação do estado neuroendócrino e da idade.

O estudo de TAECHAKRAICHANA, NAKORNPANOM e LIMPAPHAYOM (1997), com 290 mulheres de idade entre 40 a 59 anos mostra que há concordância com os resultados dos sintomas agrupados em queixas psicológicas e relata não estarem associados com a menopausa, pois possuem a mesma incidência nas mulheres em pré e na pós menopausa.

Continua sem existir consenso entre clínicos e pesquisadores sobre a natureza e o significado dos sintomas psicológicos no climatério. Essa controvérsia poderia ser resumida por duas revisões, a de BALLINGER (1990), que concluiu que as alterações fisiológicas da menopausa têm pouca importância no que se refere à saúde mental, não havendo evidências em favor de qualquer relação direta entre hormônios e morbidades psiquiátricas observada no período do climatério; enquanto para SCHMIDT e RUBINOW (1991), o climatério e a menopausa parecem estar de fato associados a uma maior incidência de sintomas psicológicos e comportamentais.

Apesar de estatisticamente não se associar ao tempo após menopausa mas sim a idade das mulheres, e sendo sua incidência expressiva nessa faixa etária, não se deve descuidar dos aspectos psicológicos, mantendo-se uma relação médico-paciente que permita à aquele ajudar à última não só na obtenção de mais anos de vida, como também de mais vida aos anos que lhe restam (MIYAHIRA; MIYAHIRA, 1999).

A vista dos resultados descritos anteriormente, a análise da prevalência dos sintomas do grupamento classificados como "queixas sexuais" confirmam que as queixas "perda do desejo sexual e dor na relação sexual" são estatisticamente

significantes na pós-menopausa, quando comparadas com as de mulheres em pré-menopausa e na mesma faixa etária.

Com prevalência de 48,4%, “dor na relação sexual” nas mulheres em pós-menopausa, número próximo ao encontrado na literatura de 18,5 a 56% (IOSIF; BEKASSY, 1984; SANTIAGO PALACIOS, 1993; PELEGRIN et al., 1997; ALMEIDA et al, 1997), na análise bi-variada, a menopausa está associada à queixa de dor na relação sexual; e a maioria concorda em que a secura vaginal e a atrofia são causadas pelo decréscimo de produção hormonal, levando a dor (STONE; PEARLSTEIN, 1994). Cem por cento das mulheres pós-menopausa e com idade entre 40 a 49 anos com queixas de dor na relação sexual relataram que o fato é problema em sua vida sexual, da mesma maneira que noventa e seis por cento das mulheres com 59 a 59 anos, e com a mesma queixa, colocam o fato como problema em sua vida.

Na comparação dos dois grupos de mulheres em pós-menopausa, verifica-se que o grupo de faixa etária maior (50 a 59 anos) possui prevalência significativa ($p=0,06$) na sintomatologia da dor na relação sexual em geral, mas essas mulheres não relatam esse fato como problema em sua vida, como relatam as também em pós-menopausa com faixa etária (40 a 49 anos).

Esse dado também estaria de acordo com outro estudo, em que a ocorrência das disfunções sexuais na população é, em geral, elevada; e aparentemente vai aumentando à medida que idade avança (BACHMANN, 1993).

A alta ocorrência do sintoma “perda do desejo sexual” nas mulheres em pós-menopausa, de 75,2%, é próxima à relatada por ALMEIDA et al. (1997), de 70,9%. Também esse sintoma (perda do desejo sexual) do grupamento “queixas sexuais”, na análise estatística associa-se com a menopausa, tanto em geral ($p<0,07$) como o fato se constituir em problema para essas mulheres.

BACHMANN et al. (1985), consideraram que as transformações do desejo sexual na pós-menopausa possui uma relação direta com os desajustes matrimoniais e não necessariamente com a menopausa. BACHMANN (1993), refere que a maioria dos estudos da função sexual de mulheres idosas têm uma incidência de disfunção variando de 31 a 87%, dependendo das características demográficas da população estudada. Considera que essa variação de incidência depende de

diferentes interpretações na definição de disfunção sexual e do comportamento sexual específico estudado.

Entretanto, SARREL e WHITEHEAD (1985), em estudo com 185 mulheres atendidas na Clínica de Menopausa em Londres, e em outro, SARREL (1990), consideram um aumento de problemas sexuais na faixa etária do climatério associados à menopausa. Enquanto para MACHADO (1995), as pesquisas mostram que o sexo existe do nascimento até a morte e que se as pessoas não mais o exercem ou o fazem com dificuldades, este quadro deve ser atribuído muito mais aos fatores sócio-culturais do que aos orgânicos.

A prevalência desses sintomas classificados como queixas sexuais, por si só, merece melhor entendimento científico; pelas razões de se tornarem estatisticamente significantes na pós-menopausa, na faixa etária de 40 a 49 anos; e que na análise de regressão logística se verifica a influência da idade da mulher sobre a associação da menopausa e queixas sexuais observadas ao declararem que o fato se constitui problema para sua vida.

Também há influência do tempo após a menopausa associadas a essas queixas sexuais, sendo que as mulheres com mais de dois anos de menopausa apresentam maior frequência destes distúrbios em geral como quando consideradas problemas.

Esse fato leva à reflexão da revisão de literatura onde é dito que os anos da pré-menopausa e da pós-menopausa constituem um período de grandes modificações na vida das mulheres: mudanças que transcendem os limites de uma única função e que afetam o aspecto físico, o sentimento de bem estar, o meio hormonal e metabólico, a configuração psicológica e a função sexual.

Segundo CANELA (1999), a variação da atividade sexual depende de múltiplos fatores: educação, cultura, idade, tempo de atividade sexual, casamento, concubinato, número de parceiros, orientação sexual, condições de saúde, reprodução, momento de vida e também de hormônios; na prática, até o momento foi impossível uma verificação científica da relação causal forte entre este último fator e atividade sexual.

Dentro desse processo emocional, os conflitos sexuais muitas vezes são decorrentes de ausência ou distorções nas informações, mitos e crendices.

LOPES (1995) relata que há três décadas existia a crença de que o climatério determinava o fim da atividade sexual junto com a perda da função reprodutiva, pois ignorava-se a fisiologia da resposta sexual humana que hoje é conhecida. Destaca que, em relação ao desejo, notam-se respostas bastantes divergentes, desde a ausência até a exacerbação da libido, provavelmente pela presença de uma moral sexual interpondo-se na função biológica, que deveria estar preservada.

Em outro momento, LOPES e NASCIMENTO (2000) expõem que climatério por si só não diminui o interesse da mulher por sexo nem o seu potencial de reação sexual, se sua saúde geral for boa. Justifica a diminuição da resposta sexual, às vezes de forma indireta, pelo declínio do interesse do cônjuge e, outras vezes, pela atrofia vaginal que pode causar dispareunia e conseqüente disfunção sexual, representada pela perda do desejo sexual, por ansiedade e medo da dor no momento do coito. Faz ressalva, afirmando que a inatividade potencia a senilidade da vagina, ou seja: mulheres sexualmente ativas apresentam muito menor atrofia vaginal.

Os fatores psicológicos, socioculturais e interpessoais afetam a função sexual de qualquer grupo etário. Para as mulheres na faixa de idade do climatério, há sobrecargas adicionais decorrentes das expectativas negativas em termos pessoais, sociais e culturais. Inclusive falsas concepções (“já passou o tempo”, “é feio” e “não precisa mais disso”) são comuns infelizmente, e muitos profissionais de saúde são vítimas desta ignorância popular acerca da sexualidade nas pessoas mais idosas (GONÇALVES, 1993).

Entretanto a menarca constitui um ponto de viragem na vida da jovem menina tornando-a uma jovem mulher, da mesma forma como a menopausa constitui um outro ponto de viragem na vida da mulher. A menopausa, como os períodos que antecedem e sucedem, que abrangem todo o climatério, têm repercussões importantes no psiquismo da mulher. O problema consiste em compreender como uma mulher lida com o desequilíbrio hormonal, com as mudanças que ocorrem em seu corpo e em outras mudanças de sua vida: como lida com as reações dos familiares e amigos ante as alterações físicas que podem aparecer nesse período.

Em decorrência desses fatos alguns autores colocam a menopausa como uma perda irrecuperável, estando sempre ligada ao intrapsíquico de cada mulher.

Segundo PEDACE (1993), o autor Deutsch descreveu a menopausa como um sinal de mortificação narcisista difícil de ser superada, e os autores Benedek & Rubinstein não vêem como obrigatória a existência de conflitos nessa fase. Sustentam que a mulher que se realizou na maternidade e na vida sexual não sentirá que perde o que adquiriu com a menarca, mas que está começando uma nova fase de sua vida, mais madura, na qual reforçará os vínculos afetivos com o seu companheiro e o ambiente social.

Devido ao fato das mulheres em estudo, em pós-menopausa, apresentarem maior freqüência dos sintomas classificados como queixas sexuais em relação as pacientes em pré-menopausa, sugere que o fator menopausa seja responsável por um papel importante na determinação da sexualidade das mulheres, e de acordo com DIOKNO, BROWN e HERZOG (1990), quando possuem um parceiro atuante. Ainda que para LEIBLUM et al. (1983) e SARREL (1987) a melhora da função sexual entre as mulheres costume ocorrer com um novo parceiro, com a ampliação dos períodos de lazer e com o aumento do tempo livre.

BACHMANN (1993) relata que anteriormente se acreditava que o estudo da função sexual era de pouca relevância clínica especialmente para as mulheres da quarta década em diante, e que nos últimos 30 anos ele passou a ser objeto de grande interesse tanto na prática como para a pesquisa.

PFEIFFER, VERWOERDT e DAVIS (1972), citam o estudo longitudinal de DUKE sobre envelhecimento, onde 50% das mulheres mais velhas estavam interessadas por sexo. Em concordância com esse posicionamento de aumento de interesse das mulheres pela sua função sexual está a pesquisa de MARSHALL (1999), que considera essa maior incidência ao fato de a mulher moderna desejar continuar a ter vida sexual satisfatória na pós-menopausa. Tal vontade poderia justificar a prevalência de 75,2% para perda do desejo sexual no presente estudo, se considerar que os dados foram coletados através de questionário em que esse sintoma seja possivelmente revelado sem inibição.

Baseado nessas assertivas, o estudo considera indício de que as mulheres também passaram a relatar com maior desinibição os sintomas perda do desejo e dor na relação sexual, o que justificaria alta prevalência em relação à encontrada em

alguns trabalhos na literatura médica, mas semelhantes a outros, quando a incidência é pesquisada como disfunção sexual.

MONTGOMERY (1994) afirma com segurança que a receptividade saudável à menopausa é alcançada pelas mulheres que em suas vidas vivenciaram plenamente sua feminilidade; e a intensidade dos problemas relativos ao climatério depende, em grande parte, da plenitude com que a mulher viveu sua sexualidade até esse momento. Dicotomiza os comportamentos naquelas cujos desejos não satisfeitos costumam acumular-se representando o medo de ter perdido alguma coisa da vida, e levam ao pânico de não serem mais capazes de recuperar o tempo perdido. A mulher queixosa, nesse período, só consegue olhar para trás e contabilizar o negativo; e a menopausa neurótica traz consigo a agressividade comportamental, e a incapacidade de amar.

Por outro lado, para as mulheres que se permitiram um destino fecundo de coração, de corpo e de sublimações, a menopausa abre então um período de florescimento em sua pessoa social: período de grande estabilidade fisiológica e afetiva, o acesso a um certo saber de experiência e de lúcida indulgência. Assim sustentadas pela inserção social, possuem uma sexualidade genital sadia, em correspondência com seu companheiro. Sua tolerância ante sua modificação estética é maior e elas aprendem a diferenciar estética de beleza.

Pode-se constatar, por todo o exposto, que o climatério é, na vida, uma fase que implica mudanças biológicas, mas sobretudo, alterações sociais; e pode ser vivenciado de formas diferentes, por mulheres diferentes, em situações diversas.

As queixas e distúrbios pesquisados nesse estudo, enfocando o fato de se constituírem ou não em problemas para as mulheres, representam uma temática de grande importância para o médico e sociedade, sendo merecedores de atenção, já desde 1953, quando KUPPERMAN et al. (1953) introduziram o índice menopausal de BLATT (IMB) com 11 sintomas, na tentativa de quantificar a intensidade, procurando minimizar conseqüências através de medidas gerais e tratamentos medicamentosos. Sendo esse índice mais direcionado para avaliação dos sintomas, surgiram outras escalas na tentativa de medir o impacto da doença na qualidade de vida, tais como o Índice Psicológico de Bem-Estar de DUPUY (1984) e também a Escala de Sono de JENKINS et al. (1988).

Outras pesquisas deverão ser realizadas levando-se em conta que, segundo SPEROFF (1995) chama a atenção o fato de que os médicos possam estar recebendo uma amostra tendenciosa (negativa) de pacientes, pois a maioria das mulheres, sendo saudáveis e felizes, não procuram pelo médico. É importante que os médicos estejam familiarizados não apenas com os fatos relativos à menopausa, mas também tenham uma atitude e filosofia apropriadas com relação a esse período da vida feminina. A menopausa tem uma função útil. Aproxima o médico da paciente, dando oportunidade para engajar a paciente num programa de saúde preventiva. Ao contrário da opinião popular, a menopausa não é sinal de declínio iminente, mas sim um fenômeno que pode ser o início de algo positivo. Um bom programa de saúde. Em vez de ser um sinal para problemas sociais e pessoais, a menopausa pode ser um sinal para o futuro.

Ora, a sociedade ocidental, hoje, preza tanto os jovens e a beleza característica dessa faixa etária, mas traz para as mulheres na fase de 40 a 59 anos efeitos emocionais profundos ligados à idéia de perda da juventude. Essas senhoras devem ser conscientizadas sobre as inevitáveis mudanças, para que não se fixem apenas nos aspectos estéticos, mas sim, em outros tipos de valores como a maturidade e a sabedoria que só os anos lhes dão.

Revisar as informações históricas sobre o climatério e como seus problemas tem sido conduzidos no passado devem ser temas para estudos futuros, a fim de que a tocoginecologia possa se modificar, permitindo que as mulheres participem das decisões médicas. Para as mulheres que buscam a medicina, o ginecologista é o médico de confiança para 70% delas (BOSSEMEYER, 2000), e espera-se que tenha uma atuação clínica enfocando a pessoa não como paciente, alguém que está doente, mas sim como cliente, mulher que participa, convive, debatendo toda a problemática de sua vida.

Atentar que estaremos atendendo a paciente como um todo e que o objetivo último de nossa atividade é o tratamento melhor adaptável à singularidade daquela paciente (MIYAHIRA; MIYAHIRA, 1999).

A evolução científica nessa mudança de século deve focalizar questões relacionadas com a saúde da mulher em pré e na pós menopausa e as opções de tratamento individualmente. É necessário que o saber científico fique à disposição

dessas mulheres, não atrelando climatério a uma doença, mas sim um período de prevenção, e tratamento quando necessário.

Há uma necessidade de mudar-se a maneira de perceber esta classe de fenômenos. É importantíssimo o resgate da visão holística e não mais a utilização da clássica visão mecanicista (ABREU, 1998).

Deve-se dessensibilizar os mitos, as crenças errôneas, os estereótipos e os tabus na menopausa (MONTGOMERY, 1994).

Essa fase de transição deve ser vista de uma forma mais sadia, mais objetiva, mais elevada e mais racional, com modificações do hábito de vida.

SANTIAGO PALACIOS (1993), enfatiza o conceito de se humanizar a técnica relatando que nenhum ser humano duvida de que o homem se encontra em uma encruzilhada: um caminho conduziria para uma sociedade completamente mecanizada, onde o homem cada vez se sente com maior frequência utilizado, constituindo uma engrenagem de máquina em um mundo organizado para o consumo; o outro deve conduzir esta sociedade a um renascimento de humanismo, que ponha a técnica a serviço do homem. Parece que apenas esta opção poderá conduzir a uma prevenção, social, econômica e médica dos graves problemas que suportam o envelhecimento progressivo da sociedade e que na mulher se colocam evidentemente manifestos a partir da menopausa.

Para HARDY, ALVES e OSIS (1992) o desenvolvimento de tratamento para os desconfortos pelos quais algumas mulheres passam nesse período é positivamente importante. Entretanto, por trás de qualquer saber científico também existem as pressões da sociedade em que aquele é produzido, no sentido de padronizar certas respostas às situações específicas. Por isto, o enfoque da medicina é usado socialmente para justificar a visão de que climatério é igual a decadência, e a abordagem médica à menopausa enfatiza a patologia. Portanto é importante analisar mais detalhadamente alguns aspectos envolvidos na maneira como a mulher vivencia esse período.

Ao se fazer análise clínica da prevalência de queixas e distúrbios da saúde física e psíquica de mulheres de 40 a 59 anos de idade, identificando quais são considerados problemas para suas vidas, e quais deles são relacionados à idade e/ou à menopausa, percebe-se que é necessário criar uma conscientização com

medidas preventivas para minimizar os efeitos agudos e crônicos após a menopausa.

No presente estudo, todas as mulheres avaliadas não tinham utilizados Tratamento de Reposição Hormonal (TRH) e, portanto estiveram expostas ao estado de hipoestrogenismo próprio do tempo da menopausa. Nessas circunstâncias, os diferentes sintomas e queixas, com exceção das ondas de calor, foram aparecendo cada vez em maior proporção de mulheres quanto maior o tempo de exposição ao déficit estrogênico. Cabe perguntar-se, se esse incremento no número de mulheres com as diversas queixas, cardiovasculares, geniturinárias, psíquico-neurológicas e sexuais, não poderia ser evitado se tivessem usado TRH.

Por outra parte, nossos dados também mostram que, independentemente do tempo em que a mulher esteve exposta ao hipoestrogênismo próprio da menopausa, a maior idade da mulher também esteve associada a maior prevalência de queixas cardiovasculares, psicológicas (como problema) e sexuais, indicando que pelo menos parte destes sintomas não poderiam ser evitados com qualquer terapia, e são reações que parecem inseparáveis do passar do tempo.

Daí a importância de instituir educação continuada da população com explicações claras sobre o tema, e também incentivar a formação de equipes multidisciplinares, com preparo do profissional médico para lidar com as mulheres no climatério, revendo a maneira de se praticar a medicina, ajudando as clientes a definirem suas prioridades.

O grande desafio para o próximo milênio será o enfoque educativo direcionado tanto às mulheres quanto aos profissionais que as atendem. Teremos de propor modelos de atendimento voltados, na maioria das vezes, a procedimentos preventivos. O modelo atualmente de atendimento à mulher climatérica visa quase que exclusivamente a uma observação curta e imediatista (PINTO-NETO, 2000).

Além disso, ao fazer uma análise da problemática da “terceira idade” feminina, é preciso alertar para a necessidade da continuidade dos direitos e deveres dessa população na família e comunidade.

Novos estudos devem ser realizados com finalidade de otimizar as estratégias para a assistência à mulher no climatério.

7 CONCLUSÕES

7.1 As mulheres em pós-menopausa têm maior prevalência de calor/fogacho, e o consideram como problema com maior frequência que as senhoras em pré-menopausa; sendo que a prevalência desta queixa é diretamente proporcional com o aumento da idade entre 40 a 49 anos, e inversamente proporcional ao tempo de menopausa dos 40 a 59 anos.

7.2 Os outros sintomas cardiovasculares não sofreram influência da idade e da menopausa em si, mas apresentaram maior prevalência quanto maior o tempo da menopausa.

7.3 Os distúrbios geniturinários mostraram associação com a menopausa e a idade, e sua prevalência aumentou junto com o tempo da menopausa.

7.4 A prevalência das queixas psíquicas-neurológicas não tiveram relação com a idade nem com a menopausa, porém a proporção de mulheres que consideraram as queixas neurológicas como problemas, foi maior quanto maior a idade e o tempo de menopausa.

7.5 As queixas sexuais tiveram maior prevalência associadas a menopausa e idade principalmente quando consideradas problemas, assim como ao maior tempo pós-menopausa.

REFERÊNCIAS

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

ALDRIGHI, J. M.; BUENO, J. G. R. Manifestações clínicas: climatério. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 15-18, 1994.

_____. Tratamento de reposição hormonal no climatério: benefícios sintomáticos e psicológicos. **JAMA GO**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 70-73, 1995.

_____. Fidedignidade do teste-reteste do índice menopausal de Blatt e Kupperman. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.22, n. 8, p. 482, 2000.

ALMEIDA, A. B. et al. Incidência dos sintomas das pacientes no ambulatório de climatério da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. **Reprod. Clim.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 35, 1997.

AVIS, N. E.; MCKINLAY, S. M. A longitudinal analysis of women's attitude toward menopause: results from the Massachusetts women's health study, **Maturitas**, Amsterdam, v. 13, p. 65-79, 1991.

BACHMANN, G. A. et al. Correlates of sexual desire in post-menopausal women. **Maturitas**, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 211-214, Sep. 1985.

BACHMANN, G. A. Função sexual na perimenopausa. **Clin. Obstétr. Ginecol. Am. Norte**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 387- 396, 1993.

BALLINGER, C. B. Psychiatric aspects of menopause. **Br. J. Psychiatry**, London v. 156, p. 773-787, Jun. 1990.

BARACAT, E. C. et al. Endocrinologia e fisiopatologia do climatério: repercussões no sistema central. **TRH report: O climatério em foco**, São Paulo, v. 1, p. 4-12, 1998.

BELFORT, P. Climatério e menopausa: o princípio do fim? **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 3, 1999.

BORTOLETTO, C. C. R. et al. Sintomas vasomotores aspectos fisiopatológicos, clínicos e terapêuticos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 131-135, 1995.

BOSSEMEYER, R. Indicação da estrogenerioterapia na síndrome climatérica. In: **JORNADA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA**, 21., 1974. Brasília. **Anais...** Brasília, 1974.

_____. Ser G. O. **GO PASSO @ PASSO**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-11, 2000.

BREEN, M. J. Aprendiendo a escuchar escuchando para aprender. **Cuadernos Mujer / Salud**, n. 4, p. 25-32, 1999.

- BRONSTEIN, M. D. Climatério o papel do endocrinologista. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 85-88, 1994.
- BUNGAY, G. T.; VESSEY, M. P.; McPHERSON, J. Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. **Br. Med. J.**, Edinburgh, v. 281, n. 6234, p. 181- 183, Jul. 1980.
- CAMPOS, R.; et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos do Ambulatório de climatério do Hospital das Clínicas de Marília. **Reprod. Clim.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 12-36, 1997.
- CANELLA, P. Climatério e hormônios. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v.11, n.8, p. 31, 1995.
- CANELLA, P. Climatério: reflexões sobre a clínica e a técnica. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 697-699, 1998.
- _____. Efeitos dos vários hormônios de reposição na sexualidade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 727-729, 1999.
- CASSOL, G. et al., Avaliação da depressão no climatério utilizando a escala de Zung. **Reprod. Clim.**, Ribeirão Preto, v. 12, sup.1, p. 25, 1997.
- CUNHA, F. Climatério: uma visão holística. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 63-64, 1993.
- DAVID, H. B. Assistência médica na perimenopausa. **Clín. Obstétr. Ginecol. Am. Norte**, Rio de Janeiro, v. 2, 1993.
- DAWSON, H.; HARRIS, S. Regional changes in body composition by time of year in healthy postmenopausal women. **Am. J. Clin. Nutr.**, New York, v. 56, p. 307- 313, 1992.
- DICIONÁRIO MÉDICO BLAKISTON. 2.ed. São Paulo: Organização Andrei, [198-].
- DIOKNO, A. C.; BROWN, M. B.; HERZOG, A. R. Sexual function in the elderly. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 150, n. 1, p. 197-200, Jan. 1990.
- DUPUY, H. J. The psychological general well-being (PGWB) index. In: WENGER, N. K. et al. **Assessment of quality of live in clinical trials of cardiovascular therapies**. New York: Le Jacq, 1984. p. 170-183.
- FERNANDES, C. E et al. **Hormonioterapia e psicofarmacoterapia na saúde da mulher**. São Paulo: SOBRAC, p. 7-8, 1998.
- FERNANDES, C. E et al. Abordagem clínica da mulher no climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 121-129, 1999.

FERNANDES, C. E.; CAMPOS, A. A.; ALBERNAZ, M. A. **O climatério e a menopausa: a avaliação da mulher climatérica.** São Paulo: Lemos Editorial, 1999. fasc. 1, p.7-8.

FERRIANI, R. A. TRH reduz o risco de doença cardíaca, mas não diminui a progressão da doença cardiovascular instalada. **Jornal da SOBRAGE**, v. 2, n. 6, p. 3-4, 2000.

FRAGA FILHO, C. [Prefácio]. In: LEMGRUBER, I.; POVOA, L. C.; CARNEIRO, R. A. **Perimenopausa, climatério e senectude: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

FREEDMAN, M. A. Antecipando ao próximos 50 anos: a nova ciência de TRH. In: CONGRESSO MUNDIAL SOBRE MENOPAUSA, 9., 1999. Yokohama. **Anais ...** Yokohama: Sociedade Internacional de Menopausa, 1999.

GASPARINI, S. R. S. Obesidade como classificá-la? Disponível em: <<http://www.epub.org.br/svol/artobes.htm>> Acesso em: 11 nov. 2000.

GIANNINI, S. D. Aspectos da prevenção das doenças cardiovasculares no sexo feminino após a menopausa. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 801-810, 1995.

GONÇALVES, N. Repercussões psicológicas e sexuais. In: LUCA, L. A. **Saúde e bem-estar quando a menopausa chegar.** São Paulo: SOBRAC, 1993.

GUARISI, T. et al. Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **J. Bras. Ginecol.**, Rio de Janeiro, v. 108, n.4, p. 125-130, 1998.

HALBE, H. W. **Ginecologia endócrina.** São Paulo: Roca, 1982. v.1, p. 165-196.

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

HOLTE, A. Prevalence of climateric complaints in a representative sample of middle-aged women in Oslo, Norway. **J. Psychosom. Obst. Gynaecol.**, v. 12, p. 303-315, 1991.

HOLTE, A.; MIKKELSEN, A. Psychosocialdeterminants of climateric complaints. **Maturitas**, Amsterdam, v. 13, p. 205-215, 1991.

HUBER, J. C. Novas diretrizes em trh. **ORGYN**, Almere, ed. esp., p. 3-5, 1999.

HULLEY, S.; BUSH, G.T. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. **JAMA**, Chicago, v. 280, p. 605-618, 1998.

IANNETTA, O. Ensaio sobre a psicodinâmica das ondas de calor. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 11/12, p. 44-45, 1996.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias/28042000.shtm>>
Acesso em: 28 abr. 2000(a).

_____. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/presidencia/noticias/301199.shtm>>
Acesso em: 12 dez. 2000(b).

IOSIF, C. S.; BEKASSY, Z. Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, Stockholm, v. 63, n. 3, p. 257-260, 1984.

IPARDES. **Projeções das populações municipais por sexo e idade 2000 a 2010.** Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br>> Acesso em: 07 nov. 2000.

JENKINS, C. D. et al. A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. **J. Clin. Epidemiol.**, New York, v. 41, n. 4, p. 313-321, 1988.

KAUFERT, P. A.; GILBERT, P.; TATE, R. The Manitoba project: a re-examination of the link between menopause and depression. **Maturitas**, Amsterdam, v. 14, n. 2, p. 143-155, Jan. 1992.

KNIGHT, D. C.; EDEN, J. A. A review of the clinical effects of phytoestrogens. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 87, n. 5 pt. 2, p. 897-904, May 1996.

KUBA, V. M.; ATHAYDE, A.; FONTES, R. G. Tratamento não hormonal da menopausa. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 99-103, 1998.

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

KUPPERMAN, H. S. et al. Comparative clinical evaluation of estrogen preparations by menopausal and amenorrheal indices. **J. Clin. Endocrinol.**, Baltimore, v. 13, p. 688-703, 1953.

LAROUSSE ÉTYMOLOGIQUE: Nouveau Dictionnaire Étymologique et Historique. Paris: Larousse, 1981. p. 173.

LEIBLUM, S. R. et al. Vaginal atrophy in the postmenopausal woman: the importance of sexual activity and hormones. **JAMA**, Chicago, v. 249, n. 16, p. 2195-2198, Apr. 1983.

LEMGRUBER, I.; LEMGRUBER, M. Critérios para o diagnóstico da pré-menopausa, do climatério e da senectude. In: LEMGRUBER, I.; POVOA, L. C.; CARNEIRO, R. A. **Perimenopausa Climatério e Senectude: aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999

LEMGRUBER, I.; PÓVOA, L. C.; CARNEIRO, R. A. Climatério, passado e presente. In: _____. **Perimenopausa Climatério e Senectude: aspectos clínicos, diagnósticos e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

LIMA, G. R.; BARACAT, E. C. Síndrome do climatério. In: _____. **Ginecologia endócrina**. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 253-298.

LIMA, G. R. et. al. Climatério e sistema nervoso. **TRH Report: o climatério em foco**, São Paulo, v. 1, p.14-22, 1998.

LIMA, T.; ANDRADE, J. **Escola de folclore: pesquisa de cultura espontânea**. 2. ed. São Paulo: Escola de Folclore, 1983. 253 p.

LISBÔA, K. O. Estudo transversal de base populacional de mulheres climatéricas pré e perimenopausa da cidade de Passo Fundo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 117, 2000.

LOPES, G. P. Sexologia: introdução e conceitos básicos. In: GERSON, L. et al. **Patologia e terapia sexual**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

_____. Aspectos psicosssexuais. In: LIMA, G. R.; BARACAT, E. C. **Ginecologia endócrina**. São Paulo: Atheneu, 1995(a).

_____. Sexualidade climatério. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v. 2, supl. esp., p. 46-48, 1995(b).

LOPES, G. P.; NASCIMENTO, L. G. Sexualidade no climatério. In: FEBRASGO. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. v.1, p. 713-725.

LUCA, L. A. **Saúde e bem-estar quando a menopausa chegar**. São Paulo: SOBRAC, 1993.

_____. Climatério: mitos e verdades. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 17-26, 1994.

LUZ, C.S.L. Perturbações psicológicas no climatério. **Psiquiatria atual**, São Paulo, v. 7, p. 56-62, 1971.

MACHADO, L. V. Climatério e menopausa: sexualidade na menopausa. **Reprod. Clim.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 38, 1995(a).

_____. Ovário: climatério. **Ars Cvrandi**. Rio de Janeiro, v. 1, supl. esp., p. 19-21, 1995(b).

_____. Endocrinologia no climatério. In: FERNANDES, C. E. et al. **Hormonioterapia e psicoterapia na saúde da mulher**. São Paulo: SOBRAC, 1998. p. 9-14.

MAFFEI, W. E. **Os fundamentos da medicina**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1978. 2 v.

MANIÇOBA, G. S.; et al. Climatério: implicações biopsicossociais. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, p. 12-22, 1995.

MARSHALL, J. A paixão depois da juventude. **ORGYN**, Almere, ed. esp., p 35-37, 1999.

MARTINEZ, J. N. Relacion entre sintomas psicologicos, alteraciones ginecologico-hormonales y periodo perimenopausico. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.**, Madrid, v. 21, n. 4, p. 131-142, 1993.

MATTHEWS, K, A. et al. Influence of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. **J. Consult. Clin. Psychol.**, Arlington, v. 58, p. 345-351, Jun.1990.

McKINLAY, J. B.; McKYNLAY, S. M.; BRAMBILLA, D. The perimenopausal symptoms: the statistical analysis of a survey. **Gynaecol. Sociol.**, v. 4, p. 268-277, 1969.

McKINLAY, S. M.; BRAMBILLA, D. J.; POSNER, J. G. The normal menopause transition. **Maturitas**, Amsterdam, v. 14, p. 103-112, 1992.

McKINLAY, S. M.; JEFFREYS, M. The menopausal syndrome. **Br. J. Prev. Soc. Med.**, London, v. 28, n. 2, p. 108-115, May 1974.

MELLO, J. O. Expectativa de vida e estado climatérico: projeção para o ano 2020. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 569-575, 1989.

MELO, N. R. Mudanças de hábito de vida: dietas e exercícios. In: LUCA, L. A. **Saúde e bem-estar quando a menopausa chegar**. São Paulo: SOBRAC, 1993. p 47-60.

MELO, N. R.; et al. Diagnóstico e manejo da terapêutica de reposição hormonal. In: FERNANDES, C. E. et al. **Hormonioterapia psicofarmacoterapia na saúde da mulher**. São Paulo: SOBRAC, 1998. p.23-36.

MITCHELL, E. S.; WOODS, N. F. Symptoms experiences of midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. **Maturitas**, Amsterdam, v. 25, n. 1, p. 1-10, Aug. 1996.

MIYAHIRA, H.; MIYAHIRA, A. S. Reposição hormonal na paciente idosa: quando, como e por quê. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 7, p. 19-22, 1999.

MODOTTE, W. P. et al. Incontinência urinária: tratamento conservador. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 6-13, 1999.

MONTGOMERY, M. Comportamento sexual na menopausa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CLIMATERIO & MENOPAUSA, 2., 1994. **Anais ...** São Paulo, SOBRAC, 1994. p. 23-26.

NAHOUM, J. C. Climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 82, 1974.

_____. Semiologia do climatério. **JBM**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 78-87, 1979.

- _____. Climatério e senilidade. In: REZENDE, J.; BELFORT, P. **Enciclopédia Médica Brasileira**. Rio de Janeiro: Manole, 1981. p.1-16.
- NEUGARTEN, L. B.; KRAINES, J. R. Menopausal symptoms in women of various ages sychosomatic. **Medicine**, London, v. 27, n. 3, p. 266-273, 1965.
- PEDACE, A. F. Aspectos emocionais do climatério. In: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993.
- PELEGRIN, G. C. L. et al. Avaliação dos sintomas clínicos das pacientes climatéricas atendidas no HUSM em relação ao uso de trh e índice de massa corpórea. **Reprod. Clim.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 24, 1997.
- PFEIFFER, E.; VERWOERDT, A.; DAVIS, G. C. Sexual behavoir in middle life. **Am. J. Psychiatr.**, Washington, v. 128, n. 10, p. 1262-1267, Apr. 1972.
- PICKETT, C. K. et al. Progestin and estrogen reduce sleep-disordered breathing in postmenopausal women. **J. Appl. Physiol.**, Bethesda, v. 66, n. 4, p. 1656-1661, Apr. 1989.
- PINTO NETO, A. M. **Atitudes de mulheres climatéricas do município de Campinas frente à menopausa e seu tratamento**: um inquérito populacional domiciliar. Campinas, 2000. Tese (Livre Docência) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- QUADRA, A. A. F.; QUADRA, G. A. F. Envelhecimento aspectos médicos-sociais. **Med. Hosp. Clín. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 1, n., 2, p. 173-178, 1982.
- RAVNIKAR, V. A. Assistência primária a mulher madura. **Clin. Obstét. Ginecol. Am. Norte**, Rio de Janeiro, v.2, p.xi-xii, 1994.
- ROCHA, M. L. O curso inexorável da vida. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 112-113, 1983.
- SAKAI, J. T.; IANNETTA, O. Distúrbios psicológicos e psiquiátricos no climatério. **GO Atual**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 101-106, 1995
- SANTIAGO PALACIOS, G. A. Menopausia e sociedad. In: VILLORIA, E. F. & TRAMULLAS, A. R. **Climatério y menopausia**. Madri: Mirpal, 1993. fac 1.
- SANTIAGO PALACIOS, G. A.; CEÑO, C. M. Alteraciones del tracto genito-urinario bajo y menopausia. In: VILLORIA, E. F. & TRAMULLAS, A. R. **Climatério y menopausia**. Madri: Mirpal, 1993. fasc. 2, p.105.
- SARREL, P. Initial/return visit questionnaire. São Paulo: Clinical Mensi, 1993. Workshop sobre climatério.

SARREL, P. M. Sexuality in the middle years. **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 14, n. 1, p. 49-62, Mar. 1987.

SARREL, P. M. Sexuality and menopause. **Obstet. Gynecol.**, New York, v. 75, n. 4 suppl., p. 26S-30S, Jul. 1990.

SARREL, P. M.; WHITEHEAD, M. I. Sex and menopause: defining the issues. **Maturitas**, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 217-224, Sep. 1985.

SCHMIDT, P. J.; RUBINOW, D. R. Menopause-related affective disorders: a justification for further study. **Am. J. Psychiatry**, Washington, v. 148, n. 7, p. 844-852, Jul. 1991.

SILVA DE SÁ, M. F. **Climatério: o que acontece? Saúde e bem-estar quando a menopausa chegar.** SOBRAC, São Paulo, 1993. p. 19-22

SILVA DE SÁ, M. F. et al. Benefícios e riscos da estrogenerioterapia no climatério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 302-305, 1989.

SOUEN, J. S. et al. A mulher na terceira idade. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 1137-1146, 1992.

SOUZA DE, R. L. et al. Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kupperman. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, São Paulo, v. 22, n. 8, p. 481-486, 2000..

SPEROFF, L. The perimenopausal transition. **Reprod.Clim.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 59-61, 1999.

SPEROFF, L.; GLASS, R. H.; KASE, N. G. Menopausa e terapia hormonal pós-menopausa. In: SPEROFF, L. **Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade.** 5.ed. São Paulo: Manole, 1995.

STONE, A. B.; PEARLSTEIN, T. B. Avaliação e tratamento das alterações no humor, no padrão do sono e na função sexual decorrentes da menopausa. **Clín. Obstétr. Ginecol. Am. Norte**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 405-415, 1994.

TAECHAKRAICHANA, N.; NAKORNPANOM, P. N.; LIMPAPHAYOM, K. Climacteric complaints of paramedical personnel. **J. Med. Assoc. Thai**, Bangkok, v. 80, n. 5, p. 297-302, May 1997.

THOMPSON, B.; HART, S. A.; DURNO, D. Menopausal age and symptomatology in a general practice. **J. Biosoc. Sci.**, Oxford, v. 5, n. 1, p. 71-82, Jan. 1973.

ULIZAR, J. A. Definición y epidemiología de la menopausia. In: VILLORIA, E. F.; TRAMULLAS, A. R. **Climatério y menopausia.** Madri: Mirpal, 1993. fac.1 p. 9-15.

URBANETZ, A. A.; MINARI, C. L.; OLIVEIRA, L. J. Terapêutica de reposição hormonal no climatério e risco de carcinogênese no endométrio e mama. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 1085, 1983.

URBANETZ, A. A.; OLIVEIRA, L. J. Climatério: fisiopatologia das ondas de calor. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 12, p. 911-914, 1987.

VILLORIA, E. F; TRAMULLAS, A. R. **Climatério y menopausia**. Madri: Mirpal, 1993, Fac.1, p. 3

VAN KEEP, P. A. The climateric in different cultural contexts. In: VAN HERENDAEL, H.B. et al. **The climateric na update**. Lancaster: M.T.P., 1983. p.11-8.

VITIELLO, N. Disfunção sexual: fatores orgânicos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 42-57, 1987.

VITIELLO, N.; RODRIGUES JR, O. M. **As bases anatômicas e funcionais do exercício da sexualidade**. São Paulo: Iglu, 1997. p 138-139.

WEHBA, S. et al. Aspectos epidemiológicos, clínicos e de diagnóstico do climatério. In: FERNANDES, C. E. et al. **Hormonioterapia e psicofarmacoterapia na saúde da mulher**. São Paulo: SOBRAC, 1998. p. 15-22.

WURCH, T. A. et al. Interet du promestriene dans le traitement de la vaginite atrophique pós-menopausique. **Gynecologie**, Paris, 32-51, 1981.

APENDICE 1

Tab. 1 - Tabela com o resultado das respostas ao questionário padrão, das mulheres eumenorréicas de 40 a 49 anos.

| EUMENORRÉIA 40-49 anos | Regularmente | Ocasionalmente | Não | Tem/ é Problema | Tem/ não é problema | Total (N) |
|-----------------------------|--------------|----------------|-----|--------------------|------------------------|--------------|
| Calor / Fogacho | 10 | 32 | 125 | 23 | 19 | 167 |
| Palpitações | 05 | 56 | 105 | 30 | 31 | 166 |
| Dores de cabeça | 23 | 83 | 59 | 64 | 42 | 165 |
| Distúrbios do sono | 18 | 58 | 85 | 49 | 27 | 161 |
| Dor / Pressão no peito | 07 | 39 | 113 | 32 | 14 | 159 |
| Fôlego curto | 10 | 36 | 120 | 29 | 17 | 166 |
| Amortecimento/ Dormência | 12 | 57 | 91 | 42 | 27 | 160 |
| Fraqueza / fadiga | 12 | 60 | 95 | 41 | 31 | 167 |
| Perda de memória | 37 | 62 | 61 | 84 | 15 | 160 |
| Ansiedade | 38 | 77 | 46 | 83 | 32 | 161 |
| Depressão | 13 | 63 | 87 | 62 | 14 | 163 |
| Medo de ficar sozinha | 07 | 17 | 141 | 18 | 06 | 165 |
| Perda de controle urinário | 07 | 25 | 133 | 29 | 03 | 165 |
| Secura vaginal | 15 | 40 | 106 | 33 | 22 | 161 |
| Perda do desejo sexual | 45 | 49 | 63 | 78 | 16 | 157 |
| Dor na relação sexual | 04 | 27 | 129 | 23 | 08 | 160 |

Tab. 2 - Tabela com o resultado das respostas ao questionário padrão, das mulheres pós-menopausa de 40 a 49 anos.

| PÓS-MENOPAUSA 40-49 anos | Regularmente | Ocasionalmente | Não | Tem/ é Problema | Tem/ não é problema | Total (N) |
|-------------------------------|--------------|----------------|-----|--------------------|------------------------|--------------|
| Caíor / Fogacho | 20 | 29 | 16 | 48 | 01 | 65 |
| Palpitações | 02 | 30 | 30 | 18 | 14 | 62 |
| Dores de cabeça | 12 | 29 | 24 | 30 | 11 | 65 |
| Distúrbios do sono | 14 | 18 | 33 | 27 | 05 | 65 |
| Dor / Pressão no peito | 02 | 20 | 41 | 18 | 04 | 63 |
| Fôlego curto | 01 | 16 | 47 | 09 | 08 | 64 |
| Amortecimento/ Dormência | 12 | 24 | 29 | 23 | 13 | 65 |
| Fraqueza / fadiga | 07 | 23 | 31 | 16 | 14 | 61 |
| Perda de memória | 18 | 27 | 18 | 38 | 07 | 63 |
| Ansiedade | 22 | 18 | 23 | 38 | 02 | 63 |
| Depressão | 08 | 23 | 33 | 28 | 03 | 64 |
| Medo de ficar sozinha | 00 | 05 | 60 | 04 | 01 | 65 |
| Perda de controle urinário | 04 | 12 | 46 | 12 | 04 | 62 |
| Secura vaginal | 20 | 22 | 23 | 41 | 01 | 65 |
| Perda do desejo sexual | 29 | 19 | 17 | 45 | 03 | 65 |
| Dor na relação sexual | 09 | 17 | 38 | 26 | 00 | 64 |

Tab. 3 - Tabela com o resultado das respostas ao questionário padrão, das mulheres pós-menopausa de 50 a 59 anos.

| PÓS-MENOPAUSA 50-59 anos | Regularmente | Ocasionalmente | Não | Tem/ é Problema | Tem/ não é problema | Total (N) |
|-------------------------------|--------------|----------------|-----|--------------------|------------------------|--------------|
| Calor / Fogacho | 51 | 40 | 44 | 90 | 01 | 135 |
| Palpitações | 13 | 55 | 67 | 63 | 05 | 135 |
| Dores de cabeça | 33 | 49 | 53 | 70 | 12 | 135 |
| Distúrbios do sono | 45 | 43 | 47 | 78 | 10 | 135 |
| Dor / Pressão no peito | 12 | 42 | 81 | 42 | 12 | 135 |
| Fôlego curto | 10 | 42 | 83 | 40 | 12 | 135 |
| Amortecimento/ Dormência | 15 | 65 | 55 | 70 | 10 | 135 |
| Fraqueza / fadiga | 21 | 52 | 62 | 55 | 18 | 135 |
| Perda de memória | 58 | 45 | 32 | 92 | 11 | 135 |
| Ansiedade | 45 | 50 | 37 | 88 | 07 | 132 |
| Depressão | 29 | 40 | 61 | 64 | 05 | 130 |
| Medo de ficar sozinha | 06 | 12 | 115 | 15 | 03 | 133 |
| Perda de controle urinário | 17 | 36 | 80 | 52 | 02 | 133 |
| Secura vaginal | 61 | 40 | 31 | 93 | 08 | 132 |
| Perda do desejo sexual | 68 | 31 | 30 | 95 | 04 | 129 |
| Dor na relação sexual | 34 | 37 | 55 | 68 | 03 | 126 |

APENDICE 2

Porcentagem de mulheres que apresentavam "calor/fogacho" como sintoma de acordo com a menopausa e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Após Menopausa 40-49 a | Após Menopausa ≥ 50 a |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Calor/Fogacho? | % | % | % |
| Regulamente | 5,9 | 30,7 | 37,7 |
| Ocasionalmente | 19,1 | 44,6 | 29,6 |
| Não | 74,8 | 24,6 | 32,5 |
| Número | (167) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "calor/fogacho" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com a menopausa e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Após Menopausa 40-49 a | Após Menopausa ≥ 50 a |
|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Calor/Fogacho? | % | % | % |
| Tem / é problema | 13,7 | 73,8 | 66,6 |
| Tem / não é problema | 11,3 | 1,5 | 0,7 |
| Não tem | 74,8 | 24,6 | 32,5 |
| Número | (167) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "fôlego curto ou falta de ar" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Fôlego curto ou falta de ar? | % | % | % |
| Regulamente | 6,0 | 1,5 | 7,4 |
| Ocasionalmente | 21,6 | 25,0 | 31,1 |
| Não | 72,2 | 73,4 | 61,4 |
| Número | (166) | (64) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "fôlego curto ou falta de ar" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Fôlego curto ou falta de ar? | % | % | % |
| Tem / é problema | 17,4 | 14,0 | 29,6 |
| Tem / não é problema | 10,2 | 12,5 | 8,8 |
| Não tem | 72,2 | 73,4 | 61,4 |
| Número | (166) | (64) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "dor ou pressão no peito" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dor ou pressão no peito? | % | % | % |
| Regulamente | 4,4 | 3,1 | 8,8 |
| Ocasionalmente | 24,5 | 31,7 | 31,1 |
| Não | 71,0 | 65,0 | 60,1 |
| Número | (159) | (63) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "dor ou pressão no peito" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dor ou pressão no peito? | % | % | % |
| Tem / é problema | 20,1 | 28,5 | 31,1 |
| Tem / não é problema | 8,8 | 6,3 | 8,8 |
| Não tem | 71,0 | 65,0 | 60,1 |
| Número | (159) | (63) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "palpitações" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Palpitações ? | % | % | % |
| Regularmente | 3,0 | 3,2 | 9,6 |
| Ocasionalmente | 33,7 | 48,3 | 40,7 |
| Não | 63,2 | 48,3 | 49,6 |
| Número | (166) | (62) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "palpitações" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Palpitações ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 18,0 | 29,0 | 46,6 |
| Tem / não é problema | 18,6 | 22,5 | 3,7 |
| Não tem | 63,2 | 48,3 | 49,6 |
| Número | (166) | (62) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam “fraqueza ou fadiga” como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Fraqueza ou Fadiga ? | % | % | % |
| Regulamente | 7,1 | 11,4 | 15,5 |
| Ocasionalmente | 35,9 | 37,7 | 38,5 |
| Não | 56,8 | 50,8 | 45,9 |
| Número | (167) | (61) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam “fraqueza ou fadiga” e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Fraqueza ou Fadiga ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 24,5 | 26,2 | 40,7 |
| Tem / não é problema | 18,5 | 22,9 | 13,3 |
| Não tem | 56,8 | 50,8 | 45,9 |
| Número | (167) | (61) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda do controle urinário" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|------------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Perda do controle urinário? | % | % | % |
| Regularmente | 4,2 | 6,4 | 12,7 |
| Ocasionalmente | 15,1 | 19,3 | 27,0 |
| Não | 80,6 | 74,1 | 60,1 |
| Número | (165) | (62) | (133) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda do controle urinário" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com a menopausa e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Após Menopausa 40-49 a | Após Menopausa ≥ 50 a |
|------------------------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Perda do controle urinário? | % | % | % |
| Tem / é problema | 17,5 | 19,3 | 39,0 |
| Tem / não é problema | 1,8 | 6,4 | 1,5 |
| Não tem | 80,7 | 24,6 | 59,5 |
| Número | (165) | (62) | (133) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "secura vaginal" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Secura Vaginal ? | % | % | % |
| Regularmente | 9,3 | 30,7 | 46,2 |
| Ocasionalmente | 24,8 | 33,8 | 30,3 |
| Não | 65,8 | 35,3 | 23,4 |
| Número | (161) | (65) | (132) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "secura vaginal" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Secura Vaginal ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 20,4 | 63,0 | 70,4 |
| Tem / não é problema | 13,6 | 1,5 | 6,0 |
| Não tem | 65,8 | 35,3 | 23,4 |
| Número | (161) | (65) | (132) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda de memória" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Perda de memória ? | % | % | % |
| Regularmente | 23,1 | 28,5 | 42,9 |
| Ocasionalmente | 38,7 | 42,8 | 33,3 |
| Não | 38,1 | 28,5 | 23,7 |
| Número | (160) | (63) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda de memória" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Perda de memória ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 52,5 | 60,3 | 68,1 |
| Tem / não é problema | 9,3 | 11,1 | 8,1 |
| Não tem | 38,1 | 28,5 | 23,7 |
| Número | (160) | (63) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "amortecimento/dormência" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Amortecimento/Dormência? | % | % | % |
| Regularmente | 7,5 | 18,4 | 11,1 |
| Ocasionalmente | 35,6 | 36,9 | 48,1 |
| Não | 56,8 | 44,6 | 40,7 |
| Número | (160) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "amortecimento/dormência" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Amortecimento/Dormência? | % | % | % |
| Tem / é problema | 26,2 | 35,3 | 51,8 |
| Tem / não é problema | 16,8 | 20,0 | 7,4 |
| Não tem | 56,8 | 44,6 | 40,7 |
| Número | (160) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "dores de cabeça" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dores de cabeça? | % | % | % |
| Regularmente | 13,9 | 18,4 | 24,4 |
| Ocasionalmente | 50,3 | 44,6 | 36,2 |
| Não | 35,7 | 36,9 | 39,2 |
| Número | (165) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "dores de cabeça" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dores de cabeça? | % | % | % |
| Tem / é problema | 38,7 | 46,1 | 51,8 |
| Tem / não é problema | 25,4 | 16,9 | 8,8 |
| Não tem | 35,7 | 36,9 | 39,2 |
| Número | (165) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "medo de estar sozinha" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Medo de estar sozinha ? | % | % | % |
| Regularmente | 4,2 | 0 | 4,5 |
| Ocasionalmente | 10,3 | 7,6 | 9,0 |
| Não | 85,4 | 92,3 | 86,4 |
| Número | (165) | (65) | (133) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "medo de estar sozinha" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Medo de estar sozinha ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 10,9 | 6,1 | 11,2 |
| Tem / não é problema | 3,6 | 1,5 | 2,2 |
| Não tem | 85,4 | 92,3 | 86,4 |
| Número | (165) | (65) | (133) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "depressão" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Depressão ? | % | % | % |
| Regularmente | 7,9 | 12,5 | 22,3 |
| Ocasionalmente | 38,6 | 35,9 | 30,7 |
| Não | 53,3 | 51,5 | 46,9 |
| Número | (163) | (64) | (130) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "depressão" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Depressão ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 38,0 | 43,7 | 49,2 |
| Tem / não é problema | 8,5 | 4,6 | 3,8 |
| Não tem | 53,3 | 51,5 | 46,9 |
| Número | (163) | (64) | (130) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "ansiedade" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Ansiedade ? | % | % | % |
| Regularmente | 23,6 | 34,9 | 34,0 |
| Ocasionalmente | 47,8 | 28,5 | 37,8 |
| Não | 28,5 | 36,5 | 28,0 |
| Número | (161) | (63) | (132) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "ansiedade" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Ansiedade ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 51,5 | 60,3 | 66,6 |
| Tem / não é problema | 19,8 | 3,1 | 5,3 |
| Não tem | 28,5 | 36,5 | 28,0 |
| Número | (161) | (63) | (132) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "distúrbios do sono" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa. ≥ 50 a |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| Distúrbios do Sono ? | % | % | % |
| Regulamente | 11,1 | 21,5 | 33,3 |
| Ocasionalmente | 36,0 | 27,6 | 31,8 |
| Não | 52,7 | 50,7 | 34,8 |
| Número | (161) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "distúrbios do sono" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Distúrbios do Sono ? | % | % | % |
| Tem / é problema | 30,4 | 41,5 | 57,7 |
| Tem / não é problema | 16,7 | 7,6 | 7,4 |
| Não tem | 52,7 | 50,7 | 34,8 |
| Número | (161) | (65) | (135) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda do desejo sexual" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Perda do desejo sexual? | % | % | % |
| Regularmente | 28,6 | 44,6 | 52,7 |
| Ocasionalmente | 31,2 | 29,2 | 24,0 |
| Não | 40,1 | 26,1 | 23,2 |
| Número | (157) | (65) | (129) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "perda do desejo sexual" e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|--------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Perda do desejo sexual? | % | % | % |
| Tem / é problema | 49,6 | 69,2 | 73,6 |
| Tem / não é problema | 10,1 | 4,6 | 3,1 |
| Não tem | 40,1 | 26,1 | 23,2 |
| Número | (157) | (65) | (129) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam "dor na relação sexual" como sintoma de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dor na relação sexual? | % | % | % |
| Regularmente | 2,5 | 14,0 | 26,9 |
| Ocasionalmente | 16,8 | 26,5 | 29,3 |
| Não | 80,6 | 59,3 | 43,6 |
| Número | (160) | (64) | (126) |

Porcentagem de mulheres que apresentavam “dor na relação sexual” e que qualificaram este sintoma como problema de acordo com o estado menopausal e a idade.

| | Eumenorréia 40-49 a | Menopausa 40-49 a | Menopausa ≥ 50 a |
|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|
| Dor na relação sexual? | % | % | % |
| Tem / é problema | 14,3 | 40,6 | 53,9 |
| Tem / não é problema | 5,0 | 0 | 2,3 |
| Não tem | 80,6 | 59,3 | 43,6 |
| Número | (160) | (64) | (126) |

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO CLIMATÉRIO

As questões devem ser formuladas: "NO ULTIMO MÊS VOCÊ TEVE...?"

Indique a resposta circulando o número correspondente à primeira parte de cada questão. Para responder a segunda parte da questão: "ISTO É UM PROBLEMA REAL PARA VOCÊ?", coloque um circulo na resposta adequada.

Código de respostas: 0=NÃO 1= OCASIONALMENTE 2=SIM, REGULARMENTE

| | | | | | | | | | |
|-----------|------------------------------|---|---|---|-----------|---------------------------------------|---|---|---|
| 01 | Calor, fogachos no rosto? | 0 | 1 | 2 | 11 | Ansiedade? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 02 | Palpitações? | 0 | 1 | 2 | 12 | Depressão? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 03 | Dores de cabeça? | 0 | 1 | 2 | 13 | Medo de estar sozinha? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 04 | Distúrbio do sono? | 0 | 1 | 2 | 14 | Perda de controle urinário? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 05 | Dor ou pressão no peito? | 0 | 1 | 2 | 15 | Secura vaginal? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 06 | Fôlego curto ou falta de ar? | 0 | 1 | 2 | 16 | Perda do desejo sexual? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 07 | Amortecimentos, dormência? | 0 | 1 | 2 | 17 | Dor na relação sexual? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 08 | Fraqueza ou fadiga? | 0 | 1 | 2 | 18 | Atividades interrompidas em casa? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 09 | Dores nas articulações? | 0 | 1 | 2 | 19 | Atividades interrompidas no trabalho? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | Isto é problema? | S | N | |
| 10 | Perda de memória? | 0 | 1 | 2 | 20 | Outros sintomas? | 0 | 1 | 2 |
| | Isto é problema? | S | N | | | | | | |