



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ISABEL CRISTINA GARDENAL DE ARRUDA AMARAL

CONHECIMENTO SOBRE A MENOPAUSA DE ACORDO COM MULHERES  
BRASILEIRAS DE MEIA-IDADE: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

*MENOPAUSAL KNOWLEDGE AMONG BRAZILIAN MIDDLE-AGED WOMEN: A  
POPULATION-BASED HOUSEHOLD SURVEY*

CAMPINAS

2018

ISABEL CRISTINA GARDENAL DE ARRUDA AMARAL

CONHECIMENTO SOBRE A MENOPAUSA DE ACORDO COM MULHERES  
BRASILEIRAS DE MEIA-IDADE: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

*MENOPAUSAL KNOWLEDGE AMONG BRAZILIAN MIDDLE-AGED WOMEN: A  
POPULATION-BASED HOUSEHOLD SURVEY*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Título de Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração em Fisiopatologia Ginecológica

*Thesis submitted to the Department of Post-Graduate Studies in Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas to obtain the title of Doctor on Health Sciences, area of Gynecology Pathophysiology*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Luiz Francisco Cintra Baccaro

COORIENTADORA: Profa. Dra. Maria José Martins Duarte Osis

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA ISABEL CRISTINA GARDENAL DE ARRUDA AMARAL, E  
ORIENTADA PELO PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO E  
COORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA JOSÉ MARTINS DUARTE OSIS

CAMPINAS

2018

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** FAPESP, 2011/14526-9

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Am13c Amaral, Isabel Cristina Gardenal de Arruda, 1967-  
Conhecimento sobre a menopausa de acordo com mulheres brasileiras de  
meia-idade : um estudo de base populacional / Isabel Cristina Gardenal de  
Arruda Amaral. – Campinas, SP : [s.n.], 2018.

Orientador: Luiz Francisco Cintra Baccaro.  
Coorientador: Maria José Martins Duarte Osis.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Climatério. 2. Epidemiologia. 3. Serviços de Informação. 4. Terapia de  
Reposição de Estrogênios. I. Baccaro, Luiz Francisco Cintra, 1980-. II. Osis,  
Maria José Martins Duarte. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Menopausal knowledge among Brazilian middle-aged women : a  
population-based household survey

**Palavras-chave em inglês:**

Climacteric

Epidemiology

Information Services

Estrogen Replacement Therapy

**Área de concentração:** Fisiopatologia Ginecológica

**Titulação:** Doutora em Ciências da Saúde

**Banca examinadora:**

Luiz Francisco Cintra Baccaro [Orientador]

Rodolfo Strufaldi

Eliana Aguiar Petri Nahás

Daniela Angerame Yela Gomes

Vera Regina Toledo Camargo

**Data de defesa:** 26-02-2018

**Programa de Pós-Graduação:** Tocoginecologia

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**ISABEL CRISTINA GARDENAL DE ARRUDA AMARAL**

---

---

**ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO**

---

### **MEMBROS:**

**1. PROF. DR. LUIZ FRANCISCO CINTRA BACCARO**

**2. PROFA. DRA. ELIANA AGUIAR PETRI NAHÁS**

**3. PROF. DR. RODOLFO STRUFALDI**

**4. PROFA. DRA. DANIELA ANGERAME YELA GOMES**

**5. PROFA. DRA. VERA REGINA TOLEDO CAMARGO**

---

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

---

**DATA DA DEFESA: 26/2/2018**

---

## DEDICATÓRIA

A Deus, infinito em sua grandeza, fonte de amor e de todas as virtudes: presente em mim.

- Aos meus inesquecíveis pais, Lázaro Lopes de Arruda e Irma Helena Gardenal Arruda, por terem sido exemplos de vida e de integridade, anjos de bondade e de verdade. Apesar de não estarem mais em nosso meio, as suas vozes sempre estarão reverberando, como a me dirigir e a me incentivar.

- Ao meu marido, Maurício, e à minha filha, Letícia, dedico esse estudo e os meus dias. Sem eles para me encorajar, eu certamente não teria chegado até aqui. Acordo e durmo sabendo de onde procede essa grande amizade e afeto.

- Ao professor doutor Aarão Mendes Pinto-Neto [*in memoriam*], meu primeiro orientador, pelas oportunidades que me abriu. Fui a primeira jornalista a participar do Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia e, com certeza, ele estaria, hoje, muito feliz pelo rumo que o nosso trabalho tomou. Ainda jovem e entusiasta, trabalhava com intensidade, talvez já com o sentimento de que sua trajetória seria breve. A ele, o meu eterno reconhecimento e carinho.

- Ao professor doutor Eduardo Lane [*in memoriam*], meu segundo pai. Foi um exemplo de caráter e de vida. Sua dedicação à saúde da mulher e à menopausa em Campinas foi algo pioneiro. Sou muito agradecida pela sua vida, pelo que representou para minha família e especialmente para mim.

- Às mulheres de meia-idade, de muita idade e de pouca idade, dedico esta pesquisa. Que o tema promova na comunidade, com este e com novos estudos que virão, um outro patamar de conhecimento e que acrescente muito à saúde da mulher.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor doutor Luiz Francisco Cintra Baccaro, orientador deste estudo, agradeço pela grande ajuda em todas as etapas da produção desta tese. Com competência científica, me orientou e me acompanhou, sempre transmitindo seus ensinamentos com segurança e disponibilidade, além de ser uma pessoa muito generosa. Minha admiração!

À professora doutora Maria José Martins Duarte Osis, minha coorientadora, pelas sugestões, pelo carinho de sempre, pela amizade e pelo aprendizado.

Às bancas examinadoras de qualificação (professor doutor Luiz Francisco Cintra Baccaro, professora doutora Cássia Raquel Teatin Juliato, professora doutora Daniela Angerame Yela Gomes, professor doutor Luiz Gustavo Oliveira Brito) e de defesa (professor doutor José Maria Soares – USP, professora doutora Eliana Aguiar Petri Nahás - Unesp, professora doutora Cássia Raquel Teatin Juliato - Unicamp, professora doutora Daniela Angerame Yela Gomes - Unicamp e professora doutora Vera Regina Toledo Camargo – Unicamp).

À minha família de sangue, aos meus amigos e à minha família estendida, galhos firmes nos quais tenho me apoiado. Especial agradecimento à minha amiga Vera Lúcia de Souza Ferreira Leite, uma “escola do trabalho” e uma amiga a toda prova.

Ao Departamento de Tocoginecologia (DTG) e à Faculdade de Ciências Médicas (FCM), pelo apoio. Agradecimento sincero à funcionária Denise Amadio.

À equipe do Cemicamp, sobretudo ao professor doutor Guilherme Cecatti, titular do órgão, e às profissionais Karla Simonia de Paula e Maria Helena de Sousa (ex-funcionária), pela colaboração em diferentes etapas da tese.

À Assessoria Técnica e Científica do Caism, pela editoração.

À Secretaria de Comunicação da Unicamp, meu “laboratório” de trabalho há 20 anos.

A todos os professores da Pós-Graduação em Tocoginecologia que contribuíram com conhecimento e críticas.

À Unicamp, uma instituição de dar orgulho – a melhor da América Latina.

## **FINANCIAMENTO**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Processo: 2011/14526-9

*Sou feita de retalhos, pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou. Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior. Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa. E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma. Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de nós”.*

Cora Coralina

## RESUMO

**Introdução:** a síndrome do climatério é definida pelo conjunto de sintomas decorrentes da interação entre fatores endócrinos, socioculturais e psicológicos que ocorrem na mulher que envelhece. A procura por ajuda especializada e a utilização de algum método terapêutico neste período podem estar diretamente relacionadas ao nível de conhecimento apresentado pela mulher. **Objetivos:** avaliar a opinião sobre o significado da palavra menopausa, o conhecimento sobre o tema, os fatores associados ao nível de conhecimento e saber quais são as fontes de informação para mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas (RMC). **Métodos:** estudo transversal de base populacional com 749 mulheres brasileiras com idade entre 45 e 60 anos, residentes nos municípios que compõem a RMC. As respostas fornecidas à questão aberta “*o que é a menopausa?*” foram digitadas e codificadas, criando-se categorias que emergiram da fala das entrevistadas. Também foram analisadas as respostas à pergunta: “*Onde ou de quem a senhora obteve informações sobre a menopausa?*”. Os conhecimentos sobre menopausa e Terapia Hormonal (TH) foram avaliados através de um escore calculado com base nas respostas fornecidas para três perguntas sobre o tema. As variáveis independentes foram as características sociodemográficas, hábitos de saúde e antecedentes ginecológicos. A análise estatística foi realizada através dos testes de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Modelo Linear Generalizado. **Resultados:** a média etária das entrevistadas foi de 52,5 ( $\pm 4,4$ ) anos. Dessas, 16% estavam na pré-menopausa, 16% na perimenopausa e 68% estavam na pós-menopausa. Cento e quarenta e seis mulheres (19,5%) tinham antecedente de uso atual ou prévio de TH. De acordo com 67,5% das entrevistadas, o conceito de menopausa englobava *alterações no ciclo menstrual e nos hormônios*. Para 48% das entrevistadas, menopausa significava a ocorrência de *alterações físicas*, como “calores e ressecamento vaginal”, e “envelhecimento”. Para 22,7%, menopausa representava *alterações psicológicas*. O conceito de menopausa esteve associado a alguma *alteração da sexualidade* para 7,6% das entrevistadas. Aproximadamente 18% não tinham ideia do que significava menopausa. Quanto às fontes de informação, amigos, parentes e conhecidos foram os mais citados (44,5%). Médicos ou serviços de saúde vieram em seguida, mencionados por 44,3% das mulheres. Televisão ou rádio foram citados por 22,0%, revistas, jornais ou livros foram citados por 14,0% e a internet foi citada como fonte de informação sobre a menopausa por 6,8% das mulheres. O escore final de conhecimento variou entre +1 e +11, com uma média de 4,59 ( $\pm 1,86$ ) e uma mediana de 4. Mulheres com maior escolaridade ( $\beta = 0,64$ ;  $p < 0,001$ ), de estrato social A/B ( $\beta = 0,47$ ;  $p < 0,002$ ), com secura vaginal ( $\beta = 0,47$ ;

$p = 0,003$ ), etilistas sociais ( $\beta = 0,61$ ;  $p = 0,006$ ), que já fizeram ou fazem tratamento para a menopausa ( $\beta = 0,41$ ;  $p = 0,008$ ), que tinham ansiedade ( $\beta = 0,35$ ;  $p = 0,037$ ) e que apresentavam depressão ( $\beta = 0,31$ ;  $p = 0,043$ ) mostraram maior conhecimento sobre menopausa e TH. Mulheres com  $\geq 3$  partos normais ( $\beta = -0,61$ ;  $p < 0,001$ ) e com maior Índice de Massa Corporal (IMC) ( $\beta = -0,02$ ;  $p = 0,046$ ) apresentaram menor conhecimento.

**Conclusões:** a maioria das mulheres de meia-idade residentes na RMC relacionava o termo “menopausa” a eventos fisiológicos, porém uma parcela significativa delas os vivenciava de maneira negativa. O conhecimento sobre menopausa e TH demonstrado pelas entrevistadas foi baixo. Fatores pessoais relacionados a uma maior exposição à informação qualificada parecem se associar a um maior conhecimento sobre menopausa e TH. Aparentemente, há uma demanda reprimida por informação sobre os diversos aspectos da transição menopausal entre mulheres brasileiras de meia-idade.

**Palavras-chave:** Climatério; Epidemiologia; Serviços de Informação; Terapia de Reposição de Estrogênios.

## ABSTRACT

**Introduction:** The climacteric syndrome is defined as a set of symptoms resulting from the interaction between endocrine, sociocultural, and psychological factors that occur in the aging woman. The search for specialized help and the use of some therapeutic method may be directly related to the level of knowledge that an individual acquires about a certain topic.

**Objectives:** to evaluate the opinion about the meaning of the word menopause, the knowledge about the theme, the factors associated with the level of knowledge and to know the sources of information for middle-aged women living in the Metropolitan Region of Campinas (MRC).

**Methods:** a population-based cross-sectional study was conducted with 749 women aged 45-60 years, residing in the Metropolitan Region of Campinas – Brazil. The answers to the question "*What is menopause?*" were typed and coded, and categories that emerged from the interviewees' own speech were created. The answers to the question: "*Where or from whom did you get information about menopause?*" were also analyzed. Knowledge about menopause and hormone therapy (HT) was evaluated using a numerical score based on the answers given to 3 questions that had several response options. The independent variables were sociodemographic characteristics, personal habits, and gynecological background. Statistical analysis was carried out by Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and a generalized linear model.

**Results:** the mean age was 52.5 ( $\pm 4.4$ ) years. Of them, 16% were premenopausal, 16% were perimenopausal and 68% were postmenopausal. One hundred and forty-six women (19.5%) had a history of current or previous use of HT. According to 67.5% of the interviewees, the concept of menopause encompassed changes in the menstrual cycle and hormones. For 48% of the interviewees, menopause meant physical changes such as "hot flushes and vaginal dryness" (42.5%), and "aging and getting old" (5.5%). For 22.7%, menopause represented psychological changes. The concept of menopause was associated with some change in sexuality for 7.6% of the interviewees. Approximately 18% could not explain and had no idea about what menopause meant. Regarding the sources of information, 44.5% of the women attributed this knowledge to friends and relatives. Doctors or health services were mentioned by 44.3% of women. Television or radio was cited by 22.0%; magazines, newspapers, or books was cited by 14.0%; and the internet was cited by 6.8% of women. The final score for knowledge about menopause ranged from +1 to +11, with a mean of 4.59 ( $\pm 1.86$ ) and a median of 4. Women with higher levels of schooling ( $\beta=0.64$ ,  $p<0.001$ ); with higher socioeconomic status ( $\beta=0.47$ ,  $p<0.002$ ); with vaginal dryness ( $\beta=0.47$ ,  $p=0.003$ ); who consumed alcohol ( $\beta=0.61$ ,  $p=0.006$ );

who use or had ever used any type of treatment to counteract menopausal symptoms ( $\beta=0.41$ ,  $p=0.008$ ); with anxiety ( $\beta=0.35$ ,  $p=0.037$ ); and with depression ( $\beta=0.31$ ,  $p=0.043$ ) possessed greater knowledge about menopause and HT. Women with a higher number ( $\geq 3$ ) of vaginal deliveries ( $\beta=-0.61$ ,  $p<0.001$ ) and a higher BMI ( $\beta=-0.02$ ,  $p=0.046$ ) possessed less knowledge about menopause and HT. Conclusions: most middle-aged women living in the Metropolitan Region of Campinas relate the term “menopause” to physiological events, but a significant portion of them experience them in a negative way. The knowledge about menopause and HT demonstrated by the interviewees was low. Personal factors related to a greater exposure to qualified information seem to be associated with greater knowledge about menopause and HT. There appears to be a suppressed demand for information on the various aspects of the menopausal transition among middle-aged Brazilian women.

**Key-words:** Climacteric; Epidemiology; Information Services; Estrogen Replacement Therapy.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. OBJETIVOS.....	21
3. MATERIAL E MÉTODOS .....	22
Desenho do estudo .....	22
Tamanho da amostra .....	22
Seleção dos sujeitos .....	22
Critérios de inclusão .....	23
Critérios de exclusão.....	23
Instrumentos para coleta de dados .....	23
Coleta de dados .....	23
Controle de qualidade .....	24
Variáveis dependentes .....	25
Variáveis independentes .....	27
Processamento e análise dos dados.....	29
Aspectos éticos .....	30
4. RESULTADOS .....	31
Artigo 1. Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women .....	32
Artigo 2. Factors Associated with Knowledge About Menopause and Hormone Therapy in Middle-aged Brazilian Women: A Population-based Household Survey .....	49
5. DISCUSSÃO.....	77
6. CONCLUSÃO .....	88
7. REFERÊNCIAS .....	89
8. APÊNDICES .....	97
Apêndice 1 - Exemplo de setor censitário fornecido pelo IBGE.....	97

Apêndice 2 - Exemplo de setor censitário novo, delimitado pelo IBGE e com marcação realizada pela equipe de pesquisa .....	98
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	99
Apêndice 4 - Questionário .....	100
Apêndice 5 - Ficha de Itinerário .....	126
Apêndice 6 - Respostas “outro” questão 1 .....	127
Apêndice 7 - Respostas “outro” questões 2 e 3 .....	139
Apêndice 8 - Aprovação Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM.....	145
Apêndice 9 - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP .....	146

## 1. INTRODUÇÃO

A menopausa é um dos temas mais relevantes da saúde da mulher e, a despeito de significar o último dia da menstruação, está contida no climatério em toda sua magnitude – um período mais abrangente que marca a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva da mulher, por volta dos 45 aos 60 anos [1]. A palavra geralmente usada para designar esta fase da vida, no entanto, é menopausa que, embora se refira unicamente à suspensão da menstruação, é mais difundida que o termo climatério, no senso comum [2].

A transição para a fase não reprodutiva pode estar relacionada a flutuações dos níveis hormonais e a sintomas físicos e psicológicos, como ciclos menstruais irregulares, sintomas vasomotores, alterações de humor ou cognição e atrofia urogenital [3,4]. Deste modo, receber informações especializadas sobre o assunto pode interessar principalmente às mulheres para compreenderem o que poderá lhes ocorrer durante esse período.

Na Antiguidade, a expectativa de vida da população era baixa e, assim, as mulheres raramente chegavam à menopausa. Morriam antes, e provavelmente isso pode ter contribuído para a pouca informação a esse respeito [5]. Com isso, até o início do século XX pouca atenção foi dada às mulheres na meia-idade. Com o aumento dessa expectativa, a situação mudou de panorama [6]. A estimativa é de que até 2060 a população idosa quadruple no país, confirmando a tendência de envelhecimento acelerado. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as mulheres continuarão vivendo mais que os homens. Em 2060, sua expectativa de vida deverá ser de 84,4 anos contra 78,03 dos homens. Hoje, elas vivem em média 78,5 anos e eles 71,5 anos [7]. Considerando-se que a expectativa de vida atual gira ao redor dos 70 ou 80 anos, para um número crescente de mulheres, a vida continuará por um bom período de tempo após a menopausa. Daí o interesse em conhecer melhor esse processo.

No Brasil, a partir da década de 1990, o interesse sobre o tema aumentou na maioria dos movimentos sociais organizados e nos meios de comunicação, que eram a principal fonte de informações para a população [8,9]. Entretanto, as informações em saúde nem sempre tiveram uma veiculação adequada e numericamente expressiva [10,11], mesmo sendo as mulheres as maiores usuárias dos serviços de saúde [12,13,14]. Elas têm o direito de receber informações objetivas sobre saúde, verdadeiras, válidas e contextualizadas para que possam compreendê-las [15].

Um levantamento feito em 2002, a partir de 2.600 textos jornalísticos sobre “reprodução” (um dos tópicos pertencentes à saúde da mulher), mostrou que 65,6% deles

abordavam gravidez, contracepção, clonagem/tecnologia genética, enquanto um tema relevante como a menopausa ocupou somente 3,9% do noticiário no país [16]. Especificamente o climatério, raramente era destacado na literatura científica e na literatura não científica até meados da década de 1990. Um trabalho produzido na época na Grande São Paulo atestava praticamente uma invisibilidade do tema. A maior parte das mulheres entrevistadas afirmava que a menopausa devia ser vivida de forma discreta e silenciosa. Os sentimentos das mulheres com relação à menopausa eram em grande parte negativos, devido principalmente às alterações corporais que costumavam ser características dessa fase. A partir de 1990, as publicações aumentaram, entretanto o aspecto psicológico dessa fase continuou sendo pouco abordado [17].

Em 1997, Simões e colaboradores realizaram um estudo sobre mídia e saúde através de um acompanhamento de seis veículos impressos (quatro jornais e duas revistas) durante 28 dias. Durante esse período, foram encontrados 433 textos sobre saúde, porém apenas 8% eram sobre saúde da mulher [18]. Brito e colaboradores analisaram durante quatro meses o conteúdo de três revistas femininas publicadas em 2000, encontrando 188 textos sobre saúde da mulher. O trabalho revelou que, para as mulheres, permanecem lacunas em temas relevantes da epidemiologia, e o espaço onde se fala em saúde é reduzido [18]. Em 2004, Oening Rodrigues e colaboradores entrevistaram 101 mulheres com idade entre 40 e 55 anos no município de Tubarão – SC e observaram que a maioria das mulheres tinha conhecimento parcial do significado dos termos menopausa e climatério, destacando-se o fato de que 13% desconheciam completamente o assunto [19].

Mudanças corporais em geral agem de modo negativo sobre a autoimagem feminina, potencializando o sofrer psíquico, em especial em países ocidentais, que valorizam demasiadamente a beleza e a juventude [20,21]. Sentimentos negativos em relação à menopausa, decorrendo das alterações corporais que costumam ser características dessa fase, podem dificultar o enfrentamento das transformações biopsicossociais do climatério, mesmo que temporariamente [22].

Uma investigação de 2001, contudo, sugeriu que nem todas as mulheres que passaram pelo climatério apresentaram sintomas desagradáveis, pois o mal-estar experimentado nesse período e o surgimento de doenças a ele associadas podem diferir conforme o nível socioeconômico, a etnia, o estado marital e a qualidade das relações familiares [23]. Pesquisas comparativas apontam que, em algumas sociedades, não existe um termo – empírico ou científico – equivalente para a menopausa. Os sintomas identificados no Ocidente podem estar ausentes em outras sociedades ou, se presentes, são tidos como

insignificantes. Pode-se, portanto, depreender que a consciência e a percepção social da imagem do corpo não são universais [24].

No estudo SWAN (The Study of Women's Health Across The Nation), um grande estudo prospectivo, multiétnico, que acompanhou mulheres americanas durante a transição menopausal, observou-se que geralmente as atitudes das mulheres a respeito da menopausa variavam de neutras a positivas. Neste estudo, as mulheres afrodescendentes foram as que tiveram atitudes mais positivas quanto à menopausa. As mulheres com as atitudes menos positivas foram as descendentes de chineses e japoneses menos adaptadas à cultura ocidental. Estes resultados se contrapõem à ideia de que a exposição à cultura ocidental seria uma causa para atitudes negativas com respeito à transição menopausal [25]. Entretanto, um estudo de corte transversal publicado em 2014 analisou as diferenças na sintomatologia climatérica entre mulheres alemãs residentes na Alemanha, entre mulheres chinesas residentes na Alemanha e entre mulheres chinesas vivendo na China. Os autores observaram que as mulheres alemãs e chinesas residentes na Alemanha mantinham padrão semelhante de sintomas climatéricos, enquanto as chinesas residentes na China apresentavam sintomas menos severos, salientando a influência cultural sobre a percepção dos sintomas [26].

As ondas de calor, ou fogachos, são os sintomas mais típicos da síndrome do climatério. Têm origem vasomotora e são descritos como uma sensação súbita de calor na região central do corpo, como a face, pescoço e tórax, em geral durando alguns minutos [27]. Podem ser acompanhados por rubor facial, tremores, ansiedade, taquicardia e insônia, levando à diminuição da qualidade de vida [27]. A terapia hormonal à base de estrógenos é a forma de tratamento mais efetiva contra os sintomas vasomotores, podendo levar a uma redução de 75% em sua frequência e de 87% em sua intensidade [28], sendo indicada para o tratamento de sintomas moderados e severos [29,30].

Nos últimos anos, têm ocorrido constantes mudanças de opinião a respeito da utilização de terapia hormonal à base de estrógenos para mulheres climatéricas [31]. Prescrita com grande frequência até o início dos anos 2000, a terapia hormonal sofreu um grande escrutínio após a publicação dos primeiros resultados do estudo WHI (Women's Health Initiative) em 2002 [32]. O aumento no risco de doença cardiovascular, infarto e câncer de mama, observado em mulheres mais velhas, com maior tempo desde a menopausa e usuárias de terapia hormonal combinada de estrógeno e progesterona, foi generalizado para mulheres de todas as idades e usuárias de quaisquer regimes de terapia hormonal [31]. Além disso, o risco discretamente aumentado de câncer de mama observado em usuárias de terapia

combinada foi erroneamente divulgado como uma elevação de 24 vezes na chance de neoplasia maligna para mulheres que utilizassem a terapia hormonal [31]. Essa divulgação equivocada dos resultados do WHI fez com que o número de mulheres usuárias de TH caísse em todo o mundo [33-35]. Adicionalmente, os médicos formados no período não tiveram treinamento adequado para prescrever e ajustar as doses de esquemas de terapia hormonal à base de estrogênio [31]. Entretanto, evidências recentes sugerem que, quando prescrita para mulheres selecionadas durante a fase da vida apropriada, a terapia hormonal é segura, apresentando mais benefícios do que riscos [36].

O conhecimento que um indivíduo apresenta sobre determinado tema em saúde pode influenciar a maneira como ele lida com seus sintomas, desde a procura por ajuda especializada até o tipo de tratamento a ser utilizado [37-39]. Todavia, poucos estudos avaliam o conhecimento das mulheres a respeito dos diversos aspectos da transição menopausal e sua possível influência sobre as atitudes de mulheres climatéricas. Em 2001, Campana e colaboradores realizaram um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, visando estudar o conhecimento sobre a menopausa, tratamento e fontes de informação. Foram entrevistadas 456 mulheres com idade entre 45 e 60 anos residentes no município de Campinas-SP. Os dados obtidos foram comparados quanto ao estado menopausal e ao estrato social da mulher. Independentemente do estado menopausal e do estrato social, a maioria das mulheres tinha o conceito de que a menopausa era a parada das menstruações consequente a um declínio na produção hormonal. Médicos e serviços de saúde juntos (40,1%) foram os principais responsáveis pelos esclarecimentos de dúvidas sobre a menopausa e seus impactos sobre a saúde, e a maioria das mulheres se sentiu satisfeita com as informações recebidas. Por outro lado, o pesquisador verificou também que cerca de um quarto das mulheres no período pré-menopausa relatou obter informações através de amigos e parentes. Rádio e televisão foram mais citados como fonte de informação no período pré-menopausa (9,4%). Com relação às revistas, jornais e livros, eles foram citados por apenas 8,3% das mulheres das classes sociais D e E, indicando que estes veículos seriam mais dirigidos aos públicos das classes A e B (29,7%) [40].

Conforme Lafer (1991), o direito à informação é uma liberdade democrática destinada a permitir uma autônoma e igualitária participação dos indivíduos na esfera pública [41]. A imprensa, de modo particular, tem um papel fundamental na transmissão de informações em saúde, uma vez que ela aproxima o discurso científico e o faz mais acessível e interessante, além de ser o principal meio pelo qual as novidades chegam até o cidadão. Em um estudo de 2005, procurou-se saber como era a abordagem jornalística sobre a menopausa

em textos veiculados em revistas de atualidades (revistas *Veja*, *Cláudia* e *Metrópole*). O tema “saúde em geral” prevaleceu nos textos estudados, com 312 (81%) citações. A “saúde da mulher” e a “menopausa” apareceram respectivamente em apenas 52 (13,5%) e em 20 (5,2%) citações, ainda que no período avaliado tenha havido na mídia uma grande polêmica sobre o uso da terapia de reposição hormonal e a possível associação com o câncer de mama e problemas cardiovasculares [42]. O gênero informativo, de acordo com Amaral (2005), esteve em praticamente todos os textos selecionados sobre a menopausa, exceto em um, de caráter opinativo. As notas constituíram-se a maioria (201) dos textos, seguidas pelas notícias (109), reportagens (63) e entrevistas (dez). Os aspectos biológicos (36) da menopausa foram os conteúdos mais abordados nas revistas. A seguir, vieram os socioculturais (cinco) e, por último, os psicológicos (três). A categoria temática que predominou nos textos sobre a menopausa foi a TH (34), seguida de câncer de mama (24), doença cardíaca (17), envelhecimento (cinco), osteoporose (cinco), sintomas (quatro), depressão (três), pele (uma) e sexo-libido (uma). Esse trabalho mostrou o pouco destaque que a menopausa recebia nessas publicações, inclusive nas revistas destinadas justamente ao público feminino [43].

Um elemento saliente que poderia ter influência na falta de conhecimento sobre a menopausa é o uso da linguagem médica. Segundo Schillinger e colaboradores, ela pode interferir muito na compreensão de informações referentes à saúde. Também muitos adultos se sentem constrangidos em fazer perguntas aos médicos e acabam não procurando esclarecer suas dúvidas [44]. Uma atenção especial deve ser dada à linguagem dos textos relativos ao campo da saúde, já que, mesmo em um nível educacional elevado, ela pode não ser suficiente para a compreensão do significado da linguagem médica e técnica. Os termos relacionados à saúde podem ter um nível de dificuldade maior que aqueles exigidos para as habilidades básicas de leitura [45].

O objetivo do diálogo no encontro clínico tradicional acaba reduzindo-se à busca por sintomas de doenças a fim de estabelecer hipóteses diagnósticas de patologias e tratamentos correspondentes, não uma compreensão das necessidades de saúde dos indivíduos, conforme preconizado na Declaração de Alma-Ata (1978) [46]. Os processos comunicacionais e as interações estabelecidas no encontro entre médicos e pacientes, sobretudo na atenção primária, podem potencializar um deslocamento de uma “abordagem médica centrada na doença para uma prática centrada na pessoa” [47].

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism) foi uma voz que evocou o conceito de integralidade na assistência à saúde da mulher, que envolve a oferta de ações dirigidas à saúde de todas as mulheres. Porém, no que se refere à assistência à mulher

no climatério, percebe-se que as ações específicas ficam na dependência de iniciativas individuais e da sensibilidade de cada profissional [48].

Por isso, o empenho dos profissionais da saúde – em questões relacionadas à orientação das mulheres quanto à menopausa – assume papel central na perspectiva de uma melhor qualidade de vida na meia-idade, já que a interação paciente-profissional da saúde e a influência dos meios de comunicação assumem relevância para a garantia da informação correta sobre o climatério e, conseqüentemente, para a motivação das mulheres em buscar assistência à saúde nessa importante fase da vida [48].

De outra via, como conseguir êxito no compartilhamento do conhecimento se, após os 50 anos, muitas mulheres acabam se ausentando dos serviços de saúde justamente nesse momento de tão profundas transformações? Em estudo de Pedro e colaboradores (2002), a principal razão para a não-procura por serviços de saúde foi o fato de que os sintomas não precisavam de atenção médica, sendo, portanto, naturais para essa fase da vida da mulher [49]. É também relevante assinalar que só é possível compreender a experiência da mulher na fase do climatério quando se reconhecer que cada uma tem uma experiência única nesta fase, visto que a sua vivência incorpora significados diferentes, não podendo ser reduzida a explicações fechadas em modelos universais, por se tratar de um acontecimento muito individual para permitir generalizações [50].

Agora, como compreender a problemática da menopausa quando faltam informações ou quando elas podem ser um obstáculo para que as mulheres conheçam melhor o período e o que ele envolve? Poucos estudos de base populacional recentes no Brasil e na América Latina abordam a epidemiologia da menopausa, o que demandaria uma melhor avaliação. Com o objetivo de avaliar a opinião, o conhecimento e as fontes de informação sobre menopausa e terapia hormonal entre mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas (RMC), foi desenvolvido um estudo de base populacional. Os dados obtidos poderão embasar a implementação de políticas públicas de saúde para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das mulheres da RMC e do Brasil, tanto no climatério quanto na pós-menopausa. Conhecendo as necessidades e preocupações das mulheres climatéricas da região de Campinas, será possível colaborar para uma melhor assistência à saúde desta importante parcela da população.

## **2. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Avaliar a opinião, o conhecimento e as fontes de informação sobre menopausa e terapia hormonal entre mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Avaliar a opinião de mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas sobre o que é a menopausa.
- Avaliar o nível de conhecimento sobre menopausa e terapia hormonal entre mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas.
- Avaliar quais as principais fontes de informação a respeito da menopausa para mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas.
- Identificar os fatores associados ao nível de conhecimento sobre menopausa e terapia hormonal entre mulheres de meia-idade residentes na Região Metropolitana de Campinas.

### 3. MATERIAL E MÉTODOS

#### **Desenho do estudo**

Realizou-se um estudo de corte transversal por meio de um inquérito populacional domiciliar com mulheres residentes na Região Metropolitana de Campinas.

#### **Tamanho da amostra**

Segundo o IBGE (2010), a população da RMC era de 2.798.477 pessoas em 2010. Desse contingente, 1.423.748 era constituído de mulheres, sendo 257.434 na faixa etária entre 45 e 60 anos, que constituíam 9,199% da população geral [7]. Realizou-se um cálculo do tamanho da amostra, que levou em conta uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia geral do climatério de 70%, tendo como sintomas de referência os fogachos [51].

Foi considerada uma diferença máxima desejada entre a proporção amostral e população de 3,5% e um erro tipo I (alfa) de 5%. Com isso, foi estabelecido um tamanho amostral de 655 mulheres. Considerando-se uma taxa de recusa de 20%, 820 mulheres foram convidadas para participar no estudo.

#### **Seleção dos sujeitos**

Foram sorteados 92 setores censitários nos 19 municípios da RMC, com amostragem aleatória simples, mediante lista fornecida pelo IBGE, ordenada pelo número de identificação do setor (Apêndices 1 e 2). Para sortear esses setores, foram excluídos os rurais, semirurais e industriais. Os setores urbanos restantes, em que viviam no mínimo dez mulheres na faixa etária entre 45 e 60 anos, foram listados. Os setores nos quais não havia no mínimo dez mulheres na faixa etária entre 45 e 60 anos foram agrupados com setores vizinhos de numeração posterior. Depois do sorteio dos setores censitários, foram sorteadas duas quadras por setor e verificado o número de moradoras nessa faixa etária. Então foram sorteadas as mulheres nessas quadras e entrevistadas.

Nos setores dos condomínios fechados, o levantamento das moradoras para a pesquisa foi efetuado a partir da unidade de menor numeração para as de maior numeração, isso até atingir o número necessário. Ao todo, 820 mulheres foram convidadas a participar do estudo. Setenta e uma se recusaram. A amostra final foi composta por 749 mulheres. Todas elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) antes da entrevista.

**Crêterios de inclusão**

- Mulheres com idade entre 45 e 60 anos, moradoras da RMC.
- Brasileiras natas.

**Crêterios de exclusão**

- Incapacidade de participar no estudo devido a qualquer motivo que impedisse a entrevista, como doenas, compromissos, incompatibilidade de horários, etc.

**Instrumentos para coleta de dados**

Este estudo integra o Inquérito Populacional sobre Climatério e Menopausa – Região Metropolitana de Campinas. Nele, diversos aspectos sobre o climatério e a menopausa foram questionados, e outras publicaes estão sendo elaboradas e publicadas. Um questionário estruturado foi usado para alcanar as informaes de interesse (Apêndice 4). Foi confeccionado com base em informaes normalmente levantadas em consultas médicas de pacientes no período climatérico e menopausal, e também com base em questionários preexistentes (Crêterios de Classificao Econ mica do Brasil e Menopause Rating Scale, validado para a língua portuguesa) [52,53]. Foi dividido nas sees: identificao; avaliao sociodemográfica; aspectos gerais de saúde; aspectos ginecológicos e reprodutivos; sintomas da menopausa; conhecimento sobre a menopausa; procura e realizao de tratamentos para a menopausa; aspectos da sexualidade; classificao de estrato socioeconômico.

Esse questionário passou por um pré-teste em voluntárias egressas do Ambulatório de Menopausa do Hospital da Mulher “Prof. Dr. J.A. Pinotti – Caism da Unicamp e também em pacientes voluntárias por telefone, previamente convidadas nesse ambulatório.

**Coleta de dados**

A obteno da amostra de mulheres envolveu duas etapas: itinerário das entrevistadoras em cada setor censitário sorteado e identificao de mulheres elegíveis nos domicílios selecionados.

A fim de organizar e registrar o itinerário em cada setor censitário, as entrevistadoras utilizaram uma Ficha de Itinerário (Apêndice 5), aonde foram anotados seus endereos e a natureza do imóvel (residência, comércio, etc.). Cada mulher elegível identificada em um dos endereos correspondeu a uma linha na Ficha de Itinerário. Ali foram

registrados o primeiro nome, a idade, se a mulher aceitou participar da pesquisa naquele momento e, nesse caso, o número do questionário aplicado.

Caso a mulher não fosse encontrada em sua residência no momento em que o entrevistador passou, ou não aceitasse ser entrevistada naquele momento, foi anotado o endereço e seu número de telefone para novo contato telefônico, quando a entrevista poderia ser feita por telefone.

Nos endereços em que nenhuma pessoa atendeu quando a entrevistadora passou, foi feito contato telefônico posterior, com até quatro tentativas, para saber se havia mulheres elegíveis naquele local. Se sim, a entrevista podia ser feita por telefone ou agendada. Se após as quatro tentativas ninguém atendesse ou se não conseguisse falar com nenhuma mulher elegível, o endereço era considerado não disponível, e a casa subsequente era avaliada.

Ao terminar o trabalho em cada setor, as entrevistadoras entregavam as fichas ao supervisor de campo, que fazia uma conferência de modo a verificar se o percurso e a seleção das mulheres tinham sido feitos de acordo com as instruções.

Com base nas Fichas de Itinerário, o supervisor efetuava um controle de qualidade do trabalho das entrevistadoras. Reconstituía o percurso e a seleção das mulheres em 10% dos setores sorteados. Repetia as entrevistas, ou parte delas, naqueles setores. Em situações especiais, esta checagem era realizada por telefone com horário marcado com a entrevistada.

A checagem foi feita de modo a não ferir os aspectos éticos da pesquisa porque, quando a entrevistadora aplicou o questionário, já avisou a entrevistada sobre a possibilidade de fazer um novo contato (através do supervisor), para realizar essa checagem. Em casos especiais em que a entrevistada não estava no momento para responder ao questionário, mas tinha concordado em participar da pesquisa, foi anotado o seu contato para uma entrevista por telefone mediante um horário mais oportuno para ela.

### **Controle de qualidade**

Foi oferecido um manual de instruções para as entrevistadoras. Os supervisores conferiram os dados de itinerários, e as entrevistas foram refeitas por eles – em sua totalidade ou em parte – para controlar a qualidade do trabalho das entrevistadoras. Os dados foram digitados por dois digitadores, gerando dois bancos diferentes, para verificação de consistência por meio de sua comparação. Foram promovidas algumas correções, evitando erros de digitação que interferissem na análise dos dados. Os dados colhidos e digitados, assim como os itinerários percorridos, foram checados sempre e verificados pelos pesquisadores, para assegurar a validade das entrevistas e do banco de dados que foi criado.

### **Variáveis dependentes**

Para descrever em detalhes a opinião das mulheres sobre o significado da menopausa, elas ouviram a seguinte pergunta: “*O que é a menopausa?*”. As respostas das mulheres foram transcritas pelo entrevistador em ficha adequada, digitadas e codificadas, criando-se categorias que emergiram da própria fala das entrevistadas. A mesma mulher pode ter elaborado respostas que foram classificadas em mais de uma categoria.

Posteriormente, foi realizada a pergunta: “*Onde ou de quem a senhora obteve informações sobre a menopausa?*”, sendo que, para esta pergunta, as mulheres tinham as seguintes opções de resposta e poderiam escolher mais de uma delas: médicos ou serviços de saúde; revistas, jornais ou livros; televisão ou rádio; internet; amigos, parentes ou conhecidos; reuniões em igrejas ou grupos de senhoras; outras fontes.

Além disso, para quantificar o conhecimento demonstrado por cada mulher, foi elaborado um escore numérico com base nas respostas fornecidas para três perguntas que possuíam algumas opções de resposta, sendo que as mulheres poderiam escolher mais de uma alternativa, conforme demonstrado a seguir:

#### **1. *Quais sintomas da menopausa a senhora conhece?***

- ✓ Ondas de calor, sudorese, suores noturnos
- ✓ Nervosismo, irritabilidade, depressão, tristeza ou ansiedade
- ✓ Distúrbios ou desequilíbrios hormonais
- ✓ Envelhecimento, passagem, transformação ou mudança
- ✓ Não poder engravidar mais
- ❖ Não sabe
- Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

#### **2. *Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa?***

- ❖ Todas precisam tomar
- ✓ As com sintomas (fogachos, secura vaginal, etc.)
- ✓ As com risco para osteoporose
- ✓ As com menopausa precoce (antes dos 40 anos)
- ❖ As que não têm ovário ou útero
- ❖ Nenhuma precisa tomar
- ❖ Não sabe
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### 3. *Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa?*

- ❖ Nenhuma pode tomar
- ❖ As com risco para osteoporose
- ✓ As com problemas cardíacos ou história de derrame
- ✓ As com hipertensão arterial ou diabetes
- ✓ As com mais de 60 anos
- ❖ As que não têm ovário ou útero
- ✓ As com câncer de mama ou endométrio
- ❖ As com outros cânceres
- ✓ As que fumam
- ❖ As com obesidade
- ❖ Todas podem tomar
- ❖ Não sabe
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

Para cada alternativa assinalada com o símbolo ✓, a entrevistada ganhou um ponto no score. Para cada alternativa assinalada com o símbolo ❖, a entrevistada perdeu um ponto no score. Ao analisarem-se as respostas dadas às três questões, observou-se que um número considerável de mulheres não assinalava nenhuma opção de resposta preestabelecida, entretanto respondia a alternativa “outro” com uma série de dados que demonstrava o nível de conhecimento sobre o tema. Para evitarmos perder dados preciosos e de alguma maneira não aferirmos de maneira correta o nível de conhecimento, optamos por tabular as respostas dadas como “outro” e dar pontos no score para o que se considerou correto e tirar pontos no score para o que se considerou incorreto.

Para a questão 1, as respostas sobre os sintomas foram divididas nos domínios *somático, psicológico, urogenital, libido, distúrbios nutricionais e irregularidade menstrual*. Para cada domínio identificado na resposta, a entrevistada ganhou um ponto no score. Para as questões 2 e 3, as respostas sobre o uso de hormônios na menopausa foram classificadas em certas ou erradas segundo consensos nacionais e internacionais sobre o tema [54-56]. Para cada resposta considerada correta, a entrevistada ganhou um ponto no score e, para cada resposta considerada incorreta, a entrevistada perdeu um ponto no score. Os arquivos

referentes à lista completa de respostas “outro” e as referentes classificações são fornecidas em material suplementar (Apêndices 6 e 7).

### Variáveis independentes

- **Idade:** idade em anos completos relatada pela mulher no momento da entrevista.
- **Estrato social:** classificado através do questionário dos Critérios de Classificação Econômica do Brasil [52], com uma série de questões sobre itens existentes na residência e o grau de instrução do chefe da família. Foi realizada uma somatória de pontos predefinidos por item do questionário, estratificando a família da entrevistada entre as classes econômicas A, B, C, D e E.
- **Estado civil:** estado marital definido pela mulher no momento da pesquisa, categorizado em solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva.
- **Escolaridade:** expressa em anos que a mulher frequentou instituições de ensino, informada pela entrevistada.
- **Religião:** relatada pela própria mulher no momento da entrevista, posteriormente categorizada em católica romana, protestante, outras/nenhuma.
- **Cor da pele:** autorrelatada pela mulher, podendo ser branca, parda, preta, amarela, indígena ou outra.
- **Tabagismo:** hábito de fumar, conforme relatado pela entrevistada, classificado em atualmente, ex-tabagista ou não tabagista.
- **Consumo de álcool:** hábito de consumir bebidas alcoólicas, caracterizado como consumidora atual, no passado ou nunca, segundo relatado pela mulher.
- **Atividade física regular:** conforme relatada pela mulher, classificada em sim ou não.
- **Frequência de atividade física:** número de dias da semana em prática de exercícios físicos, conforme relatado pela mulher, categorizado em até três vezes por semana ou mais do que três vezes por semana.
- **Índice de massa corporal:** calculado através do peso e da altura referidos pela mulher, sendo representado por valor numérico, dividindo-se o peso pelo quadrado da altura da mulher aferido em  $\text{kg/m}^2$ .
- **Autoavaliação de saúde:** como a mulher avalia a sua própria saúde, categorizada como excelente, boa, regular, ruim ou péssima.
- **Estado menopausal:** conforme relatado pela mulher, classificado como pré-menopausa quando se tratasse de ciclos menstruais regulares; perimenopausa quando

se tratasse de ciclos menstruais irregulares ou amenorreia há menos de um ano; e pós-menopausa quando em amenorreia há mais de um ano.

- **Idade à menopausa:** idade em que a mulher apresentou a última menstruação de sua vida, caso já não apresentasse ciclos menstruais há um ano ou mais, conforme informado pela entrevistada.
- **Fonte de conhecimento da menopausa:** meio de informação sobre a menopausa relatado pela entrevistada, categorizado como amigos, parentes ou conhecidos; médicos ou serviços de saúde; revistas, jornais ou livros; televisão ou rádio; internet; encontros em igrejas ou grupos de senhoras; outras fontes.
- **Número de gestações:** número de gestações relatado pela mulher durante toda sua vida.
- **Número de partos normais:** número de partos vaginais relatado pela mulher durante toda a vida.
- **Número de partos cesarianas:** número de partos cesarianas relatado pela mulher durante toda a vida.
- **Número de abortos:** número de abortos relatado pela mulher durante toda a vida.
- **Uso de anticoncepcionais:** uso de algum método anticoncepcional no momento da entrevista, categorizado em sim ou não.
- **Atividade sexual no último mês:** ter apresentado relações sexuais durante o mês anterior à entrevista, conforme relato da mulher, categorizado em sim ou não.
- **Presença de multimorbidades:** presença de duas ou mais doenças crônicas como hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, artrose, entre outras, conforme relatado pela mulher, categorizado em sim ou não.
- **Ansiedade:** apresentar quadro de ansiedade, conforme relatado pela entrevistada, categorizado em sim ou não.
- **Depressão:** apresentar quadro de depressão, conforme relatado pela entrevistada, categorizado em sim ou não.
- **Intensidade dos sintomas da menopausa:** grau de intensidade dos sintomas da transição menopausal, como transtornos somáticos, psicológicos e urogenitais, aferidos através da mediana do escore total do Menopause Rating Scale (MRS), validado para a língua portuguesa [53].
- **Antecedente de alguma cirurgia ginecológica:** histórico de realização de alguma cirurgia ginecológica, como laqueadura, histerectomia, ooforectomia, correção de

cistocele, perineoplastia ou cirurgias para incontinência, conforme relatados pela entrevistada, categorizado em sim ou não.

- **Perda urinária:** apresentar perda involuntária de urina, conforme relatada pela entrevistada, categorizado em sim ou não.
- **Secura vaginal:** apresentar sensação de vagina seca, conforme relatada pela entrevistada, categorizada em sim ou não.
- **Ondas de calor:** presença de sensação episódica de calor súbito em região central do corpo, conforme relatada pela entrevistada, categorizada em sim ou não.
- **Acordar por onda de calor:** apresentar episódios de ondas de calor que interrompem o sono, conforme relatados pela entrevistada, categorizados em sim ou não.
- **Fazer algum tipo de tratamento para menopausa:** antecedente de realização de algum tipo de tratamento para os sintomas da menopausa, conforme relatado pela entrevistada, categorizado em sim, usou no passado ou nunca usou.

### **Processamento e análise dos dados**

As informações, obtidas das entrevistas com as mulheres, foram duplamente digitadas por pessoas diferentes, as quais geraram dois bancos de dados. Após essa primeira etapa, houve a verificação de consistência simples, quando se compararam esses bancos de dados. Correções foram efetuadas em um dos arquivos a fim de constituir o banco de dados semifinal. A seguir, foi feita verificação de consistência lógica, em que novas possíveis alterações foram realizadas para gerar o banco de dados final.

Quanto à variável dependente escore de conhecimento, como para cada resposta considerada errada a entrevistada perderia um ponto, o resultado final poderia ser negativo. Para facilitar os cálculos estatísticos e tornar a interpretação dos resultados mais intuitiva, optamos por criar uma *constante numérica* que seria somada ao escore de cada entrevistada para obter o escore final. Essa constante corresponderia ao valor que, somado ao escore mais baixo obtido pelas entrevistadas, resultaria em um valor igual a +1. Nesse sentido, o valor mínimo que poderia ser obtido no escore final de conhecimento seria de +1.

Em um primeiro momento, foi realizada uma análise descritiva da variável dependente calculando-se a média, desvio-padrão da média, mediana, mínimo e máximo. Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, foi realizada Análise Bivariada através dos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Finalmente, para avaliar a associação independente entre as variáveis, foi realizada Análise Múltipla por

Modelo Linear Generalizado. O nível de significância estatística foi estabelecido em 5%. Os softwares Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 e Stata versão 7 foram utilizados como ferramentas para a análise estatística.

### **Aspectos éticos**

Como se tratou de pesquisa com seres humanos, foram cumpridas as diretrizes e normas contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e os princípios éticos propostos pela Declaração de Helsinque (2000). A mulher foi convidada a participar do estudo de livre e espontânea vontade. Logo no início da entrevista, foi lido (ou oferecido para leitura) o Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Após a coleta de dados pessoais, eles foram retirados do instrumento, passando a constar somente um número como identificação para preservar o anonimato.

Cada mulher recebeu informações sobre o local, horário e telefones para maiores esclarecimentos ou reclamações. A documentação referente à pesquisa está mantida em sigilo em local seguro. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, protocolo número 030/2011 (Apêndice 8), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAMP sob o registro 779/2011 (Apêndice 9).

## **4. RESULTADOS**

### **Artigo 1. Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women**

Isabel Cristina Gardenal de Arruda Amaral, Luiz Francisco Baccaro, Jeffrey Frederico Lufilho, Maria José Duarte Osis, Adriana Orcesi Pedro, Lúcia Costa-Paiva

### **Artigo 2. Factors Associated with Knowledge About Menopause and Hormone Therapy in Middle-aged Brazilian Women: A Population-based Household Survey**

Isabel Cristina Gardenal de Arruda Amaral, Luiz Francisco Baccaro, Jeffrey Frederico Lufilho, Maria José Duarte Osis, Adriana Orcesi Pedro, Lúcia Costa-Paiva

## Artigo 1. Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women

**MATURITAS**  

Luiz Francisco Baccaro | Log Out | Help **EVISE\***

[Home](#) [Reports](#)

✓ Enter Manuscript Information

✓ Upload Files

✓ Provide Additional Information

✓ Review & Submit

### Thank you for submitting

Your submission can be viewed on your [Homepage](#) from where you can track its status.

 Mendeley To keep track of how your published work is performing, [click here](#) to visit Mendeley Stats

**Opinions and main sources of information about menopause among middle-aged Brazilian women**

**Isabel Cristina Gardenal de Arruda Amaral**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Luiz Francisco Baccaro, MD, PhD (corresponding author) (requests for reprints)**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP)

Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz

Postal Code: 13083-881

Campinas-SP, Brazil

Phone/fax: +55 19 3521 9306

E-mail: baccaro@unicamp.br

**Jeffrey Frederico Lui-Filho, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Maria José Duarte Osis**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Adriana Orcesi Pedro, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Lúcia Costa-Paiva, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Funding Organization:** São Paulo Research Foundation (FAPESP) – Grant 2011/14526-9

**Conflict of interest:** The authors declare no conflicts of interest

**Abstract**

**Objectives:** to evaluate women's opinions about menopause and the sources of information they use to deepen their understanding of the topic. **Study design:** population-based study with 749 Brazilian women aged 45–60 years. **Main outcome measure:** the answers to the question "What is menopause?" were typed and coded, and categories that emerged from the interviewees' own speech were created. The answers to the question: "Where or from whom did you get information about menopause?" were also analyzed. **Results:** the mean age of women was 52.5 ( $\pm$  4.4) years. Of them, 68% were postmenopausal. According to 67.5% of the interviewees, the concept of menopause encompassed changes in the menstrual cycle and hormones. For 48%, menopause meant physical changes such as "hot flushes and vaginal dryness". For 22.7%, menopause represented psychological changes. The concept of menopause was associated with some change in sexuality for 7.6% of the interviewees. Approximately 18% could not explain what menopause meant. Regarding the sources of information, 44.5% of the women attributed this knowledge to friends and relatives. Doctors or health services were mentioned by 44.3% of women. Television or radio was cited by 22.0%; magazines, newspapers, or books was cited by 14.0%; and the internet was cited by 6.8% of women. Fifty-two women (6.9%) reported having no source of information about menopause. **Conclusions:** most of the interviewees relate the term "menopause" to physiological events. There appears to be a suppressed demand for information on the various aspects of the menopausal transition among middle-aged Brazilian women.

**Key-words:** Climacteric; Epidemiology; Information Services

## 1. Introduction

Menopause is one of the most relevant women's health topics because, despite the fact that it only means the suspension of menstruation (the last day of this event), it defines the climacteric period of a woman's life. This period marks the transition between the reproductive and non-reproductive phases of a woman's life and occurs at around 45–60 years of age [1]. Thus, receiving information about menopause may be of great interest to women to aid their understanding of what may or may not be happening to their bodies.

Little attention was paid to middle-aged women in the early 20<sup>th</sup> century, partly because of the earlier female life expectancy that did not allow most women to live long enough to reach this climacteric point. With the increase in women's life expectancy, the situation has changed, especially since the second half of the 20<sup>th</sup> century [2], imposing new challenges of providing information and adequate care to women in the climacteric period. Specifically, in Brazil, since the 1990s, interest in this topic has increased in most organized social movements and the media, the main source of information for this population [3,4]. However, health information on climacteric women has not always been adequate or numerically sufficient, especially in scientific journals [5,6]; moreover, women are the main users of medical services [7-9].

A 2002 study that analyzed 2,600 studies on "reproduction" showed that 65.6% were on subjects such as pregnancy, contraception, and cloning/genetic technology, while a relevant topic such as menopause occupied only 3.9% of the news [10]. One of the possible explanations for this finding is that the climacteric period is rarely approached in the scientific or lay literature until the 1990s. A study produced at the time at the Metropolitan Region of São Paulo showed near invisibility of the theme. Most of the women interviewed affirmed that menopause should be experienced discreetly and silently. Women's feelings about menopause were largely negative, particularly because of the body changes that are characteristic of this phase [11]. Starting in 1990, the number of publications increased; however, the emotional aspect of this phase continued being rarely addressed.

In 2001, a study of 456 women aged 45–60 years living in Campinas showed that physicians and health services (40.1%) were the main sources responsible for clarifying the aspects of menopause and its effects on health regardless of the interviewee's menopausal status. Approximately 25% of premenopausal women reported receiving information from friends or relatives. Radio and television were also the most cited sources in premenopause (9.4%). About one-fifth of respondents never received any information about menopause [12]. Regarding socioeconomic status, women in social classes A and B obtained their information

mainly through health professionals (40.7%) and television and print media (39.6%). Health care providers were also the primary sources of information provided to women of social classes C (45.4%) and D/E (34.3%); however, the media was rarely used to obtain information about menopause by women in lower social classes [12].

Although considerable progress has been made in women's health over the past two decades, many societies continue to neglect women who grow older, especially in developing countries [13]. A Brazilian study published in 2002 showed that many women with climacteric symptoms do not seek health services because they believe that they do not need medical attention [14]. Therefore, how should knowledge be shared if, after the age of 50, many women do not seek health services at a time of such profound changes? How can the menopausal transition be understood when information is missing or it may be an obstacle for women to learn about what it involves? With the objective of evaluating women's opinions about menopause and evaluating the sources of information they use to deepen their understanding of the topic, this population-based study was developed in the Metropolitan Region of Campinas in Southeastern Brazil.

## **2. Materials and Methods**

The data presented come from a survey entitled "Population-based household survey on the climacteric period and menopause among women from MRC" and were collected between September 2012 and June 2013. The present analysis aimed to describe in detail the opinion of women about the meaning of the word "menopause" and describe the sources of information they use to obtain these answers. Brazilian women aged 45–60 years living in the municipalities that comprise the Metropolitan Region of Campinas were included in the study. Any reason that led to the inability to respond to the questionnaire, such as schedule incompatibility or illness, was considered an exclusion criterion.

The estimated population of all MRC municipalities in 2010 was 2,798,477 people according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) census. Of them, 257,434 were women in the 45–60-year age group [15]. As the primary objective of the household survey was to initially assess symptoms of menopause, sample size was calculated based on the prevalence of hot flashes in women residing in MRC, which was previously estimated at 70% [16]. With a maximum difference between the sample proportion and population of 3.5% and a type I (alpha) error of 5%, the initial sample size was established as 655 women. Considering a refusal rate of 20%, the number of women invited to respond to

the questionnaire was 820. The detailed randomization process of the census tracts and interview procedures was previously described [17].

To describe in detail the women's views on the significance of menopause, the survey participants were told the following: *"Now we would like to know your opinion about menopause. There are no right or wrong answers, and you are not being evaluated. You can respond without worry according to what you know."* After this explanation, they answered the question: *"What is menopause?"* Subsequently, the following question was asked: *"Where or from whom did you get information about menopause?"* For this question, women could choose one or more of the following options: doctors or health services; magazines, newspapers, or books; television or radio; internet; friends, relatives, or other known people; meetings at churches or with groups of ladies.

The complete answers were transcribed by the interviewer on an appropriate form. Seventy-one women refused to answer the questionnaire, so the final sample consisted of 749 women, each of whom signed a free informed consent form prior to completion of the questionnaire. The study was approved by the research ethics committee under number 030/2011.

### 3. Results

The mean age of the 749 women who answered the questionnaire was 52.5 ( $\pm$  4.4) years. Of them, 16% were premenopausal, 16% were perimenopausal, and 68% were postmenopausal. The mean age of the last menstrual bleeding episode was 46.5 ( $\pm$  5.8) years. Approximately 60% of the participants had attended school for up to 8 years. Table 1 shows the main sociodemographic characteristics of the interviewed women.

The women's responses to the open question "What is menopause?" were typed and coded, and categories that emerged from the interviewees' own speech were created. The same woman may have given answers that were classified into more than one category. According to 67.5% of the interviewees, the concept of menopause encompassed changes in the menstrual cycle and hormones. More specifically, 52.7% of respondents reported that menopause is "termination of the menstrual cycle, stop menstruation, menstruation irregularity, decreased menstruation" and 14.8% reported that menopause is "hormone decline, hormone loss, hormonal change." For 48% of the interviewees, menopause meant physical changes such as "hot flushes and vaginal dryness" (42.5%), and "aging and getting old" (5.5%) (**Table 2**).

For 22.7%, menopause represented psychological changes, being “mood swings and irritability” cited by 16.7% of the interviewees, while 6.0% of women stated that menopause was synonymous with “worst phase of life, a massacre to women, very unpleasant, a horrible thing.” The concept of menopause was associated with some change in sexuality for 7.6% of the interviewees. Of them, 5.6% said that menopause literally meant “end of sexual life, lack of sexual desire, loss of libido.” For 2% of the interviewed women, however, menopause meant “self-maturation, a good thing for not menstruating anymore, sexual freedom, joy and tranquility to stop menstruating.” Of the 749 women interviewed, approximately 18% could not explain and had no idea about what menopause meant (**Table 2**).

When questioned about their sources of information about menopause, 44.5% of the women attributed this knowledge to friends, relatives, and other known people. Doctors or health services came next, mentioned by 44.3% of women. Television or radio was cited by 22.0%; magazines, newspapers, or books was cited by 14.0%; and the internet was cited as a source of information by 6.8% of women. Fifty-two women (6.9%) reported having no source of information about menopause. The data are shown in **Table 3**.

#### **4. Discussion**

In a study performed in 2006, we sought to learn about the journalistic approach to menopause in articles published in Brazilian magazines. We found that the subject appeared in these media in unimpressive quantities, predominated in informative genre texts, were usually notes, and almost exclusively considered the biomedical aspects of menopause. This showed the lack of emphasis of the theme in these publications, including those aimed at the female audience [18]. To advance this knowledge, in the present study we chose the opposite approach. Already knowing that menopause was rarely publicized in the media and that the content was not approached in depth, we sought to return to the genesis of these questions, but this time to hear what menopause meant to women residing in the Metropolitan Region of Campinas. We also sought to learn the main sources they used to learn about the menopausal transition. To that end, the responses of 749 women to the questions “*What is menopause?*” and “*Where or from whom did you get information about menopause?*” were analyzed.

We observed that most of the interviewees related to the physiological concept of the term “menopause,” seeing it as the end of the menstrual cycle with hormone reduction (67.5%) and the presence of symptoms directly related to ovarian failure, such as hot flashes, vaginal dryness, and aging (48.0%). Previous studies showed that most women living in

various parts of the world relate menopause to the end of the menstrual cycle and to vasomotor symptoms. In 2009, the results of a cross-sectional study of 260 Bahraini women aged 30–64 years were published. For 73.5% of these women, menopause occurs when menstruation ends; for 65.8% of them, menopause is accompanied by hot flushes [19]. Also in 2009, another cross-sectional study of 720 Italian women showed that for 92% of them, menopause is related to hot flushes; in 31%, it is related to episodes of sweating [20]. In Brazil, an ethnographic study developed of women living in the Salinas do Ribamar Community (State of Paraíba) reported that the women interviewed knew the age at which menopause could be expected to occur and recognized the changes that occurred in their bodies, including the stop of menstruation. According to the authors, women did not talk about the theme “menopause” in their daily lives, and when they did discuss the subject, they focused only on the description of symptoms, such as hot flushes [21].

For approximately one in four women who responded to the interview, the word “menopause” refers to psychological symptoms, especially emotional lability. This association is also frequently observed in other populations. Among Iranian women, 66.5% agree with the statement that the risk of depression increases with the menopausal transition [19]. Among Italians, 41% associate menopause with irritation, while 23% associate it with depression [20]. For not an inconsiderable portion of the respondents in the present study (6.0%), menopause is simply “the worst phase of life, a massacre in a woman’s life.” The cultural context in which a woman lives influences her perception of menopause [21,22]. Some studies suggested that negative feelings related to the climacteric period may be subconsciously associated with the body changes accentuated by the decrease in hormonal production, with loss of physical attributes and changes in social roles [23]. A study of 270 middle-aged English women identified an association between high levels of self-objectification, body vigilance, and body shame and having negative attitudes toward menopause. Therefore, women who focus heavily on body appearance would be more likely to experience menopause in a negative and problematic manner [24].

Some of the women interviewed related the term “menopause” to changes in sexuality. For 5.6% of women, it is the “end of sexual life, lack of sexual desire, loss of libido.” Historically, women’s health has always been compared to the health of the mother-woman. As long as she is in this role, she watches over her body to ensure that it functions well and reproduces. It is possible that, by losing this ability when menopause occurs, the woman becomes unconcerned about her health. In a study of women residing in Paraíba, Costa and

colleagues observed that menstruation, marriage, religion, sexuality, and procreation are strongly correlated and determined the sociocultural role of women. For them, menstruation is positive because it indicates fertility; on the other hand, menopause carries a negative connotation because it signals the end of reproductive life and, consequently, for some the end of sexual life. Most emphatically, the women interviewed by Costa and colleagues reported that menopause marks the point at which they are no longer women [21]. However, aging and the menopausal transition do not end sexuality. Depending on the social and religious context, the inability to become pregnant can mean freedom. For some women interviewed in our study (2.0%), menopause means “self-maturation, a good thing for not menstruating anymore, sexual freedom, joy, and tranquility to stop menstruating.”

We emphasize the fact that many women (17.8%) simply have no idea what the word “menopause” means. This is a significant percentage, since the assessed population is located in the richest state of the country in economic terms. One might speculate that some of these women simply do not consider the menopausal transition a “problem” requiring the need to describe it as a medical term in the same way that Asian women barely describe climacteric symptoms when talking about their health [25]. However, we believe that most women who did not know the meaning of the term “menopause” did not have adequate information on the subject. The main sources of knowledge about menopause for this population of women were friends, relatives or other known people (44.5%), followed by doctors or health care providers (44.3%). We believe that the topics “menopause” and “climacteric syndrome” have been neglected after the publication of the first results of the WHI study in 2002 [26]. This clinical trial evaluated several outcomes associated with the use of estrogen-based hormone therapy to treat the symptoms of menopause. Despite many criticisms of the methodology used, there was an intense and possibly misleading disclosure of the results obtained that generalized the risks of cardiovascular disease, stroke, and breast cancer for all types of prescribed therapy and for women of all ages [27]. This possibly means that several issues related to hormone therapy, including the basic aspects of climacteric physiology and epidemiology, are no longer properly taught to health professionals during training. With this, many individuals who are the main sources of knowledge may not feel safe to inform women about menopause-related issues. This is not an exclusive problem of the Brazilian population. A study of 295 British women published in 2014 reported that for them, general practitioners did not appear to be able to give an accurate diagnosis of menopause and what is normal during this period of life. In addition, for 37% of them, physicians were not the best sources of information

about menopause [28]. In the study by Donati and colleagues in which 69% of women reported receiving information about menopause from health professionals, 30% reported being very dissatisfied with the information received [20].

For women living in northern Europe [29] as well as Italian women [20], the media is the main source of information. For Italian women who received information about menopause, the media was the source of information for the majority (72%); however, 33% said they were dissatisfied or very dissatisfied with the obtained information [20]. For those interviewed in our study, the media, which could be a relevant source of information, was rarely remembered. Television or radio was cited by 22% of respondents; magazines, newspapers, or books was mentioned by 14%; and the internet was noted by 6.8%. This finding is possibly related to the journalistic approach used. We previously showed that menopause appeared very little in the media, usually in the form of small notes and almost exclusively considering biomedical aspects [18].

It was not our goal to evaluate the answers given by the interviewees as right or wrong but rather to give a broad description of what women in the MRC think about the word “menopause.” The satisfaction of these women with the information obtained on the subject was not evaluated; therefore, it was not possible to establish hypotheses about one source of knowledge being superior to the others. Since this study was conducted in a specific region of Brazil, its results cannot be generalized to other regions of the country or the world. However, we believe that, by describing the opinion and sources of information about menopause in our population, we have contributed to a better understanding of a subject of great importance for the well-being of aging women.

Most middle-aged women living in the Metropolitan Region of Campinas relate the term “menopause” to physiological events, but a significant portion of them experience them in a negative way. There appears to be a suppressed demand for information on the various aspects of the menopausal transition among both middle-aged women and health professionals of different specialties. In addition to greater attention being paid to this subject in health specialization courses, the different means of communication could be better used with the aim of more accurately directing information to the population.

**Funding Organization:** São Paulo Research Foundation (FAPESP) – Grant 2011/14526-9

**Conflict of interest:** The authors declare no conflicts of interest

**Acknowledgments:**

We thank Professor Aarão Mendes Pinto Neto [*in memoriam*] for the important contribution in the development of this project.

**Table 1. Sociodemographic characteristics (n=749)**

	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Age (years)</b>		
45-49	228	30.4
50-54	242	32.3
55-60	279	37.2
<b>Schooling (years)*</b>		
1-4	250	33.4
5-8	194	25.9
9-11	218	29.1
≥12	86	11.5
<b>Socioeconomic status*</b>		
A/B	396	53.1
C	306	41.0
D/E	44	5.9
<b>Marital status</b>		
With partner	548	73.2
Divorced	103	13.7
Widow	59	7.9
Single	39	5.2
<b>Skin color</b>		
White	514	68.6
Afro-descendant	221	29.5
Asian / Indigenous / Other	14	1.9
<b>Religion</b>		
Roman Catholic	428	57.1
Protestant	225	30.1
Spiritism	43	5.7
Others	29	3.9
None	24	3.2

\*Missing data

**Table 2.** What is menopause? (n=749)\*

	n	%
<b>Changes in the menstrual cycle and hormones</b>	<b>506</b>	<b>67.5</b>
<i>Termination of the menstrual cycle, stop menstruation, menstruation irregularity, decreased menstruation</i>	395	52.7
<i>Hormone decline, hormone loss, hormonal change</i>	111	14.8
<b>Physical changes</b>	<b>359</b>	<b>48.0</b>
<i>Hot flushes and vaginal dryness</i>	318	42.5
<i>Aging and getting old</i>	41	5.5
<b>Psychological changes</b>	<b>170</b>	<b>22.7</b>
<i>Mood swings and irritability</i>	125	16.7
<i>Worst phase of life, a massacre to women, very unpleasant, a horrible thing</i>	45	6.0
<b>Sexual changes</b>	<b>57</b>	<b>7.6</b>
<i>End of sexual life, lack of sexual desire, loss of libido</i>	42	5.6
<i>Self-maturation, a good thing for not menstruating anymore, sexual freedom, joy and tranquility to stop menstruating</i>	15	2.0
<b>Don't know</b>	<b>133</b>	<b>17.8</b>

\* woman may have given answers that were classified into more than one category

**Table 3.** Where or from whom did you get information about menopause? (n=749)\*

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Friends, relatives, or other known people</b>	333	44.5
<b>Doctors or health services</b>	332	44.3
<b>Television or radio</b>	165	22.0
<b>Magazines, newspapers or books</b>	105	14.0
<b>Internet</b>	51	6.8
<b>Meetings at churches or with groups of ladies</b>	2	0.3
<b>No information</b>	52	6.9

\* women could choose more than one alternative

## References

1. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. *Exp Gerontol* 1994; 29(3-4):245-51.
2. Berlezi EM, Balzan A, Cadore BF, Pillatt AP, Winkelmann ER. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Rev Bras Ger e Gerontol* 2013; 16(2):273-83.
3. Radford T. Influencia y poder de los medios de comunicación. In: Pini P, de Semir V, Turney J, Turow J, Wilkie T, Altman LK, editors. *Medicina y medios de Comunicación. Traducción al español de una serie publicada en la revista the Lancet.* Barcelona. Fundación Dr. Antonio Esteve; 1997. p. 97-101.
4. Coe GA. Comunicación y promoción de la salud. *Rev Latinoam de Comunicación Chasqui* 1998; 63:26-9.
5. Weston LC, Ruggiero JA. The popular approach to women's health issues: a content analysis of women's magazines in the 1970`s. *Women Health* 1986; 10(4):4762.
6. Revuelta G, Alonso I, Tomás S, Guerrero M, Rohlf I. Género y salud en la prensa diaria. *Gac Sanit* 2004; 18(4):201-6.
7. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Rev Saúde Pú* 1992; 26(3): 195-202.
8. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
9. Kramarae C, Spender D. *Enciclopedia internacional de las mujeres. Edición especial para el ámbito hispanohablante.* Madrid: Síntesis; 2006.
10. Citelli MT. A reprodução humana na pauta dos jornais brasileiros (1996-2000). In: Oliveira F, Galvao J, Greenhalgh L. *Olhar sobre a mídia.* BH: Mazza Edições, 2002. p.184-213.
11. Souza CL. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2005; 1(2):87-94. Acessado em 28 de novembro de 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200009&lng=pt&tlng=pt).

12. Campana LOC. Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do município de campinas. Dissertação [mestrado]. Campinas, Unicamp, 2001. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313145/1/Campana\\_LuizOtavioChain\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313145/1/Campana_LuizOtavioChain_M.pdf).
13. Organização Mundial da Saúde (OMS), 2011. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Acessado em 28/11/2017. Disponível em: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1).
14. Pedro A, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev Saúde Púb*, 2002; 36(4).
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
16. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. [Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil]. *Rev Saúde Púb* 2003; 37(6):735-42.
17. Lui Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. [Factors associated with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37(4):152-8.
18. Amaral ICGA, Pinto-Neto AM, Osis, MJD. Abordagem da menopausa em revistas de atualidades. *Comunicarte* 2009; 28:38.
19. Jassim GA, Al-Shboul QM. Knowledge of Bahraini women about the menopause and hormone therapy: implications for health-care policy. *Climacteric* 2009; 12(1):38-48.
20. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele EA. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009; 63(3):246-52.
21. Costa GM, Gualda DM. [Menopause knowledge and experience for a group of women]. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):81-9.
22. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005; 11(5):495-512.
23. Lasnick MC. O complexo de Jocasta: feminilidade e sexualidade pelo prisma da menopausa. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2004.

24. Rubinstein HR, Foster JL. I don't know whether it is to do with age or to do with hormones and whether it is do with a stage in your life': making sense of menopause and the body. *J Health Psychol* 2013; 18(2):292-307.
25. Vigeta SMG, Brêtas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Redações e trabalhos científicos monográficos premiados no 2º Prêmio Construindo a Igualdade de Gênero. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Brasília. p.95-105, 2006.
26. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(3):321-33.
27. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol* 2017; 13(4):220-31.
28. Rubinstein H. Defining what is normal at menopause: how women's and clinician's different understandings may lead to a lack of provision for those in most need. *Hum Fertil (Camb)* 2014; 17(3):218-22.
29. Sjøgaard AJ, Tollan A, Berntsen GK, Fønnebo V, Magnus JH. Hormone replacement therapy: knowledge, attitudes, self-reported use - and sales figures in Nordic women. *Maturitas* 2000; 35(3):201-14.

## Artigo 2. Factors Associated with Knowledge About Menopause and Hormone Therapy in Middle-aged Brazilian Women: A Population-Based Household Survey

**Menopause**  The Journal of The North American Menopause Society

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW  
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

**Editorial Manager** Editorial Manager will be unavailable due to a return online.

Role: Author Username: luiz.baccaro@gmail.com

### Author's Decision

Thank you for approving "Factors Associated with Knowledge About Menopause and Hormone Therapy in Middle-aged Brazilian Women: A Population-based Household Survey".

[Main Menu](#)

**Factors Associated with Knowledge About Menopause and Hormone Therapy in Middle-aged Brazilian Women: A Population-based Household Survey**

**Running title:** Knowledge About Menopause in Brazilian Women

**Isabel Cristina Gardenal de Arruda Amaral**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Luiz Francisco Baccaro, MD, PhD (corresponding author) (requests for reprints)**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP)

Rua Alexander Fleming, 101, Cidade Universitária Zeferino Vaz

Postal Code: 13083-881

Campinas-SP, Brazil

Phone/fax: +55 19 3521 9306

E-mail: baccaro@unicamp.br

**Jeffrey Frederico Lui-Filho, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Maria José Duarte Osis**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Adriana Orcesi Pedro, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Lúcia Costa-Paiva, MD, PhD**

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Campinas (UNICAMP) Campinas-SP, Brazil

**Funding Organization:** São Paulo Research Foundation (FAPESP) – Grant 2011/14526-9

**Conflict of interest:** The authors declare no conflicts of interest.

**Abstract**

**Objectives:** to evaluate knowledge about menopause and hormone therapy (HT) among middle-aged Brazilian women and identify the factors associated with the level of knowledge. **Methods:** a cross-sectional study was conducted with 749 women aged 45-60 years, residing in the Metropolitan Region of Campinas – Brazil. The dependent variable was knowledge about menopause and HT evaluated using a numerical score based on the answers given to 3 questions that had several response options. The independent variables were sociodemographic characteristics, personal habits, and health conditions. Statistical analysis was carried out by Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and a generalized linear model. **Results:** the mean age was 52.5 ( $\pm$ 4.4) years. Most of the women were postmenopausal (68%) and 19.5% had a history of current or previous use of HT. The final score for knowledge about menopause ranged from +1 to +11, with a mean of 4.59 ( $\pm$ 1.86) and a median of 4. Women with higher levels of schooling ( $\beta=0.64$ ,  $p<0.001$ ); with higher socioeconomic status ( $\beta=0.47$ ,  $p<0.002$ ); with vaginal dryness ( $\beta=0.47$ ,  $p=0.003$ ); who consumed alcohol ( $\beta=0.61$ ,  $p=0.006$ ); who use or had ever used any type of treatment to counteract menopausal symptoms ( $\beta=0.41$ ,  $p=0.008$ ); with anxiety ( $\beta=0.35$ ,  $p=0.037$ ); and with depression ( $\beta=0.31$ ,  $p=0.043$ ) possessed greater knowledge about menopause and HT. Women with a higher number ( $\geq 3$ ) of vaginal deliveries ( $\beta=-0.61$ ,  $p<0.001$ ) and a higher BMI ( $\beta=-0.02$ ,  $p=0.046$ ) possessed less knowledge about menopause and HT. **Conclusions:** the knowledge about menopause and HT demonstrated by the interviewees was low and possibly related to the time of exposure to qualified information.

**Key-words:** Climacteric; Epidemiology; Information Services.

## **Introduction**

The cessation of ovarian function leading to menopause is an inevitable event, occurring naturally around 51 years of age.<sup>1</sup> The climacteric is defined as the transition between the reproductive and nonreproductive stages, and is not always an experience that involves symptoms.<sup>2</sup> The climacteric syndrome is defined as a set of symptoms resulting from the interaction between endocrine, sociocultural, and psychological factors that occur in the aging woman.<sup>2</sup>

Among the symptoms of the climacteric syndrome, hot flushes are the most characteristic of ovarian failure, leading to a decrease in quality of life.<sup>3</sup> According to the latest international consensus, they are the primary indication for use of menopausal hormone therapy (HT)<sup>1,4</sup>; however, constant changes in opinion regarding HT have occurred, both in the medical and lay communities in recent years.<sup>5</sup> Until the early 2000s, HT was believed to have far more benefits than risks, with a possible cardioprotective effect.<sup>6,7</sup> However, after the publication of the first results of the Women's Health Initiative (WHI) in 2002, a marked decrease in the use of this type of medication began.<sup>8-11</sup> Despite widespread criticism of the methodology employed and the misleading disclosure of the results obtained, generalizing a possible increase in the risk of cardiovascular disease, stroke, and breast cancer to all prescribed regimens for women of all ages has caused an entire generation of physicians to fail to learn how to perform the prescription and appropriate adjustment of HT regimens.<sup>5</sup>

As the Brazilian population is aging, according to data from the last population census, elderly people will comprise 23% of the population in 2050; therefore, the number of women who will go through the transition between reproductive and nonreproductive

life will increase.<sup>12</sup> The search for specialized help and the use of some therapeutic method may be directly related to the level of knowledge that an individual acquires about a certain topic.<sup>13</sup> A Brazilian study conducted a few years after the first publications of the WHI showed that gynecologists changed the strategy of treatment of menopausal symptoms, restricting the indications of HT and decreasing the dose and time of use.<sup>9</sup> Possibly, in addition to decreasing prescriptions, they also decreased the explanations given to patients about the benefits and potential risks of HT use.

Knowledge about menopause and HT is a poorly explored subject in the scientific literature. Many women with intense vasomotor symptoms who have an indication for HT may not have their symptoms treated properly simply because they do not have adequate knowledge about their therapeutic options. In order to evaluate knowledge about menopause and HT among middle-aged Brazilian women, as well as to identify the factors associated with the level of knowledge, data from a population-based study in the Metropolitan Region of Campinas (MRC), Brazil, were analyzed.

## **Methods**

The data presented were collected in the survey titled “Population-based household survey on the climacteric period and menopause among women from MRC,” conducted between September 2012 and June 2013. In the present analysis, the aim was to evaluate the knowledge about menopause and HT among middle-aged women and the factors associated with the level of knowledge. Native Brazilian women aged between 45 and 60 years old and living in the municipalities that make up the MRC

were included. Any reason that led to the inability to respond to the questionnaire was considered an exclusion criterion.

According to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics, in 2010, the estimated population of all the municipalities of the MRC was 2 798 477. Of these people, 257 434 were women between the ages of 45 and 60 years.<sup>12</sup> The primary objective of the household survey conducted for the present study was to evaluate the symptoms of menopause. Therefore, sample size was calculated based on the prevalence of hot flushes in women residing in the MRC, which previously had been estimated to be present in 70% of women aged 45 to 60 years old surveyed in a previous study.<sup>14</sup> With a maximum difference between the sample proportion and population of 3.5% and a type I (alpha) error of 5%, the initial sample size was established at 655 women. Considering a refusal rate of 20%, the number of women invited to respond to the questionnaire was 820. The detailed randomization process of the census sectors and women, in addition to interviewing procedures, has been described previously.<sup>15</sup> All the women provided informed consent for study participation prior to the interview. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Campinas, and assigned the protocol number 030/2011.

*Dependent variable.* The questionnaire used in this population-based household survey was developed based on the format of a pre-existing Brazilian questionnaire<sup>16</sup> and presented 8 sections that addressed specific aspects of the menopausal transition. One of these sections was composed of 6 questions and covered in detail the knowledge women had about menopause and HT. To objectively measure the level of knowledge

of the interviewees, a numerical score was established based on the answers given to 3 questions that had several response options (ie, women could choose more than one alternative), as shown below:

***1. What symptoms of menopause do you know?***

- ✓ Hot flushes, sweating, night sweats
  - ✓ Nervousness, irritability, depression, sadness, and anxiety
  - ✓ Hormonal disorders
  - ✓ Aging, transformation, or change
  - ✓ Not being able to get pregnant
  - ❖ Don't know
  - Others. Which?
- 

***2. Which women need to take menopausal hormone therapy?***

- ❖ All women need to use it
- ✓ Those who have symptoms (hot flushes, vaginal dryness, etc.)
- ✓ Those who are at risk for osteoporosis
- ✓ Those with premature menopause (< 40 years)
- ❖ Those who do not have ovaries or a uterus
- ❖ No woman needs to take it
- ❖ Don't know
- Others. Which? \_\_\_\_\_

**3. Which women cannot take menopausal hormone therapy?**

- ❖ No woman can take it
- ❖ Those who are at risk for osteoporosis
- ✓ Those with heart problems or history of stroke
- ✓ Those with hypertension or diabetes
- ✓ Women older than 60 years
- ❖ Those who do not have ovaries or a uterus
- ✓ Those with breast or endometrial cancer
- ❖ Those with other types of cancer
- ✓ Those who smoke
- ❖ Obese women
- ❖ All women can take it
- ❖ Don't know
- Others. Which? \_\_\_\_\_

For each alternative marked with symbols ✓ and ❖, the woman gained and lost, respectively, a point in the score. When analyzing the answers given to the 3 questions, it was observed that a considerable number of women did not indicate any pre-established response option but responded with the alternative “other,” with a series of data showing the level of knowledge pertaining to the theme presented in each question. To avoid losing precious data and incorrectly measuring the level of knowledge, we chose to tabulate the answers given as “other” and add points to the

score for what was considered correct and subtract points from the score for what was considered incorrect. For question 1, the answers regarding menopause symptoms were divided into the following domains: *somatic, psychological, urogenital, libido, nutritional disorders, and menstrual irregularities*. For each domain identified in the answer, the woman gained one point in the score. For questions 2 and 3, the answers related to the use of hormones during menopause were classified as right or wrong according to national and international consensuses on the subject.<sup>1,4,17</sup> For each correct answer, the woman gained a point in the score, and for each wrong answer, the woman lost a point in the score. The files containing the complete list of “other” answers, presented in Portuguese, are provided in the supplementary material accompanying this manuscript (**suppl 1 e suppl 2**).

*Independent variables.* The independent variables were: (1) age (years); (2) socioeconomic status (A/B, C, D/E—Economic Classification Criteria of Brazil)<sup>16</sup>; (3) marital status (with or without a partner); (4) schooling (number of years of attendance at educational institutions); (5) religion (Roman Catholic/Protestant/others/none); (6) skin color (white/non-white); (7) smoking history (current smoker/ex-smoker/non-smoker); (8) alcohol consumption (currently or in the past/never); (9) regular physical activity (yes/no); (10) body mass index (BMI, kg/m<sup>2</sup>); (11) self-perception of health (very poor/poor/fair/good/excellent); (12) menopausal status (premenopausal if menstrual cycles were regular/perimenopausal if menstrual cycles were irregular or amenorrhea for  $\leq 1$  year/postmenopausal if amenorrhea for  $>1$  year); (13) age at menopause (years); (14) source of menopausal knowledge (doctors/health services/others); (15) depression (yes/no); (16) anxiety (yes/no); (17) number of

pregnancies; (18) number of vaginal deliveries; (19) number of caesarean sections; (20) number of abortions; (21) use of contraceptives (yes/no); (22) sexual activity in the past month (yes/no); (23) multimorbidities (yes/no); (24) intensity of menopausal symptoms according to the median of the total score of the Menopause Rating Scale (MRS); (25) history of gynecological surgery (yes/no); (26) urinary leakage (yes/no); (27) vaginal dryness (yes/no); (28) hot flushes (yes/no); (29) waking up at night due to hot flushes (yes/no); (30) use of any type of treatment to counteract menopausal symptoms (yes/no).

*Statistical analysis.* For each answer considered wrong, the woman would lose a point in the knowledge score; thus, the final result could be negative. To facilitate statistical calculations and make the interpretation of results more intuitive, we chose to create a numerical constant that would be added to the score of each woman to obtain the final score. This constant, which would correspond to the value added to the lowest score obtained by the respondents, would result in a value equal to +1. Consequently, the minimum value that could be obtained in the final knowledge score was +1. Initially, a descriptive analysis of the dependent variable was performed, calculating the mean, standard deviation of the mean, median, minimum, and maximum. To test the association between the dependent variable and the independent variables, a bivariate analysis was performed using the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. Finally, to evaluate the independent association between variables, multiple analysis was performed using the generalized linear model. The level of statistical significance was set at 5%. The softwares used for statistical analysis were Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20 and Stata version 7.

## Results

Of the 820 women invited to answer the questionnaire, 71 refused. Therefore, 749 women composed the final sample. The mean age was 52.5 ( $\pm$  4.4) years. The majority of the women were postmenopausal (68%), and the mean age at the last episode of menstrual bleeding was 46.5 ( $\pm$  5.8) years. The rest of the interviewees still had episodes of menstruation, with 16% being premenopausal and 16% being perimenopausal. One hundred and forty-six women (19.5%) had a history of current or previous use of HT to treat menopausal symptoms. According to the women, the main sources of information about menopause were friends and relatives (44.5%), followed by doctors or health services (44.3%). The sociodemographic characteristics of the women are shown in **Table 1**.

The dependent variable analyzed was the knowledge score about menopause and HT. The initial “gross” score ranged from a minimum value of -3 points to a maximum value of +7 points. To facilitate statistical calculations and make the interpretation of results more intuitive, we chose to create a numerical constant that would be added to the score of each respondent to obtain the final “corrected” score. With the objective that the minimum value obtained in the “corrected” score be +1, the numerical constant added to the score of all the women was +4. Therefore, the “corrected” final score for knowledge about menopause ranged from +1 to +11, with a mean of 4.59 ( $\pm$ 1.86) and a median of 4. **Table 2** shows in detail the answers that the interviewees gave to the 3 questions that made up the score. For the question “*Which menopausal symptoms do you know?*,” most women (94.5%) reported hot flushes, sweating, and night sweats, whereas 35.8% cited nervousness, irritability, depression, sadness, or

anxiety. Considering the responses classified as “other,” 9.6% reported symptoms related to the somatic domain, 4.3% to the psychological domain, 7.2% to the urogenital domain, 8% to libido, 9.7% to nutritional aspects, and 4.1% reported that symptoms of menstrual irregularity are related to menopause. Regarding the question “*Which women need to take menopausal hormone therapy?*,” most women (60.2%) did not know the answer, followed by 22.4% of respondents who answered that women with symptoms need to take hormones for menopause. For the question “*Which women cannot take menopausal hormone therapy?*,” most women (61.3%) did not know the answer, followed by 14.7% who reported that women with breast or endometrial cancer could not take hormones during menopause (**Table 2**).

When analyzing the variables associated with a higher menopause knowledge score, we observed that the following women had higher scores: those (1) with higher socioeconomic status ( $p<0.01$ ), (2) with higher levels of schooling ( $p<0.01$ ), (3) affiliated with no religion or a religion other than Roman Catholicism/Protestantism ( $p<0.01$ ), (4) who were identified as white women ( $p<0.02$ ), (5) with a lower number of pregnancies ( $p<0.01$ ), (6) with a lower number of vaginal deliveries ( $p<0.01$ ), and (7) who obtained information about menopause from physicians and health services ( $p<0.01$ ) (**Table 3**). We also observed that the following women possessed greater knowledge about menopause and HT: those (1) who consumed alcohol currently or in the past ( $p<0.01$ ), (2) with regular physical activity ( $p<0.01$ ), (3) with a lower BMI ( $p<0.01$ ), (4) with sexual activity in the past month ( $p<0.02$ ), (5) who use or had ever used any type of treatment to counteract menopausal symptoms ( $p<0.01$ ), (6) with

vaginal dryness ( $p < 0.01$ ), (7) with a higher intensity of menopausal symptoms ( $p < 0.01$ ), (8) with depression ( $p < 0.01$ ), and (9) with anxiety ( $p < 0.01$ ) (**Table 4**).

In the final statistical model using a generalized linear model, we observed that the following types of women possessed greater knowledge about menopause and HT: those with (1) higher levels of schooling ( $\beta = 0.64$ ,  $p < 0.001$ ); (2) with higher socioeconomic status ( $\beta = 0.47$ ,  $p < 0.002$ ); (3) with vaginal dryness ( $\beta = 0.47$ ,  $p = 0.003$ ); (4) who consumed alcohol currently or in the past ( $\beta = 0.61$ ,  $p = 0.006$ ); (5) who use or had ever used any type of treatment to counteract menopausal symptoms ( $\beta = 0.41$ ,  $p = 0.008$ ); (6) with anxiety ( $\beta = 0.35$ ,  $p = 0.037$ ); and (7) with depression ( $\beta = 0.31$ ,  $p = 0.043$ ). Women with a higher number ( $\geq 3$ ) of vaginal deliveries ( $\beta = -0.61$ ,  $p < 0.001$ ) and a higher BMI ( $\beta = -0.02$ ,  $p = 0.046$ ) possessed less knowledge about menopause and HT (**Table 5**).

## Discussion

The information an individual possesses about a particular health topic may influence the way he/she deals with his/her symptoms; however, this subject is minimally explored among women experiencing the menopausal transition.<sup>18,19</sup> The objectives of the present study were to evaluate the knowledge that middle-aged Brazilian women possess about menopause and HT, and to identify the factors associated with the level of knowledge. To do so, we analyzed the answers that 749 women provided to 3 questions on the topic, and calculated an objective score.

The vast majority of women (94.5%) were aware of the association between “hot flushes, sweating, and night sweats” and menopause. For about one-third of them (35.8%), menopause also was associated with symptoms related to psychological aspects such as “nervousness, irritability, depression, sadness, and anxiety.” These findings are similar to those reported by Donati et al. in their research on the knowledge, attitude, and practices regarding menopause and HT of 720 Italian women.<sup>13</sup> For these women, the symptoms most frequently associated with menopause were hot flushes (92%), irritability (41%), weight gain (29%), and depression (23%).<sup>13</sup> It is worth noting that, despite the fact that a previous study conducted in women of the same age group residing in the same region of Brazil showed that more than half of these women went to the doctor because of menstrual irregularity and urogenital complaints,<sup>20</sup> only a minority of the interviewees in the present study related such symptoms to menopause. A similar observation was made in a study with Spanish postmenopausal women, in which the most frequently remembered symptoms were hot flushes, night sweats, irritability, and mood changes. Symptoms such as vaginal dryness were related to menopause only after the interviewer’s intervention.<sup>21</sup>

The knowledge about HT demonstrated by the interviewees was low. When questioned about which women need to take hormones for menopause and about which women cannot take hormones, more than half (60.2% and 61.3%, respectively) simply answered, “Don’t know.” When we analyzed the second most frequent answers to these two questions, we found that only 22% of respondents answered that women with symptoms need to take hormones for menopause, and a smaller number (14.7%) reported that women with breast and endometrial cancer cannot take hormones. Our

results resemble those of a study of 414 middle-aged Chinese women published in 2003. Of these, only 23.5% were aware that HT can relieve vasomotor symptoms, and 3.4% knew that HT has beneficial effects on the bones.<sup>22</sup> In 2009, the results of a study on knowledge about menopause and HT in 260 Bahraini women were published. In this study, a slightly larger proportion of women (48.5%) knew that HT could reduce vasomotor symptoms, and 72.3% knew that HT could increase the risk of breast cancer.<sup>18</sup>

In the present study, the main sources of information about menopause for the interviewed women were friends and relatives (44.5%), followed by doctors or health services (44.3%). We believe that the low level of knowledge concerning menopause and HT demonstrated by the women is an indirect consequence of the inappropriate disclosure of the first results of the WHI study in 2002. Although the WHI analyzed the effects of a single HT formulation (conjugated estrogens [0.625 mg] with or without medroxyprogesterone acetate [2.5 mg]) administered orally to a relatively older group of women (most were older than 60 years),<sup>23</sup> the results were generalized for all types of HT and for women of all ages, regardless of the time since the onset of menopause. A clear example of misinformation was the interpretation of the relative risk (1.24) of breast cancer for women who used estrogen associated with progesterone. This relative risk is low and at the limit of statistical significance. It equates to a 24% increase in risk in women using estrogen associated with progesterone compared to women who did not use HT and, in absolute numbers, an increase of 0.8 breast cancer cases per 1000 person-year. However, it was erroneously reported as a 24-fold increase in the risk of breast cancer.<sup>5</sup> Expectedly, following the

principle of non-maleficence (*primum non nocere*), the number of prescriptions around the world fell sharply and a whole generation of doctors did not receive adequate training on HT.<sup>8-11</sup> It is possible that doctors without adequate training feel insecure about informing their patients about the option of using HT, as well as explaining its indications and contraindications.

When analyzing the knowledge score, we verified that the low number of answers considered correct resulted in a low corrected final score. On average, the correct answers provided in the question about menopausal symptoms were canceled out by lack of knowledge about HT. In the final statistical model, we observed that some factors were associated with a higher knowledge score. Women with higher levels of schooling and higher socioeconomic status had better scores. This is an expected association and can probably be explained by greater ease of access to qualified information. A similar association had already been demonstrated by other studies in different populations.<sup>13,18,22,24</sup> Factors directly related to menopause such as vaginal dryness and a history of treatment for climacteric symptoms also showed an independent association with a higher knowledge score. As these women present with objective symptoms, they are likely to have more interest in the subject and probably have acquired more information, either through health services or through other sources of knowledge. A similar study on the topic also demonstrated that women who consulted a gynecologist in the last 5 years and who had regular oncological screening had more information about menopause.<sup>13</sup>

Additionally, women who reported anxiety and depression had a higher knowledge score. A previous study with women of the same age group residing in the same region

of Brazil identified that a greater intensity of psychological symptoms correlates positively with a greater demand for medical services among climacteric women,<sup>20</sup> possibly contributing to a greater acquisition of information about several health topics, including menopause and HT. We observed a positive association between alcohol consumption and a higher knowledge score. We believe that this association may not be due to a direct beneficial effect of alcohol, but rather it is possible that the interviewees who reported consuming alcoholic beverages represented a higher socioeconomic status. A recent study that analyzed the relationship between alcohol consumption and “health benefits” in the elderly population showed that moderate alcohol consumers had better health indicators and better socioeconomic status than dependents and non-drinkers. After a rigorous control for socioeconomic indicators, the authors observed a significant reduction in the beneficial influence of alcohol on health.<sup>25</sup> In addition, we speculate that social drinkers have more interaction with other individuals, possibly talking more about various topics, including menopause. It is worth mentioning that according to the interviewees, friends and relatives were their main source of information about menopause.

Some factors were associated with a lower knowledge score. Women with 3 or more vaginal deliveries and with a higher BMI knew less about menopause and HT. Possibly, in the studied population, women with more than 3 children may represent a less privileged socioeconomic status. In addition, the responsibility of caring for more children may have limited the time of exposure to information about their own health. We have no knowledge of previous studies that have identified an association between obesity and knowledge about menopause. This negative association may have more

than one explanation. Women with inadequate information may also be characterized by uncontrolled weight because they do not understand the health risks associated with obesity. Another potential explanation is that obese women have lower self-esteem<sup>26</sup>; thus, it is possible that they do not seek specialized medical services because of an attitude of conformism. This would prevent them from having more qualified health information, including that pertaining to menopause and HT. This association needs to be better investigated in future studies.

This study presents limitations that need to be mentioned. Because it is a cross-sectional study, it does not allow the establishment of cause and effect relationships. All variables analyzed were self-reported by the interviewees. Comparison of knowledge about menopause among different populations is very difficult because the studies are carried out with different designs and instruments. There are no standardized, validated questionnaires to compare women from different backgrounds. For the present study, we used a questionnaire that had not yet been used and created an objective score to mathematically evaluate knowledge about menopause and HT. Data were obtained from women living in a specific region of Brazil, so they cannot be generalized to other regions of the country or the world. However, because this was a population-based study that investigated a very prevalent yet minimally explored subject in both the Brazilian and global population, we believe that the results obtained are valid.

## **Conclusions**

After 15 years since the publication of the first results of the WHI study, we can still see the negative effects of misleading disclosure by both the lay and specialized media. Doctors with inadequate training are afraid to prescribe HT and women do not have adequate information about the subject. With the evidence accumulated in recent years, it is observed that when administered in the appropriate period of life (ie, during a unique “window of opportunity”) to well-selected women, HT presents more benefits than risks. It is possible that its effects extend beyond the reduction of vasomotor symptoms, such as a reduction in the incidence of cardiovascular disease and overall mortality.<sup>27</sup> It is time for the administration of menopausal HT to be properly taught again, for both specialists and general practitioners. Only then will they be able to disseminate qualified knowledge, so that their patients will have adequate information to collaborate on the shared decision-making process that enables them to choose the best form of therapy for their symptoms.

**Funding Organization:** São Paulo Research Foundation (FAPESP) – Grant 2011/14526-9

**Conflict of interest:** The authors declare no conflicts of interest.

**Table 1. Sociodemographic characteristics (n=749)**

	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Age (years)</b>		
45-49	228	30.4
50-54	242	32.3
55-60	279	37.2
<b>Socioeconomic status*</b>		
A/B	396	53.1
C	306	41.0
D/E	44	5.9
<b>Schooling (years)*</b>		
1-4	250	33.4
5-8	194	25.9
9-11	218	29.1
≥12	86	11.5
<b>Working status</b>		
Employed	387	51.7
Unemployed	362	48.3
<b>Marital status</b>		
With partner	548	73.2
Without partner	201	26.8
<b>Skin color</b>		
White	514	68.6
Non-white	235	31.4
<b>Religion</b>		
Roman Catholic	428	57.1
Protestant	225	30.1
Others / None	96	12.8

\*Missing data

**Table 2.** Knowledge about menopause and HT (n=749) \*

	n	%
<b><i>What symptoms of menopause do you know?</i></b>		
Hot flushes, sweating, night sweats	708	94.5
Nervousness, irritability, depression, sadness, and anxiety	268	35.8
Hormonal disorders	36	4.8
Aging, transformation, or change	20	2.7
Not being able to get pregnant	14	1.9
Don't know	29	3.9
Others	253	33.8
<b><i>Which women need to take menopausal hormone therapy?</i></b>		
All women need to use	58	7.7
Those who have symptoms (hot flushes, vaginal dryness, etc.)	168	22.4
Those who are at risk for osteoporosis	9	1.2
Those with premature menopause (<40 years)	16	2.1
Those who do not have ovaries or a uterus	21	2.8
No woman needs to take it	10	1.3
Don't know	451	60.2
Others	41	5.5
<b><i>Which women cannot take menopausal hormone therapy?</i></b>		
No woman can take it	1	0.1
Those who are at risk for osteoporosis	7	0.9
Those with heart problems or history of stroke	37	4.9
Those with hypertension or diabetes	44	5.9
Women older than 60 years	0	0
Those who do not have ovaries or a uterus	3	0.4
Those with breast or endometrial cancer	110	14.7
Those with other types of cancer	135	18.0
Those who smoke	12	1.6
Obese women	6	0.8
All women can take it	2	0.3
Don't know	459	61.3
Others	59	7.9

\* women could choose more than one alternative

**Table 3.** Distribution of women according to menopause knowledge score and some sociodemographic variables (n=749)

Variable	Menopause knowledge score		n	P
	Mean (SD)	Median		
<b>Age (years)</b>				0.16 <sup>a</sup>
45-49	4.78 (2.04)	4.00	228	
50-54	4.58 (1.75)	4.00	242	
55-60	4.44 (1.80)	4.00	279	
<b>Socioeconomic status*</b>				<b>&lt;0.01<sup>a</sup></b>
A/B	5.04 (1.97)	5.00	396	
C	4.11 (1.62)	4.00	306	
D/E	3.81 (1.45)	4.00	44	
<b>Marital status</b>				0.60 <sup>b</sup>
With partner	4.59 (1.85)	4.00	548	
Without partner	4.57 (1.92)	4.00	201	
<b>Schooling (years)*</b>				<b>&lt;0.01<sup>a</sup></b>
1-4	3.92 (1.50)	4.00	250	
5-8	4.44 (1.73)	4.00	194	
9-11	4.97 (1.91)	5.00	218	
≥ 12	5.94 (2.05)	6.00	86	
<b>Religion</b>				<b>&lt;0.01<sup>a</sup></b>
Roman Catholic	4.57 (1.78)	4.00	428	
Protestant	4.33 (1.83)	4.00	228	
Others / None	5.31 (2.17)	5.00	93	
<b>Skin color</b>				<b>0.02<sup>b</sup></b>
White	4.67 (1.85)	4.00	514	
Non-white	4.40 (1.88)	4.00	235	
<b>Menopausal status</b>				0.05 <sup>a</sup>
Premenopausal	4.48 (1.85)	4.00	120	
Perimenopausal	4.96 (1.88)	5.00	120	
Postmenopausal	4.52 (1.86)	4.00	509	
<b>Number of pregnancies</b>				<b>&lt;0.01<sup>a</sup></b>
0	5.46 (1.98)	6.00	50	
1	4.75 (2.13)	5.00	81	
2	4.87 (1.81)	5.00	211	
≥ 3	4.30 (1.77)	4.00	407	
<b>Number of vaginal deliveries</b>				<b>&lt;0.01<sup>a</sup></b>
0	4.86 (1.95)	5.00	337	
1	4.78 (1.77)	4.00	104	
2	4.70 (1.87)	4.00	145	
≥ 3	3.80(1.50)	3.00	163	
<b>Source of menopausal knowledge</b>				<b>&lt;0.01<sup>b</sup></b>
Doctors/Health services	5.00 (1.89)	5.00	332	
Others	4.26 (1.78)	4.00	417	

<sup>a</sup> Kruskal-Wallis test<sup>b</sup> Mann-Whitney test

\* Missing data

**Table 4.** Distribution of women according to menopause knowledge score and some health variables (n=749)

Variable	Menopause knowledge score		n	p <sup>a</sup>
	Mean (SD)	Median		
<b>Smoking history</b>				0.27
Current smoker/ex-smoker	4.56 (1.90)	4.00	328	
Non-smoker	4.61 (1.84)	4.00	421	
<b>Alcohol consumption</b>				<0.01
Yes (currently or in the past)	4.84 (1.90)	4.00	330	
Never	4.38 (1.82)	4.00	419	
<b>Regular physical activity</b>				<0.01
Yes	4.87 (1.81)	5.00	282	
No	4.41 (1.88)	4.00	467	
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>) *</b>				<0.01
< 30.00	4.79 (1.89)	4.00	490	
≥ 30.00	4.39 (1.81)	4.00	206	
<b>Self-perception of health</b>				0.16
Fair/poor/very poor	4.47 (1.82)	4.00	248	
Good/excellent	4.64 (1.88)	4.00	501	
<b>Sexual activity in the past month *</b>				0.02
Yes	4.68 (1.87)	4.00	472	
No	4.41 (1.85)	4.00	273	
<b>Menopause Rating Scale (total score) *</b>				0.01
≤ 8	4.40 (1.82)	4.00	410	
> 8	4.80 (1.91)	4.00	336	
<b>Hot flushes</b>				0.24
Yes	4.70 (1.95)	4.00	310	
No	4.50 (1.80)	4.00	439	
<b>Treatment to counteract menopausal symptoms (currently or in the past)</b>				<0.01
Yes	5.18 (1.83)	5.00	207	
No	4.36 (1.83)	4.00	542	
<b>Vaginal dryness</b>				<0.01
Yes	5.14 (1.86)	5.00	188	
No	4.40 (1.83)	4.00	561	
<b>Depression</b>				<0.01
Yes	4.82 (1.85)	4.00	255	
No	4.46 (1.86)	4.00	494	
<b>Anxiety</b>				<0.01
Yes	5.00 (1.96)	5.00	202	
No	4.43 (1.81)	4.00	547	
<b>Multimorbidities *</b>				0.53
Yes	4.54 (1.81)	4.00	266	
No	4.60 (1.85)	4.00	444	
<b>Urinary leakage</b>				0.61
Yes	4.67 (1.82)	4.00	120	
No	4.57 (1.87)	4.00	629	

<sup>a</sup> Mann-Whitney test

\* Missing data

**Table 5** – Variables associated with menopause knowledge score  
(Multiple analysis - generalized linear model) [n=692]

Variable	Coef.	SE coef.	P
<b>Number of vaginal deliveries (<math>\geq 3</math>)</b>	-0.61	0.14	<0.001
<b>Schooling (&gt;8 years)</b>	0.64	0.15	<0.001
<b>Socioeconomic status (A, B)</b>	0.47	0.14	<0.002
<b>Vaginal dryness</b>	0.47	0.16	0.003
<b>Alcohol consumption (currently or in the past)</b>	0.61	0.22	0.006
<b>Treatment to counteract menopausal symptoms (currently or in the past)</b>	0.41	0.16	0.008
<b>Anxiety</b>	0.35	0.17	0.037
<b>Depression</b>	0.31	0.15	0.043
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	-0.02	0.01	0.046
<b>Constant</b>	4.39	0.35	<0.001

Independent variables: Socioeconomic status (A, B: 1/ C, D: 0); Age (years); Marital status (With partner: 1/ Without partner: 0); Schooling ( $\leq 8$  years: 0/  $> 8$  years: 1); Religion (Roman Catholic: 1/ Other: 0); Skin color (White: 1/ Non-white: 0); Smoking history (Current smoker, ex-smoker: 1/ Non-smoker: 0); Alcohol consumption (currently or in the past: 1/ Never: 0); Physical activity ( $\leq 3$  times a week: 0/  $\geq 4$  times a week: 1); BMI (kg/m<sup>2</sup>); Self-perception of health (Good/excellent: 1/ Other: 0); Menopausal status (Premenopausal: 1/ Perimenopausal, postmenopausal: 0); source of menopausal knowledge (Doctors, health services: 1/ Other: 0); Depression (Yes: 1/ No: 0); Anxiety (Yes: 1/ No: 0); Number of pregnancies ( $< 3$ : 0/  $\geq 3$ : 1); Number of vaginal deliveries ( $< 3$ : 0/  $\geq 3$ : 1); number of caesarean sections ( $< 3$ : 0/  $\geq 3$ : 1); Number of abortions ( $< 2$ : 0/  $\geq 2$ : 1); Current use of contraceptives (Yes: 1/ No: 0); sexual activity in the past month (Yes: 1/ No, refusal: 0); Multimorbidities (Yes ( $\geq 2$ ): 1/ No: 0); MRS – total score ( $\leq 8$ : 0/  $> 8$ : 1); history of gynecological surgery (Yes: 1/ No: 0); Urinary leakage (Yes: 1/ No: 0); Vaginal dryness (Yes: 1/ No: 0); Hot flushes (Yes: 1/ No: 0); Treatment to counteract menopausal symptoms (currently or in the past: 1/ No: 0)

## References

1. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016; 19(2):109-50.
2. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. *Exp Gerontol* 1994; 29(3-4):245-51.
3. Sturdee DW, Hunter MS, Maki PM, Gupta P, Sassarini J, Stevenson JC, Lumsden MA. The menopausal hot flush: a review. *Climacteric* 2017; 20(4):296-305.
4. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017; 24(7):728-753.
5. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol* 2017; 13(4):220-231.
6. Henderson BE, Paganini-Hill A, Ross RK. Decreased mortality in users of estrogen replacement therapy. *Arch Intern Med* 1991; 151(1):75-8.
7. Grady D, Rubin SM, Petitti DB, Fox CS, Black D, Ettinger B, Ernster VL, Cummings SR. Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. *Ann Intern Med* 1992; 117(12):1016-37.
8. [No authors listed]. NHLBI stops trial of estrogen plus progestin due to increased breast cancer risk and lack of overall benefit. *South Med J* 2002; 95(8):795-7.
9. Lazar F Jr, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, Pinto-Neto AM. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative study. *Maturitas* 2007; 56(2):129-41.

10. Ettinger B, Wang SM, Leslie RS, Patel BV, Boultware MJ, Mann ME, McBride M. Evolution of postmenopausal hormone therapy between 2002 and 2009. *Menopause* 2012; 19(6):610-5.
11. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2010. *Obstet Gynecol* 2012; 120(3):595-603.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
13. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele EA. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009; 63(3):246-52.
14. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. [Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil]. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(6):735-42.
15. Lui Filho JF, Baccaro LF, Fernandes T, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto Neto AM. [Factors associated with menopausal symptoms in women from a metropolitan region in Southeastern Brazil: a population-based household survey]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015; 37(4):152-8.
16. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ABEP) [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil 2011. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>.

17. Wender MC, Pompei LM, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) – São Paulo: Leitura Médica, 2014.
18. Jassim GA, Al-Shboul QM. Knowledge of Bahraini women about the menopause and hormone therapy: implications for health-care policy. *Climacteric* 2009; 12(1):38-48.
19. Lewin KJ, Sinclair HK, Bond CM. Women's knowledge of and attitudes towards hormone replacement therapy. *Fam Pract* 2003; 20(2):112-9.
20. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. [Climacteric women seeking medical care, Brazil]. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4):484-90.
21. Castelo-Branco C, Peralta S, Ferrer J, Palacios S, Cornago S, Quereda F. The dilemma of menopause and hormone replacement – a challenge for women and health-care providers: knowledge of menopause and hormone therapy in Spanish menopausal women. *Climacteric* 2006; 9(5):380-7.
22. Lam PM, Leung TN, Haines C, Chung TK. Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-60 years. *Maturitas* 2003; 45(2):99-107.
23. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(3):321-33.

24. Appling SE, Allen JK, Van Zandt S, Olsen S, Brager R, Hallerdin J. Knowledge of menopause and hormone replacement therapy use in low-income urban women. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9(1):57-64.
25. Towers A, Philipp M, Dulin P, Allen J. The "Health Benefits" of Moderate Drinking in Older Adults may be Better Explained by Socioeconomic Status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Dec 7. pii: gbw152. [Epub ahead of print].
26. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016; 9(6):424-441.
27. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Mar 10; (3):CD002229.

## 5. DISCUSSÃO

Os objetivos do presente estudo foram avaliar o que as mulheres com idade entre 45 e 60 anos residentes na Região Metropolitana de Campinas (RMC), entrevistadas entre 2012 e 2013, conheciam sobre a menopausa e quais eram as suas principais fontes de informação a respeito da transição menopausal. Além disso, o estudo procurou avaliar o seu conhecimento sobre a menopausa e a terapia hormonal (TH), bem como verificar os fatores que estavam associados a esse nível de conhecimento.

Inicialmente, foram analisadas as respostas de 749 mulheres à questão “*o que é a menopausa?*” e “*onde ou de quem a senhora obteve informações sobre a menopausa?*”. Quase metade delas mencionou que a menopausa significava o “*término do ciclo menstrual*”, “*ausência de menstruação*” e que também estava relacionada a sintomas físicos como calores e ressecamento. Algumas mulheres possuíam conceitos adequados sobre o assunto, embora parcialmente, e as perspectivas da menopausa eram encaradas negativamente. Seus relatos expressavam que essa era “*a pior fase de suas vidas*”, “*um massacre*”, “*que era muito desagradável*” e que “*era uma coisa horrível*”.

Essa visão encontra correspondente na literatura em várias publicações. Nagahama, Santiago (2005) ressaltaram que o processo de transformação do corpo feminino na menopausa normalmente é interpretado pela medicina com uma linguagem perpassada por vocábulos com conotação negativa como falência, perda, atrofia, entre outros [57].

Conforme Gómez (1999), o principal valor social da mulher, e mesmo a sua identidade, tem sido definido em termos de seu potencial reprodutivo e de atração. Conseqüentemente, muitas mulheres têm dificuldades de aceitar o envelhecimento, sendo a chegada da menopausa o primeiro sinal do término desse potencial procriador, que abre as portas para o desconhecido e para o tempo [58].

Hardy, Alves, Osis (1992) enfatizaram que o climatério muitas vezes é visto como a passagem da capacidade para a incapacidade, o que pode colocar a mulher de meia-idade no terreno social do declínio, do fim de carreira e da marginalidade [59]. Corroborando esta ideia, um estudo de 2010 identificou que as mulheres apresentavam poucas informações sobre esta fase e predominantemente a viam sob muitos aspectos negativos ou desconfortáveis, em razão das manifestações da síndrome climatérica [60].

Os pesquisadores Melby, Lock, Kaufert (2005) também constataram que mulheres com baixa autoestima apresentavam ampla sintomatologia e normalmente tinham atitudes negativas ao encarar a menopausa. Por conta disso, esses fatores podiam inclusive interferir

na sua qualidade de vida, levando a um decréscimo da produtividade no trabalho e a algumas dificuldades nos relacionamentos pessoais e sociais [61].

No modelo biomédico, empregado largamente na assistência à saúde, o paciente é visto como um conjunto de órgãos que pode adoecer e quando, isto ocorre, prevalece uma intervenção isolada, visando tratar e curar o órgão afetado, desvalorizando a globalidade da pessoa [62]. Esse tipo de modelo privilegia uma assistência curativa à saúde [63]. A menopausa, nesse caso, é então entendida como uma patologia e é propagada como um conjunto de manifestações de uma cultura patriarcal dirigida ao controle dos corpos femininos [64]. A busca por essa adequação é à base da medicalização [65].

Por outro lado, o presente estudo apontou que somente 2% das mulheres avaliadas entendiam que essa fase poderia ser positiva. Utilizaram, para expressar isso, termos como uma fase de “amadurecimento”, “uma coisa boa por não menstruar mais”, “liberdade sexual”, “alegria” e “tranquilidade de parar de menstruar”. Trata-se de um baixo percentual de mulheres que têm essa maneira de interpretar a menopausa. Em caso de apresentarem alguns sintomas do climatério, verifica-se que elas reputam que esses sintomas podem fazer parte dessa transição e que devem ser enfrentados como mais uma etapa de suas vidas, como outras que já foram, fazendo a despatologização do período.

Muitas mulheres, porém, possuem alguns sintomas e não procuram ajuda médica por vários motivos, no entanto elas relatam que procuram tratamento e que não gostam de comentar com outras mulheres sobre sua passagem pelo evento da menopausa [66]. Em 2007, cerca de 72 milhões de mulheres no mundo, entre as quais dois milhões de brasileiras, relataram sintomas da menopausa [67]. Entretanto, pesquisas comparativas indicaram que, em algumas sociedades, a ocorrência da menopausa é desconhecida, não havendo sequer um termo para designar tal fase [66].

A menopausa não deve ser considerada um fato universal ou padronizado e sim um conceito particular e relativo, cujas fronteiras e significados dependem do ponto de vista do interlocutor [68,69] e dos lugares específicos em que são produzidos [70]. Algumas pesquisas transculturais sugerem que mulheres orientais quase não descrevem os sintomas do climatério, ao falarem de sua saúde. Não chegam a 20% os relatos, pois elas têm uma expectativa positiva inclusive quanto ao envelhecimento que aos poucos vai se constituindo. Na China, país que valoriza a experiência dos idosos, muitas mulheres nem têm noção de que a menopausa possa se constituir uma problemática [66].

O presente estudo constatou que as mulheres da RMC ainda têm pouco conhecimento qualificado sobre a menopausa, mesmo essa região sendo um polo de pesquisa

relevante, com universidades de reconhecimento internacional atuando na formação da população. A falta de acesso à informação é um dos obstáculos a esse conhecimento, mesmo a informação sendo um direito universal e um dos instrumentos que as pessoas buscam para conquistar uma vida melhor.

Para a questão *onde ou de quem a senhora obteve informações sobre a menopausa*, a amostra sugeriu que amigos, parentes ou conhecidos (44,5%) e médicos ou serviços de saúde (44,3%) praticamente empataram como as fontes de onde as mulheres mais obtiveram informações sobre a menopausa, com uma ligeira vantagem para amigos, parentes ou conhecidos.

Esse resultado leva a pensar que nem sempre essas mulheres têm amigos, parentes ou conhecidos com informações especializadas, à altura de suas dúvidas, que vão se acentuando à medida que não obtêm essas respostas. A maior convivência pode determinar que elas se sintam mais à vontade de fazerem perguntas para pessoas de sua relação, que elas em geral consideram mais experientes em temas como a menopausa.

Um estudo de Valadares e colaboradores (2008) apontou que muitas mulheres não têm coragem de fazer perguntas aos médicos, por acreditarem que esses profissionais podem não ter tempo suficiente ou não terem disposição para esclarecer e discutir as suas dúvidas no decorrer da consulta, deixando-as inseguras, confusas [71]. Já Laznick (2004) sublinhou que, se o médico estiver atento e pronto para ouvir, a paciente abordará as suas aflições [72].

Outro estudo realizado em um hospital universitário, ao avaliar o discurso dos médicos, mostrou que os avaliados falavam que, com a menopausa, a sexualidade da mulher ficaria comprometida, diferentemente do que acontece com o homem [73]. Estes discursos estavam em sintonia com algumas demandas culturais: os médicos por tratar a menopausa como doença e as mulheres por tentarem reproduzir suas explicações [73].

Na prática clínica, a equipe médica tem sido historicamente responsável por oferecer todas as informações consideradas necessárias para a preservação ou a recuperação da saúde e do bem-estar de seus pacientes. Mas é fato que, tanto no hospital como no consultório, o paciente não obtém toda a informação que desejaria. Não há tempo, vontade ou ambos [74]. O profissional muitas vezes fala ou escuta sem sequer olhar seu interlocutor porque aproveita o tempo para escrever a receita ou preencher algum formulário. Mesmo que não perceba, seu discurso costuma ser repleto de tecnicismos [74].

Diversos trabalhos mostram que a maioria das queixas dos pacientes faz referência a dificuldades comunicacionais com o médico, não à sua competência clínica, sugerindo que um bom relacionamento aumenta a sua satisfação e a qualidade do serviço de

saúde, além de influenciar positivamente o estado de saúde do paciente [75,76]. Melhorar a qualidade da informação é, de maneira indireta, melhorar a atenção a essas pessoas [74].

Investigações que avaliaram os efeitos da educação das mulheres quanto às mudanças de atitude diante da menopausa indicaram que elas se sentiram melhor e que a taxa de continuidade do tratamento com hormônios foi maior para as que receberam informações, quando comparadas às que não receberam essas informações [77]. Logo, um conhecimento mais amplo sobre o climatério torna essa mulher mais segura e diminui as crenças negativas em relação à menopausa. No entanto, os temas femininos ainda encontram entraves para serem veiculados nos meios de comunicação da atualidade, mesmo em revistas dirigidas a esse público, o que pode ser explicado pela questão de gênero [42].

No presente estudo, a televisão ou o rádio foram mencionados como fontes importantes de informação por 22% das entrevistadas; as revistas, jornais ou livros por 14%; e a internet por 6,8%. Somados, totalizariam 42,8% das fontes consultadas, ao lado de amigos, parentes e conhecidos, e de médicos ou serviços de saúde. Todavia, os meios de comunicação dificilmente têm oferecido a essas mulheres, de forma sistemática, informações como os benefícios da reposição hormonal, o que vai acontecer com elas em termos de saúde no climatério, quais são os tratamentos para reposição hormonal, quando elas vão parar de menstruar, com quais exames elas precisam ser acompanhadas, o que vai mudar na vida delas e quais são os fatores psicológicos envolvidos no período. Certamente, as mulheres desejariam mais informações a respeito da menopausa através dos meios de comunicação, uma vez que a linguagem jornalística é mais próxima da que elas usam no seu cotidiano.

Amaral (2005), ao realizar um levantamento dos textos jornalísticos sobre saúde publicados em revistas de atualidades no Brasil, revelou que o assunto aparecia na mídia “revista” em quantidades inexpressivas, predominava nos textos de gênero informativo, em geral aparecia como notas e considerava quase exclusivamente os aspectos biomédicos da menopausa, mostrando o pouco destaque que o tema recebia nessas publicações. Logo, esclarecer a menopausa nos textos jornalísticos de forma precisa e frequente pode auxiliar mulheres, e também homens, a compreenderem melhor essa fase [42].

Deveria ser preocupante tanto para o profissional da área da saúde quanto para o jornalista o fato de as mulheres perfazerem mais de 50% da população brasileira e que nos próximos anos uma boa parcela delas estará passando pelo climatério sem informações esclarecedoras e em quantidade para vivenciar essa etapa de transformações sociais e inclusive pessoais. Segundo Freitas, Silva, Silva (2004), o período do climatério ocupa cerca

de um terço da vida da mulher, o que já se constitui razão de sobra para que se reconheça a importância de uma apropriada atenção às mulheres também nessa etapa da vida [78].

No presente estudo, 7% das mulheres relataram não ter nenhuma fonte de informação sobre a menopausa. Este é um percentual significativo, posto que o contexto avaliado fica situado justamente no Estado mais rico do país, em termos econômicos – a região Sudeste. Além disso, a RMC é a segunda maior região do Estado de São Paulo em termos populacionais, com mais de 3,1 milhões de habitantes.

Esse baixo conhecimento sobre a menopausa tem uma relação com a ideia de que a saúde da mulher se limita à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica [79]. Historicamente, a saúde da mulher sempre foi comparada à saúde da mulher-mãe. Enquanto ela exercia esse papel, tinha a preocupação de zelar do seu organismo, para que ele funcionasse bem e se reproduzisse. É possível que, ao perder essa capacidade, quando a menopausa ocorre, a mulher se despreocupe da sua saúde. Com o avançar da idade, esse significado da maternidade vai sendo transferido para a ocupação com a casa, com o marido e com os filhos e netos [80]. O contexto social, o modelo de atendimento médico, a concepção das mulheres sobre o corpo e a menstruação influenciam sobremaneira seus conhecimentos e vivências acerca da menopausa [80].

Muitas mulheres na meia-idade, que estão vivendo exatamente essa etapa da vida, acabam deixando de visitar os postos de saúde e os consultórios de seus ginecologistas por entenderem que não existe mais necessidade, visto que não vão mais engravidar. O ideal seria que buscassem os médicos para vivenciarem melhor este período em que ocorre a diminuição dos seus hormônios e irregularidade menstrual, o fim do período fértil e sintomas biopsicossociais, posto que a menopausa envolve múltiplos fatores.

O climatério pode ser compreendido como uma fase de adaptações viabilizadas por mecanismos de enfrentamento [81]. Elas não ocorrem sem questionamentos e coincidem com outras mudanças na vida da mulher: quando os filhos estão saindo de casa para estudar e trabalhar, com o desgaste do relacionamento do casal, com a aposentadoria. Dessa forma, a quantidade e a intensidade dos sintomas estão relacionadas à qualidade de vida pessoal, afetiva, profissional e com a existência, ou não, de projetos e sonhos futuros.

Outro aspecto a ser considerado é que as mulheres ocupam atualmente um papel destacado no seu grupo familiar. A sua participação protagonista no trabalho para a geração de renda familiar une-se a outras atividades, potencializando sua sobrecarga física e emocional, com consequentes agravos à saúde. Deste modo, é fundamental a adoção de

medidas que visem à busca de uma melhor qualidade de vida antes, durante e depois do climatério [81].

Por envolver um período relativamente longo da vida da mulher, o climatério merece uma atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é, hoje, equivalente ao período de vida reprodutiva [49]. Logo, é importante estudar em que condições as mulheres estão envelhecendo, porque o maior número de doenças leva ao uso de mais medicamentos, amplia a utilização e os gastos dos serviços de saúde, além de comprometer a sua qualidade de vida [49].

Para conhecer melhor o perfil populacional no presente estudo, houve uma caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas. Esta caracterização indicou que a amostragem foi heterogênea e foi composta predominantemente por: mulheres com idade entre 55 e 60 anos (37%), estrato social A e B (53,1%), escolaridade média superior a oito anos cursados (33,4%), trabalho remunerado (51,7%), renda familiar mensal igual ou maior que R\$2.500,00 (59,42%), pessoas casadas ou com união estável (73,16%), cor de pele branca (68,62%) e religião católica (57,14%). Não houve associação do conhecimento sobre a menopausa com variáveis sociodemográficas como idade, trabalho, renda familiar, estado marital, cor de pele e religião.

Foi desenvolvido um escore numérico para mensurar o nível de conhecimento das mulheres entrevistadas sobre a menopausa e terapia hormonal mediante três perguntas: *Quais sintomas da menopausa a senhora conhece? Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa? e Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa?*

Para a questão *quais sintomas da menopausa a senhora conhece?*, ondas de calor, sudorese e suores noturnos foram os sintomas mais mencionados. Esses sintomas físicos foram relatados por 94,5% das mulheres. A seguir, 35,8% referiram sintomas psicológicos como nervosismo, irritabilidade, depressão, tristeza ou ansiedade. Com isso, verificou-se nessa amostra que os sintomas físicos foram os mais prevalentes nesta região.

Já alguns estudos sugeriram que muitos sintomas da menopausa estão relacionados entre si, como os fogachos, os quais podem aumentar a insônia e a irritabilidade, predispondo a mulher à depressão e à redução da libido [82,83]. Os fogachos são os sintomas que mais aparecem relacionados ao climatério e são a principal queixa para a procura por tratamento médico. Alguns trabalhos concluíram que ocorrem em mais de 50% das mulheres na transição para a menopausa e podem persistir por alguns anos na pós-menopausa [84]. A literatura mostra que as ondas de calor, mais comuns em mulheres ocidentais, podem gerar o

efeito dominó, ou seja, de um sintoma principal desencadear outros componentes da síndrome climatérica [85].

As consequências psicológicas associadas à menopausa, de acordo com Valadares e colaboradores (2008), são mais difíceis de serem avaliadas e pesquisadas, quando comparadas com os sintomas físicos, devido ao seu grau de subjetividade e relação com contextos pessoais de vida [71].

Para a questão *quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa?*, 60,2% da amostra não soube responder. Somente 22,4% das mulheres disseram que as com sintomas como fogachos, secura vaginal e outros. Outras mulheres (1,4%) comentaram que nenhuma precisaria tomar. Trata-se de um percentual elevado de mulheres que não soube responder quem devia tomar hormônios e muito provavelmente, embora fugisse ao objetivo deste estudo, muitas delas teriam inclusive indicação para o uso de hormônios, em concordância com a literatura, que sugere benefícios do uso da terapia hormonal para atenuar as ondas de calor e atrofia da mucosa vaginal.

Para a questão *quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa?*, o presente estudo também apontou que 61,3% não souberam dizer e 14,7% relataram que as com câncer de mama ou câncer de endométrio. Mulheres que não sabem se podem tomar hormônios ficam mais suscetíveis a informações inadequadas, por parte dos amigos, parentes ou conhecidos, já que desconhecem o assunto. A terapia hormonal não justifica os riscos que pode trazer em algumas situações como câncer de mama, câncer de endométrio, histórico de tromboembolismo, hepatopatia aguda e/ou grave, cardiopatia grave e sangramento uterino sem causa diagnosticada [86].

Em estudo de Valadares e colaboradores (2008), com 378 mulheres brasileiras natas, de 40 a 65 anos, com 11 anos ou mais de educação formal, avaliaram-se os relatos escritos espontaneamente ao final de um questionário sobre sexualidade, entregue por auxiliares de pesquisa e autorrespondido anonimamente. Algumas mulheres se referiram ao tratamento de reposição hormonal mesclando sentimento de insegurança e de medo. Relataram insegurança do médico em prescrever, ou não, a terapia hormonal [71]. Talvez os médicos não tenham sido treinados no assunto e por isso não explicam essa possibilidade a suas pacientes. No Estado de São Paulo, aproximadamente um quarto dos ginecologistas deixou de prescrever terapia hormonal, e parece existir carência de conhecimento quanto aos riscos e benefícios da TH, tanto dos médicos quanto das mulheres [71].

O escasso conhecimento sobre a TH demonstrado pelas entrevistadas pode dever-se em parte à falta de uma educação em saúde nas unidades básicas de saúde e também à

publicação do estudo WHI em 2002, envolvendo grande polêmica quanto ao uso de TH. Depois dessa publicação, não se falou na mídia que, a despeito do estudo ter sido projetado para mulheres saudáveis, 7,7% tinham doença coronariana prévia. Também a média de idade (63,2 anos) das pacientes estudadas foi acima daquela das habitualmente submetidas a esta terapia, sendo que a idade é um fator de risco para doenças cardiovasculares, e que nesta faixa etária o risco foi considerado moderado. Estas mulheres também tinham outros fatores de risco: 28,5% eram obesas, 4,4% diabéticas, 35,7% hipertensas e, inclusive, 1,6% tinham tido infarto agudo do miocárdio e 1,1% revascularização ou angioplastia coronariana [87]. De igual forma, pouco foi falado na mídia que a TH poderia ser segura, se usada com parcimônia, trazendo benefícios como alívio da sintomatologia vasomotora, da alteração do sono, prevenção e tratamento da osteoporose (e também de fraturas), tratamento da atrofia urogenital e melhora da qualidade de vida [88]. De acordo com Giacomini, Mella (2006), todo médico, antes de prescrever a TH, deve ter um diálogo franco com suas pacientes, informando sobre o significado e as consequências da deprivação estrogênica no climatério e os riscos, benefícios, efeitos colaterais e suas contraindicações [89]. Cada caso deve ser avaliado particularmente sobre as eventuais recomendações ou contraindicações.

Na análise bivariada deste estudo, a escolaridade, o estrato social, a secura vaginal, o costume de tomar bebida alcoólica, o tratamento para a menopausa, a ansiedade e a depressão mostraram associação com o conhecimento sobre a menopausa, o que se confirmou na análise múltipla. Essas variáveis foram independentemente associadas a um maior conhecimento acerca do assunto.

As mulheres de estrato social mais elevado conheciam mais sobre a menopausa. O estrato social foi uma variável que se associou a um maior escore. O mesmo foi observado em relação à escolaridade. Essas são associações esperadas e explicadas provavelmente por uma maior facilidade de acesso à informação qualificada. Associações semelhantes já haviam sido demonstradas por outros estudos em diferentes populações [90-93]. Com isso, as mulheres procuram se informar melhor, são mais conectadas à internet, têm mais acesso a livros, a revistas e a uma ampla rede de informações e contatos. Elas também têm maior acesso a serviços de saúde especializados e a consultórios médicos, onde podem expressar suas dúvidas de um modo mais individualizado e menos conturbado. Logo, o estrato social e a escolaridade são janelas para as mulheres e para a sociedade adquirirem mais conhecimento. Eles estão diretamente relacionados com as oportunidades e com o acesso ao conhecimento e à informação.

As pessoas com menos acesso ao conhecimento sobre a menopausa deveriam receber mais informações no serviço público de saúde. Se essas mulheres fossem abordadas dentro da perspectiva da saúde integral, os profissionais da área da saúde deveriam estar preocupados em conversar com elas sobre climatério, síndrome climatérica, TH e temas correlatos. Só que essa não é a realidade na RMC e nem no Brasil.

No presente estudo, fatores diretamente relacionados à menopausa, como presença de secura vaginal e antecedente de tratamento para sintomas do climatério, também tiveram associação independente com maior escore de conhecimento. Como elas apresentaram sintomas objetivos, devem ter maior interesse sobre o tema e provavelmente estavam expostas a uma maior quantidade de informação, porque iam aos serviços de saúde de modo mais rotineiro ou buscavam ter mais acesso ao conhecimento através de outras fontes. Estudo semelhante já havia demonstrado que mulheres que consultaram um médico ginecologista nos últimos cinco anos e que tinham rastreamento oncológico em dia detinham mais informações sobre menopausa [92].

Já mulheres com ansiedade e depressão apresentaram maior pontuação no escore de conhecimento. Um estudo com mulheres da mesma faixa etária, residindo na mesma região investigada no presente trabalho, identificou que uma maior intensidade de sintomas psicológicos se correlaciona positivamente com maior procura por serviços médicos entre mulheres climatéricas [49], contribuindo para maior informação sobre diversos temas em saúde, entre eles a menopausa e a TH. Talvez essas mulheres procurem mais os médicos e os serviços de saúde pelo fato desses sintomas serem bastante incômodos no seu dia a dia e, por isso, elas desejam mais informações. Alguns pesquisadores verificaram que a maior intensidade dos sintomas psicológicos se associou à maior procura por serviço médico [94].

Possivelmente, quem tem ansiedade e depressão, em geral procura saber se esses sintomas estão, ou não, ligados à menopausa. Isso desencadeia uma série de posturas mais ativas na prospecção de informações. Quando têm dúvidas, essas mulheres vão ao médico e ele lhes fala que esse quadro pode estar associado com o seu período de vida – o climatério. Daí então elas procuram ver o quanto antes como resolver essa situação no âmbito da menopausa. É provável que os sintomas mais desagradáveis então acabem atuando como disparadores para que a mulher veja necessidade de recorrer a um atendimento e buscar novas informações.

Neste estudo, observou-se associação positiva entre consumo social de álcool e maior escore de conhecimento. Hipoteticamente, essa associação não se deve a um efeito benéfico direto do álcool. É possível que as entrevistadas que relataram consumir bebidas

alcoólicas socialmente apresentassem melhor *status* socioeconômico. Um estudo recente que analisou a relação entre consumo de álcool e “benefícios à saúde” em idosos sugeriu que consumidores moderados de álcool mostravam melhores indicadores de saúde e melhor nível socioeconômico que dependentes e não bebedores. Após desenvolverem um controle rigoroso dos indicadores socioeconômicos, os autores vislumbraram uma redução significativa da influência benéfica do álcool à saúde [95]. Além disso, é possível especular que consumidoras sociais de bebidas alcoólicas interagem mais e se socializam mais com outros indivíduos, conversando sobre diversos temas, inclusive sobre a menopausa. Ressalta-se que, conforme as entrevistadas, amigos, parentes ou conhecidos foram a sua principal fonte de informação.

Alguns fatores se associaram a uma menor pontuação no escore de conhecimento. Mulheres com três ou mais partos normais e com maior índice de massa corporal (IMC) demonstraram saber menos sobre a transição menopausal. Possivelmente, na população estudada, mulheres com mais de três filhos apresentassem *status* socioeconômico menos elevado. Também a responsabilidade de cuidar de um maior número de crianças pode ter limitado o tempo de exposição a informações sobre a sua própria saúde. Outra possível explicação é a de que uma mulher com mais filhos encare a menopausa de uma maneira mais fisiológica. Inexistem estudos que tenham identificado associação entre obesidade e conhecimento sobre menopausa. Essa associação negativa no conhecimento possivelmente possua mais de uma explicação. Mulheres com pouca informação podem apresentar maior descontrole de peso, por desconhecerem os riscos que a obesidade traz à saúde. Outra possível explicação é que mulheres obesas apresentam menor autoestima [96] e por isso não procuram serviços médicos especializados, em uma atitude de conformismo. Isso as impediria de ter informações mais qualificadas em saúde, inclusive sobre menopausa e terapia hormonal. Mas esta associação precisa ser melhor investigada em estudos futuros.

No presente estudo, estrato social e escolaridade foram duas variáveis fundamentais na tessitura da investigação. No contexto brasileiro, ambas são extremamente limitantes; e, se elas são limitantes, a alternativa de atendimento poderia ser mesmo o sistema público de saúde. Ocorre que ele não é o maior responsável por todas as informações. Dessa forma, o que seria de se esperar dessa mulher que tem um baixo estrato social e uma baixa escolaridade é que, ao menos quando ela fosse à unidade de saúde, recebesse informações adequadas. Hoje em dia, normalmente é feita educação em saúde para tratar hipertensão, diabetes, pré-natal, puericultura. A menopausa não é um assunto que seja habitualmente abordado, exceto se a mulher perguntar ao médico. Não era para ser assim, porém é como funciona. As mulheres climatéricas frequentemente são negligenciadas no atendimento de

saúde pública, que deveria ser direcionado às suas necessidades de orientação e ao desenvolvimento de um programa de atenção que contemplasse a troca de informações e de experiências vivenciadas, permitindo um maior acesso aos serviços de saúde [60] nos estratos sociais menos favorecidos economicamente.

Por que esse conhecimento não é bom, então? Se escolaridade e estrato social estão associados, se uma boa parte da população tem deficiência na escolaridade em estratos socioeconômicos menos privilegiados, certamente essa população terá menos conhecimento. Na presente pesquisa, 7% da população da RMC não tinha informações sobre a menopausa, o que equivale a 217 mil mulheres – uma população praticamente do tamanho do município de Rio Claro de mulheres sem acesso à informação.

As políticas públicas na área da saúde, como um todo, ainda desconhecem as especificidades da atenção à mulher na meia-idade, sobretudo pelas intensas transformações reforçadas pela menopausa e pelo envelhecimento. Isso, mais o aumento da expectativa de vida dessa população, é agravado pelo surgimento das doenças crônico-degenerativas que, aos poucos, vai tirando a saúde da mulher e a sua qualidade de vida. As dimensões biopsicossociais da meia-idade feminina sinalizam para uma complexidade que necessita do reconhecimento dos gestores de saúde para a formulação de políticas públicas. Este estudo sugere uma lacuna no serviço público para ofertar às mulheres informações adequadas sobre a menopausa e os demais temas que a orbitam.

Ter mais ambulatórios de menopausa com essa concepção no Sistema Único de Saúde (SUS) colaboraria para uma melhor assistência. De outra via, o trabalho conjunto entre médicos e divulgadores na área da saúde poderia diminuir essa distância que ainda se interpõe entre a população mais e a menos esclarecida, redigindo conjuntamente uma estratégia de comunicação para atingir esse público, a começar pelas unidades básicas de saúde. Uma proposta seria a criação de uma cartilha ilustrada sobre mitos e verdades acerca da menopausa, climatério, síndrome climatérica e TH, com distribuição massiva e atualizada. Além disso, o tema menopausa e terapia hormonal deveria voltar a ser abordado e ensinado de maneira balizada tanto para médicos especialistas quanto para generalistas. Só assim eles poderão disseminar conhecimento qualificado para que suas pacientes tenham informações suficientes para participarem na decisão quanto à melhor forma de terapia para os seus sintomas.

## 6. CONCLUSÃO

- Para a maioria das mulheres de meia-idade residentes na RMC, o conceito de menopausa engloba *alterações no ciclo menstrual e nos hormônios* e ocorrência de *alterações físicas* como “calores, ressecamento vaginal e envelhecimento”. Para aproximadamente um quarto das mulheres menopausa significa algum tipo de *alteração psicológica e mudança no humor*. Para uma minoria das mulheres, o conceito de menopausa esteve associado a alguma *alteração da sexualidade*. Aproximadamente uma em cada cinco mulheres não tem ideia do significado da palavra menopausa.
- As principais fontes de informação sobre menopausa são os amigos/parentes/conhecidos (44,5%) e médicos ou serviços de saúde (44,3%). Televisão ou rádio (22,0%), revistas, jornais ou livros (14,0%) e a internet (6,8%) são individualmente fontes secundárias de informação.
- O conhecimento sobre menopausa e terapia hormonal demonstrado pelas entrevistadas foi baixo. Os principais sintomas da menopausa conhecidos foram “ondas de calor, sudorese, suores noturnos” e sintomas relacionados ao aspecto psicológico como “nervosismo, irritabilidade, depressão, tristeza ou ansiedade”. Mais da metade das entrevistadas não soube dizer quais mulheres precisavam tomar hormônios na menopausa e desconhecia quais mulheres não podiam tomar hormônios na menopausa.
- Mulheres com maior escolaridade, de estrato social A/B, com secura vaginal, etilistas sociais, que já fizeram ou fazem tratamento para a menopausa, que apresentam ansiedade e que apresentam depressão mostraram maior conhecimento sobre menopausa e terapia hormonal. Mulheres com três ou mais partos normais e com maior IMC indicaram menor conhecimento sobre a menopausa e terapia hormonal.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Harlow SD, Gass M, Hall JE. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric* 2012; 15:105–14.
2. Lima JV, Angelo M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. *Rev Esc Enferm USP* 2001; 35(4): 399-405.
3. Utian WH. Ovarian function, therapy-oriented definition of menopause and climacteric. *Exp Gerontol* 1994; 29(3-4):245-51.
4. Frackiewicz EJ, Cutler NR. Women's health care during the perimenopause. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 2000; 40(6):800-11.
5. Cabral MMC. Situando a menopausa: tempo, nomenclatura e tipologia. *Revista Interlocuções* 2001; 1(1):65-85.
6. Berlezi EM, Balzan A, Cadore BF, Pillatt AP, Winkelmann ER. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(2): 273-283.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>
8. Radford T. Influencia y poder de los medios de comunicación. In: Pini P, de Semir V, Turney J, Turow J, Wilkie T, Altman LK editors. *Medicina y medios de Comunicación*. Traducción al español de una serie publicada en la revista the Lancet. Barcelona. Fundación Dr. Antonio Esteve; 1997. p. 97-101.
9. Coe GA. Comunicación y promoción de la salud. *Rev Latinoam de Comunicación Chasqui* 1998; 63:26-9.
10. Weston LC, Ruggiero JA. The popular approach to women's health issues: a content analysis of women's magazines in the 1970's. *Women Health* 1986; 10(4):4762.
11. Revuelta G, Alonso I, Tomás S, Guerrero M, Rohlf's I. Género y salud en la prensa diaria. *Gac Sanit* 2004; 18(4):201-206.
12. Aquino EML, Menezes GMS, Amoedo MB. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Rev Saúde Púb* 1992; 26 (3): 195-202.

13. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11:365-73.
14. Kramarae C, Spender D. *Enciclopedia internacional de las mujeres. Edición especial para el ámbito hispanohablante*. Madrid: Síntesis; 2006.
15. Calvo Hernando M. *Manual de Periodismo Científico*. Bosch, Barcelona; 1997.
16. Citelli MT. A reprodução humana na pauta dos jornais brasileiros (1996-2000). In: Oliveira F, Galvao J, Greenhalgh L. *Olhar sobre a mídia*. BH: Mazza Edições, 2002. p.184-213.
17. Souza CL. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2005; 1(2):87-94. Acessado em 28 de novembro de 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000200009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000200009&lng=pt&tlng=pt).
18. Oliveira, Mariella Silva de. Saúde da mulher em revistas semanais brasileiras: conteúdo e qualidade científica. Dissertação [mestrado]. Campinas, Unicamp, 2001. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313657>.
19. Oening Rodrigues, P, Gonçalves Citadin, T, Blazius Golveia Meire da Costa, É, Trautman, SC. Investigação do conhecimento relacionado ao climatério, menopausa e terapia de reposição hormonal de mulheres pertencentes a clubes de mães do município de Tubarão - SC (Brasil). *Pharmacy Practice [Internet]*. 2004; 2(3):172-180. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69020304>.
20. Laznik MC. Dores e delícias da menopausa: o que a feminilidade tem a ver com isso? *Rev Est Fem* 2003; 12:331-46.
21. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol Reflex Crit* 2004; 17:177-87.
22. Trench B, Rosa TEC. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8:207-16.
23. Soares CN, Cohen LS. The perimenopause depressive disorders, and hormonal variability. *São Paulo Med J* 2001; 119:78-83.
24. Hardy E, Alves G, Osis MJD. Sociologia do climatério. In: Pinotti JA, Halbe HW, Hegg R (orgs.). *Menopausa*. São Paulo: Roca; 1995. p. 31-6.

25. Green R, Santoro N. Menopausal symptoms and ethnicity: the Study of Women's Health Across the Nation. *Womens Health (Lond)* 2009; 5(2):127-33.
26. Hinrichsen G, Wernecke KD, Schalinski A, Borde T, David M. Menopausal symptoms in an intercultural context: a comparison between German women, Chinese women and migrant Chinese women using the Menopause Rating Scale (MRS II). *Arch Gynecol Obstet* 2014; 290(5):963-71.
27. Sturdee DW, Hunter MS, Maki PM, Gupta P, Sassarini J, Stevenson JC, Lumsden MA. The menopausal hot flush: a review. *Climacteric* 2017; 20(4):296-305.
28. ACOG Practice Bulletin No. 141: management of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2014; 123(1):202-16.
29. Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016; 19(2):109-50.
30. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2017; 24(7):728-753.
31. Lobo RA. Hormone-replacement therapy: current thinking. *Nat Rev Endocrinol* 2017; 13(4):220-231.
32. [No authors listed]. NHLBI stops trial of estrogen plus progestin due to increased breast cancer risk and lack of overall benefit. *South Med J* 2002; 95(8):795-7.
33. Lazar F Jr, Costa-Paiva L, Morais SS, Pedro AO, Pinto-Neto AM. The attitude of gynecologists in São Paulo, Brazil 3 years after the Women's Health Initiative study. *Maturitas* 2007; 56(2):129-41.
34. Ettinger B, Wang SM, Leslie RS, Patel BV, Boulware MJ, Mann ME, McBride M. Evolution of postmenopausal hormone therapy between 2002 and 2009. *Menopause* 2012; 19(6):610-5.
35. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Cronin KA. A sustained decline in postmenopausal hormone use: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2010. *Obstet Gynecol* 2012; 120(3):595-603.
36. Boardman HM, Hartley L, Eisinga A, Main C, Roqué i Figuls M, Bonfill Cosp X, Gabriel Sanchez R, Knight B. Hormone therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 Mar 10; (3):CD002229.

37. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele EA. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009; 63(3):246-52.
38. Jassim GA, Al-Shboul QM. Knowledge of Bahraini women about the menopause and hormone therapy: implications for health-care policy. *Climacteric* 2009; 12(1):38-48.
39. Lewin KJ, Sinclair HK, Bond CM. Women's knowledge of and attitudes towards hormone replacement therapy. *Fam Pract* 2003; 20(2):112-9.
40. Campana LOC. Conhecimento sobre a menopausa e seu tratamento de acordo com o estado menopausal e estrato social: análise de inquérito populacional domiciliar em mulheres climatéricas do município de Campinas. Dissertação [mestrado]. Campinas, Unicamp, 2001. Disponível em:  
[http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313145/1/Campana\\_LuizOtavioChain\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/313145/1/Campana_LuizOtavioChain_M.pdf).
41. Lafer C. A reconstrução dos direitos humanos. Um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt. São Paulo: Cia. das Letras, 1991. p.35.
42. Amaral ICGA. Abordagem da menopausa em textos jornalísticos veiculados em revistas de atualidades. [Dissertação – Mestrado]. Campinas, Unicamp, 2005. Disponível em:  
[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313183/1/Amaral\\_IsabelCristinaGardenaldeArruda\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/313183/1/Amaral_IsabelCristinaGardenaldeArruda_M.pdf)
43. Amaral ICGA, Pinto-Neto AM, Osis, MJD. Abordagem da menopausa em revistas de atualidades. *Comunicarte* 2009; 28:38.
44. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, Leong-Grotz K, Castro C, Bindman AB. Closing the Loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163(1):83-90.
45. AMA - American Medical Association. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1999; 281(6):552-7.
46. WHO/UNICEF 1978. Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Geneva. Health-for-All Series n° 1. Disponível em: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf). Acessado em 13/12/2017.

47. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde. Governo Federal 2002; p. 53. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acessado em: 13/12/2017
48. Gonçalves R, Merighi MAB. Climatério: novas abordagens para o cuidar. In: Fernandes RAQ, Narchi NZ (orgs). Enfermagem e saúde da mulher. Barueri, SP: Manole, 2007.
49. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E [Climacteric women seeking medical care, Brazil]. Rev Saúde Pú 2002; 36(4):484-90.
50. Lima JV, Angelo M. Vivenciando a inexorabilidade do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. Rev Esc Enferm USP 2001; 35(4):399-405.
51. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LH, Osis MJ, Hardy EE. [Climacteric syndrome: a population-based study in Campinas, SP, Brazil]. Rev Saúde Pú 2003; 37(6):735-42.
52. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (Abep) [Internet]. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2011 [citado 2011 Jun]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>.
53. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes 2003; 1:28.
54. Baber RJ, Panay N, Fenton A. IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climateric 2016; 19(2):109-50.
55. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause 2017; 24(7):728-753.
56. Wender MC, Pompei LM, Fernandes CE. Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa – Associação Brasileira de Climatério (Sobrac) – São Paulo: Leitura Médica, 2014.
57. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Cien Saude Colet 2005; 10(3):651-7.
58. Gómez A. La revolucion de las canas: reflexiones y experiências sobre elenvejecer de lasmujeres. Red de salud de las mujeres latino americanas y del Caribe. Cuad Mujer Salud 1999; 4(1):2-8.

59. Hardy E, Alves G, Osis MJD. Climatério: implicações sociais. *Femina* 1992; 20(4): 313-20.
60. Valença CN, Germano RM. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. *Rev Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar, 2010.
61. Melby MK, Lock M, Kaufert P. Culture and symptom reporting at menopause. *Hum Reprod Update* 2005; 11(5): 495-512.
62. Silva MHT. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(4):13-23.
63. Reis AP. Do corpo sedutor ao corpo invisível: a menopausa em uma perspectiva antropológica [Dissertação de mestrado]. Salvador: Instituto de Saude Coletiva/UFBA; 2000. 226 p.
64. Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saúde Púb* 2006; 22(9):1825-33.
65. Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(20):363-80.
66. Vigeta SM, Bretas AC. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad Saúde Púb* 2004; 20(6): 1682-9.
67. Rozenfeld S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2):437-42.
68. Lock M. *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. Los Angeles: University of California Press. 1993. 439p.
69. Trench B, Santos CG. Menopausa ou menopausas? *Saúde e Sociedade* 2005; 14:91-100.
70. Shapin S. Here and everywhere: sociology of scientific knowledge. *Annual Review of Sociology* 1995; 21:289-321.
71. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Sousa MH, Costa-Paiva L. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54(4):299-394.
72. Laznick MC. O complexo de Jocasta: feminilidade e sexualidade pelo prisma da menopausa. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2003. 291p.

73. Feltrin, RB; Velho, LM. Entre o campo e o laboratório: a dinâmica de produção de conhecimento no Ambulatório de Menopausa do Caism/Unicamp. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2014; 21(4):1283-1300.
74. Tabakman R. A saúde na mídia. São Paulo, Summus Editorial, 2013. p.19.
75. Ley P. Communication with patients: improving satisfaction and compliance. London: Croom Helm, 1988.
76. Caprara A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Cien Saude Colet* 2004; 9(1):139-146.
77. Pinto-Neto AM, Pedro AO, Hardy E, Osis MJD, Costa-Paiva LHS, Martinez EZ. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do município de Campinas, São Paulo. *Cad Saúde Pú* 2002; 18(1):121-7.
78. Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Scientiarum* 2004; 26(1):121-8.
79. Coelho MRS. Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.
80. Costa GMC, Gualda, DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Rev Esc Enferm* 2008; 42(1):81-9.
81. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_atencao\\_mulher\\_climaterio.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf)>.
82. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrichi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med* 2002; 59, p.15-21.
83. Silva MM, Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Navarro PAAS. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiq* 2008; 30:150-154.
84. Nelson HD, Vesco KK, Haney E, Fu R, Nedrow A, Miller J. Nonhormonal therapies for menopausal hot flashes: systematic review and meta-analysis. *Jama* 2006; 295(17):2057-69.
85. Santos-Sá D, Pinto-Neto AM, Conde DM, Pedro AO, Oliveira SCM, Lúcia Costa-Paiva. Fatores associados à intensidade das ondas de calor em mulheres em climatério. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52(6):413-8.

86. Pardini D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2014; 58(2):172-81.
87. Sá MFS, Silva ACJS. Análise crítica de estudos controlados sobre os efeitos da TH em mulheres climatéricas. In: Fernandes CE. *Controvérsias da terapêutica hormonal (TH) na mulher climatérica*. São Paulo: Medcomm, 2004. p.24.
88. Osório-Wender MC, Campos LS. Benefícios definidos da TH. In: Fernandes CE. *Controvérsias da terapêutica hormonal (TH) na mulher climatérica*. São Paulo: Medcomm, 2004. p.43.
89. Giacomini DR, Mella EAC. Reposição hormonal: vantagens e desvantagens. *Semina: Ciências Biológicas e Saúde* 2006; 27(1):71-92.
90. Lam PM, Leung TN, Haines C, Chung TK. Climacteric symptoms and knowledge about hormone replacement therapy among Hong Kong Chinese women aged 40-60 years. *Maturitas* 2003; 45(2):99-107.
91. Appling SE, Allen JK, Van Zandt S, Olsen S, Brager R, Hallerdin J. Knowledge of menopause and hormone replacement therapy use in low-income urban women. *J Womens Health Gend Based Med* 2000; 9(1):57-64.
92. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele EA. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009; 63(3):246-52.
93. Jassim GA, Al-Shboul QM. Knowledge of Bahraini women about the menopause and hormone therapy: implications for health-care policy. *Climacteric* 2009; 12(1):38-48.
94. Boulet MJ, Oddens BJ, Lehert P, Vemer HM, Visser A. Climacteric and menopause in seven Southeast Asian countries. *Maturitas* 1994; 19:157-76.
95. Towers A, Philipp M, Dulin P, Allen J. The "Health Benefits" of Moderate Drinking in Older Adults may be Better Explained by Socioeconomic Status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016 Dec 7. pii: gbw152. [Epub ahead of print].
96. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016; 9(6):424-41.





### Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



#### INQUÉRITO POPULACIONAL SOBRE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA - REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, estamos realizando uma pesquisa sobre climatério e menopausa em mulheres entre 45 e 60 anos residentes na Região Metropolitana de Campinas. A pessoa responsável pela pesquisa é o Dr. Aarão Mendes Pinto Neto, Professor Titular do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo. A sua participação é voluntária e, se aceitar este convite, sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre a senhora e sobre sua saúde. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 40 minutos.

Sua participação e opinião são muito importantes para nosso estudo. A Sra. tem a liberdade de aceitar ou recusar a participar do estudo, bem como a de não responder alguma(s) das perguntas do questionário, se assim desejar.

Asseguramos-lhe que o seu nome não aparecerá no questionário, que receberá apenas um número pelo qual será identificado. De igual modo, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, nunca será mencionado o nome de qualquer pessoa que tiver respondido o questionário.

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa, Dr. Aarão Mendes Pinto Neto ou Dr. Jeffrey Frederico Lui Filho, ligando para o telefone (19) 3521-9306 (contato: Márcia). Também pode contatar a pessoa responsável pela coleta de dados no Cemicamp, Dra. Maria José Duarte Osis, ligando para o telefone (19) 3289-2856. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no telefone (19) 3521-8936. Se aceitar participar da pesquisa, a Sra. receberá uma cópia deste Termo.

A Sra. aceita participar do estudo? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: Dr. Aarão Mendes Pinto Neto

Assinatura do pesquisador: *Aarão*

Nome do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_

## Apêndice 4 - Questionário



INQUÉRITO POPULACIONAL SOBRE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA – REGIÃO  
METROPOLITANA DE CAMPINAS

## QUESTIONÁRIO

Nº Estudo: |\_\_|\_\_|\_\_|

CIDADE: \_\_\_\_\_

SETOR CENSITÁRIO: \_\_\_\_\_

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

=====

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

=====

1ª REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2ª REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

3ª REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

=====

**SEÇÃO 1 – AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

**I.1.1 ENTR. DIGA:** Iniciaremos o questionário com perguntas sobre algumas características da senhora.

1.1 Quantos anos completos a Sra. tem? |\_\_|\_\_| ANOS [ 99 ] RECUSA

1.2 Qual a sua escolaridade?

\_\_\_\_\_ ANO/SÉRIE DO ENSINO \_\_\_\_\_ [ 88 ] NENHUMA [ 99 ] RECUSA

1.3 Atualmente a Sra. é solteira, casada/vive junto, separada/divorciada/desquitada ou viúva?

[ 1 ] SOLTEIRA [ 3 ] SEPARADA/DIVORCIADA/DESQUITADA  
[ 2 ] CASADA/ VIVE JUNTO [ 4 ] VIÚVA [ 9 ] RECUSA

1.4 Qual é a sua religião?

[ 1 ] CATÓLICA ROMANA [ 6 ] JUDAICA/ISRAELITA  
[ 2 ] PROTESTANTE TRADICIONAL (PRESBITERIANA, BATISTA, METODISTA, ETC.) [ 7 ] EVANGÉLICA (CRENTE, ASSEMBLÉIA, CONGREGAÇÃO, UNIVERSAL)  
[ 3 ] ESPÍRITA KARDECISTA [ 10 ] NENHUMA  
[ 4 ] UMBANDA/ CANDOMBLÉ [ 11 ] OUTRAS. Qual? \_\_\_\_\_  
[ 5 ] RELIGIÕES ORIENTAIS (BUDISTA, XINTOÍSTA, HINDU, ETC.) \_\_\_\_\_

1.5 A sua cor ou raça é branca, preta, amarela, parda ou indígena?

[ 1 ] BRANCA [ 4 ] PARDA [ 8 ] NÃO SABE  
[ 2 ] PRETA [ 5 ] INDÍGENA [ 9 ] RECUSA  
[ 3 ] AMARELA [ 6 ] OUTRA.Qual? \_\_\_\_\_

**F.1.1 ENTR.:** ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.3.

[ 1 ] 1.3 = 1, 3, 4, 9 [ 2 ] 1.3 = 2

PASSE A I.2.1

1.6 A senhora já viveu ou vive com um(a) companheiro(a)?

[ 1 ] SIM, JÁ VIVEU [ 2 ] SIM, VIVE [ 3 ] NÃO

PASSE A I.2.1

1.7 Há/Por quanto tempo vive/viveu com esse(a) companheiro(a)?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

---

## SEÇÃO 2 – ASPECTOS GERAIS DE SAÚDE

**I.2.1 ENTR. DIGA:** Agora farei algumas perguntas sobre os seus hábitos de vida.

2.1 A Sra. fuma, já fumou ou nunca fumou?

- [ 1 ] SIM, FUMA                      [ 2 ] SIM, JÁ FUMOU                      [ 3 ] NUNCA FUMOU
- PASSE A 2.3    PASSE A 2.4

2.2 Quantos cigarros fuma por dia?

- |\_\_| |\_\_| CIGARROS                      [ 88 ] NÃO SABE
- PASSE A 2.4    PASSE A 2.4

2.3 Há quanto tempo parou de fumar?

- |\_\_| |\_\_| ANOS E/OU |\_\_| |\_\_| MESES                      [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.4 A senhora costuma tomar bebida alcoólica, já tomou e não toma mais ou nunca tomou?

- [ 1 ] SIM, TOMA                      [ 2 ] SIM, JÁ TOMOU E NÃO TOMA MAIS                      [ 3 ] NUNCA TOMOU
- PASSE A 2.6    PASSE A 2.7

2.5 Com que frequência a senhora costuma beber? (LER TODAS AS ALTERNATIVAS)

- [ 1 ] menos de 1 dia por mês
- [ 2 ] menos de 1 dia por semana
- [ 3 ] 1 a 2 dias por semana
- [ 4 ] 3 a 4 dias por semana
- [ 5 ] 5 a 6 dias por semana
- [ 6 ] todos os dias
- PASSE A 2.7

2.6 Há quanto tempo parou de consumir bebidas alcoólicas?

- |\_\_| |\_\_| ANOS E/OU |\_\_| |\_\_| MESES                      [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.7 A senhora pratica atividade física regularmente?

- [ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO
- PASSE A 2.9

2.8 Com que frequência realiza atividades físicas?

- [ 1 ] OCASIONALMENTE (MENOS DE UMA VEZ POR SEMANA)
- [ 2 ] SEMANALMENTE (UMA VEZ POR SEMANA)
- [ 3 ] 2 A 3 VEZES POR SEMANA

[ 4 ] 4 A 6 VEZES POR SEMANA

[ 5 ] DIARIAMENTE

2.9 Qual é a sua altura? |\_\_|,|\_\_|\_\_| m [ 8 ] NÃO SABE

2.10 Qual é o seu peso? |\_\_|\_\_|\_\_|,|\_\_| Kg [ 8 ] NÃO SABE

**I.2.2 ENTR.:** COM O AUXÍLIO DA FITA MÉTRICA EFETUE A MEDIDA DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL DA ENTREVISTADA E TRANSCREVA NO ITEM 2.11 ABAIXO.

2.11 CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL: |\_\_|\_\_|\_\_| cm

**I.2.3 ENTR. DIGA:** Agora vamos conversar um pouco sobre sua saúde de modo geral.

2.12 A Sra. tem pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.16 PASSE A 2.16

2.13 Há quanto tempo tem pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.14 A Sra. está tomando remédios para a pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica)?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.15 A senhora faz acompanhamento por causa da pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.16 A Sra. tem diabetes (Diabetes mellitus)?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.20 PASSE A 2.20

2.17 Há quanto tempo tem diabetes (Diabetes mellitus)?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.18 A Sra. está tomando remédios para a diabetes (Diabetes mellitus)?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.19 A senhora faz acompanhamento por causa da diabetes (Diabetes mellitus) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.20 A Sra. tem colesterol alto (Dislipidemia)?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO            [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.24            PASSE A 2.24

2.21 Há quanto tempo tem colesterol alto (Dislipidemia)?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES            [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.22 A Sra. está tomando remédios para o colesterol alto (Dislipidemia)?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO

2.23 A senhora faz acompanhamento por causa do colesterol alto (Dislipidemia) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS            [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO            [ 4 ] NÃO FAZ

2.24 A Sra. teve infarto do coração?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO            [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.28            PASSE A 2.28

2.25 Há quanto tempo teve infarto do coração?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES            [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.26 A Sra. está tomando remédios para o infarto do coração?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO

2.27 A senhora faz acompanhamento por causa do infarto do coração com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS            [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO            [ 4 ] NÃO FAZ

2.28 A Sra. teve derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO            [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.32            PASSE A 2.32

2.29 Há quanto tempo teve derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES            [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.30 A Sra. está tomando remédios para o derrame (AVC-Acidente vascular cerebral)?

[ 1 ] SIM            [ 2 ] NÃO

2.31 A senhora faz acompanhamento por causa do derrame (AVC-Acidente vascular cerebral) com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS            [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO                      [ 4 ] NÃO FAZ

2.32 A Sra. tem ou teve trombose venosa profunda?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.36                      PASSE A 2.36

2.33 Há quanto tempo teve ou tem trombose venosa profunda?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES                      [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.34 A Sra. está tomando remédios para a trombose venosa profunda?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

2.35 A senhora faz acompanhamento por causa da trombose venosa profunda com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS                      [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO                      [ 4 ] NÃO FAZ

2.36 A Sra. tem ou teve embolia pulmonar?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.40                      PASSE A 2.40

2.37 Há quanto tempo tem ou teve embolia pulmonar?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES                      [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.38 A Sra. está tomando remédios para a embolia pulmonar?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

2.39 A senhora faz acompanhamento por causa da embolia pulmonar com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS                      [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO                      [ 4 ] NÃO FAZ

2.40 A Sra. tem osteoporose?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.44                      PASSE A 2.44

2.41 Há quanto tempo tem osteoporose?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES                      [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.42 A Sra. está tomando remédios para a osteoporose?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

2.43 A senhora faz acompanhamento por causa da osteoporose com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.44 A Sra. tem ou teve artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.48 PASSE A 2.48

2.45 Há quanto tempo tem ou teve artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.46 A Sra. está tomando remédios para a artrose, artrite ou doenças reumatológicas?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.47 A senhora faz acompanhamento por causa da artrose, artrite ou doenças reumatológicas com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.48 A Sra. tem ou teve asma ou bronquite?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.52 PASSE A 2.52

2.49 Há quanto tempo tem ou teve asma ou bronquite?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.50 A Sra. está tomando remédios para a asma ou bronquite?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.51 A senhora faz acompanhamento por causa da asma ou bronquite com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.52 A Sra. tem ou teve tuberculose?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.56 PASSE A 2.56

2.53 Há quanto tempo tem ou teve tuberculose?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.54 A Sra. está tomando remédios para a tuberculose?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.55 A senhora faz acompanhamento por causa da tuberculose com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.56 A Sra. tem ou teve depressão?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.60 PASSE A 2.60

2.57 Há quanto tempo tem ou teve depressão?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.58 A Sra. está tomando remédios para a depressão?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.59 A senhora faz acompanhamento por causa da depressão com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.60 A Sra. tem ou teve ansiedade?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

PASSE A 2.64 PASSE A 2.64

2.61 Há quanto tempo tem ou teve ansiedade?

|\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES [ 88 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

2.62 A Sra. está tomando remédios para a ansiedade?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

2.63 A senhora faz acompanhamento por causa da ansiedade com um médico do SUS, de um convênio ou particular?

[ 1 ] MÉDICO SUS [ 3 ] MEDICO PARTICULAR

[ 2 ] MÉDICO CONVÊNIO [ 4 ] NÃO FAZ

2.64 A Sra. tem ou teve câncer (tumor maligno)?



[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

PASSE A 3.8

3.3 Sua menstruação é regular ou irregular?

[ 1 ] REGULAR                [ 2 ] IRREGULAR

3.4 Com relação à duração do sangramento/fluxo menstrual, a senhora poderia me dizer:

a) qual o mínimo de dias que dura esse sangramento: |\_\_|\_\_| dias

b) qual o máximo de dias que dura esse sangramento: |\_\_|\_\_| dias

3.5 Com relação ao intervalo entre uma menstruação e outra:

a) qual o menor número de dias entre uma menstruação e outra: |\_\_|\_\_|\_\_| dias

b) qual o maior número de dias entre uma menstruação e outra: |\_\_|\_\_|\_\_| dias

3.6 A senhora considera que o volume de sangramento (quantidade de menstruação) que a senhora tem é pouco, normal ou elevado?

[ 1 ] POUCO                  [ 2 ] NORMAL                  [ 3 ] ELEVADO

3.7 A senhora sente dor durante a menstruação (cólica)?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 3 ] ÀS VEZES

PASSE A 3.12

PASSE A 3.12

PASSE A 3.12

3.8 A senhora parou de menstruar há mais de 1 ano?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 8 ] NÃO LEMBRA

3.9 Que idade a senhora tinha quando parou de menstruar?

|\_\_|\_\_| ANOS                  [ 8 ] NÃO SABE

**F.3.1 ENTR.:** ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.8

[ 1 ] 3.8 = 2

[ 2 ] 3.8 = 1 ou 8

PASSE A 3.12

3.10 No último ano, a sua menstruação se manteve igual ou houve mudanças?

[ 1 ] SE MANTEVE IGUAL      [ 2 ] HOUVE MUDANÇAS

PASSE A 3.12

3.11 O que mudou?

[ 1 ] OS INTERVALOS ENTRE UMA MENSTRUÇÃO E OUTRA FICARAM MAIS LONGOS

[ 2 ] OS INTERVALOS ENTRE UMA MENSTRUÇÃO E OUTRA FICARAM MAIS CURTOS

[ 3 ] O VOLUME DE SANGRAMENTO AUMENTOU

[ 4 ] O VOLUME DE SANGRAMENTO DIMINUIU

[ 5 ] OUTRA MUDANÇA. Qual? \_\_\_\_\_

3.12 A Sra. já usou, usa ou nunca usou método(s) para evitar filho?

[ 1 ] JÁ USOU      [ 2 ] USA      [ 3 ] NUNCA USOU      [ 8 ] NÃO LEMBRA

PASSE A 3.14

PASSE A 3.15

PASSE A 3.15

Qual (is) método(s) para evitar filho:	3.13 está usando atualmente?	3.14 já usou?
a. Pílula (Anticoncepcional Combinado Oral)	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14a	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
b. Minipílula	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14b	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
c. DIU de Cobre	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14c	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
d. DIU Mirena	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14d	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
e. Injetáveis Mensais	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14e	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
f. Injetáveis Trimestrais	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14f	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
g. Condom (camisinha)	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14g	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
h. Laqueadura (cirurgia da mulher)	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14h	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
i. Vasectomia (cirurgia do homem)	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14i	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO
j. Outro. Qual? _____	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO → 3.14j	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

3.15 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUMA

PASSE A 3.20

3.16 Quantos partos foram normais?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUM

3.17 Quantos partos foram cesáreas?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUM

3.18 Quantos abortos teve?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUM

3.19 Quantos filhos vivos biológicos a Sra. tem?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUM

3.20 Quantos filhos vivos adotivos a Sra. tem?      |\_\_|\_\_|      [ 88 ] NENHUM

3.21 Quantos anos a senhora tinha quando teve sua primeira relação sexual?

|\_\_|\_\_| ANOS [ 77 ] NUNCA TEVE [ 88 ] NÃO LEMBRA [ 99 ] RECUSA

PASSE A 3.24

3.22 Desde que começou a ter relação sexual, com quantas pessoas a Sra. já teve relações sexuais?

|\_\_|\_\_| PARCEIROS [ 88 ] NÃO LEMBRA [ 99 ] RECUSA

3.23 No último mês, a Sra. teve relações sexuais?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 9 ] RECUSA

**I.3.2 ENTR. DIGA:** Vamos conversar um pouco sobre cirurgias ginecológicas e de mama.

**I.3.3 ENTR. :** FAÇA A PERGUNTA 3.24, SE A RESPOSTA DADA FOR [ 1 ] SIM, FAÇA A PERGUNTA 3.25. CASO A RESPOSTA NA 3.24 SEJA [ 2 ] NÃO OU [ 8 ] NÃO SABE, PROSSIGA COM A PRÓXIMA LETRA DA PERGUNTA 3.24.

3.24 A Sra. já fez alguma das seguintes cirurgia ginecológicas:	3.25 <b>SE SIM</b> , Há quanto tempo?
a. Laqueadura tubária (cirurgia da mulher)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
b. Retirada do útero (Histerectomia)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
c. Retirada de um ovário (ooforectomia unilateral)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
d. Retirada de dois ovário (ooforectomia bilateral)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
e. Correção de bexiga caída (correção de cistocele)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
f. Plástica de períneo (perineoplastia)? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
g. Cirurgia de mama? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES
h. Outra. [ 1 ] SIM. Qual? _____ [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO SABE	__ __  ANOS E/OU  __ __  MESES

**I.3.4 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar sobre problemas urinários.

3.26 A Sra. está tendo perda de urina?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

PASSE A 3.32

3.27 A Sra. perde urina quando faz:

a) um esforço grande (como subir ladeiras, pegar grandes pesos)

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

b) um esforço médio (tosse, riso, espirro)

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

c) um esforço pequeno (levantar-se, caminhar)

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

d) qualquer tipo de esforço, a todo momento (necessita fraldas, absorventes)

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

3.28 Há quanto tempo a senhora está tendo perda urinária?

[ 1 ] Há menos de um ano

[ 2 ] Entre 1 e 3 anos

[ 3 ] Há mais de 3 anos

3.29 A senhora relaciona o começo da sua perda de urina com:

a) O parto de um dos seus filhos? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

b) Uma cirurgia ginecológica? [ 1 ] SIM. Qual? \_\_\_\_\_

[ 2 ] NÃO

c) Outro evento. [ 1 ] SIM. Qual? \_\_\_\_\_

[ 2 ] NÃO

3.30 Com que frequência você perde urina?

[ 1 ] Uma vez por semana

[ 2 ] Duas ou três vezes por semana

[ 3 ] Uma vez ao dia

[ 4 ] Diversas vezes ao dia

[ 5 ] O tempo todo

3.31 Na sua avaliação, quanto de urina que a Sra. perde:

[ 1 ] Pequena quantidade

[ 2 ] Moderada quantidade

[ 3 ] Grande quantidade

3.32 A Sra. possui urgência miccional (sente vontade e precisa correr para o banheiro)?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

3.33 Quantas vezes necessita levantar-se à noite para ir ao banheiro:

[ 0 ] NENHUMA

[ 1 ] UMA

[ 2 ] DUAS

[ 3 ] TRÊS

[ 4 ] QUATRO OU MAIS

3.34 A Sra. fez cirurgia por causa da perda urinária (incontinência urinária)?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE A 3.36

3.35 Após a cirurgia para perda urinária houve uma melhora completa; uma grande melhora, mas não completa; uma melhora parcial ou nenhuma melhora dos sintomas?

[ 1 ] MELHORA COMPLETA

[ 2 ] GRANDE MELHORA, MAS NÃO COMPLETA

[ 3 ] PARCIAL

[ 4 ] NENHUMA

3.36 A Sra. tem algum tipo de dificuldade para urinar?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE A 3.38

3.37 Que tipo de dificuldade a Sra. tem?

[ 1 ] Dificuldade para iniciar a micção

[ 2 ] Dificuldade para manter a micção após iniciada

[ 3 ] Dificuldade para esvaziar completamente a bexiga

3.38 A Sra. apresenta secreta vaginal no dia-a-dia?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE A 3.40

3.39 Essa secreta vaginal é com coceira e/ou ardência ou é sem coceira e ardência?

[ 1 ] COM COCEIRA E/OU ARDÊNCIA [ 2 ] SEM COCEIRA E ARDÊNCIA

3.40 A Sra. apresenta secreta vaginal durante a relação sexual?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] NÃO ESTÁ TENDO RELAÇÃO SEXUAL

PASSE A 3.43 PASSE A 3.43

**I.3.5 ENTR. :** MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA AZUL) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA A PERGUNTA 3.41.

3.41 O quanto a Sra. acredita que a secreta vaginal afeta a sua qualidade de vida. Por favor, atribua uma nota de 0 a 10, sendo 0 não afeta em nada e 10 afeta muito?

|\_\_| |\_\_| NOTA

3.42 Com quem a Sra. fala sobre a sua secreta vaginal?

- [ 1 ] ginecologista
- [ 2 ] parceiro sexual
- [ 3 ] uma amiga (o)
- [ 4 ] familiar
- [ 5 ] não fala com ninguém

3.43 Com que frequência a Sra. sente dor em pressão ou peso no baixo ventre?

- [ 1 ] Nunca
- [ 2 ] Ocasionalmente/às vezes
- [ 3 ] Na maior parte do tempo
- [ 4 ] O tempo todo

#### SEÇÃO 4 – SINTOMAS DA MENOPAUSA

**I.4.1 ENTR.:** MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA LARANJA) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA A PERGUNTA 4.1 DO ITEM a ATÉ O k.

4.1 Agora eu vou ler uma lista de sintomas e gostaria que a Sra. nos contasse o quanto cada um dos sintomas que citaremos a senhora sente atualmente, dividido em nenhum, pouco intenso, moderado, intenso e muito intenso.

	Nenhum (0)	Pouco Intenso (1)	Moderado (2)	Intenso (3)	Muito Intenso (4)
a. Falta de ar, suores, calores					
b. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, salto nas batidas, batidas mais longas, pressão)					
c. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e acordar cedo)					
d. Estado de ânimo depressivo (sentir-se caída, triste, chorosa, falta de vontade, trocas de humor)					
e. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)					
f. Ansiedade (impaciência, pânico)					
g. Esgotamento físico e mental (queda geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
h. Problemas sexuais (falta de desejo sexual, na atividade e na satisfação)					
i. Problemas de bexiga (dificuldade para urinar, incontinência, urgência)					
j. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência, problemas durante a relação sexual)					
k. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)					

**I.4.2 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar sobre ondas de calor.

4.2 Quantas vezes a Sra. apresenta ondas de calor por dia, em média?

|\_\_| |\_\_| VEZES [ 88 ] NÃO TENHO

PASSE A I.4.3

4.3 Acorda a noite devido às ondas de calor?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ÀS VEZES

4.4 Necessita parar o trabalho ou tarefas devidos às ondas de calor?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ÀS VEZES

4.5 Há perda de rendimento no trabalho ou tarefas devido às ondas de calor?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 3 ] ÀS VEZES

4.6 Necessita interromper relações sexuais devido às ondas de calor?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 3 ] ÀS VEZES

4.7 Interrompe atividades de lazer devido às ondas de calor?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO                      [ 3 ] ÀS VEZES

**I.4.3 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar brevemente sobre redução de cabelos e pêlos corporais atualmente.

4.8 A Sra. notou aumento da queda de seus cabelos?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

4.9 A Sra. notou redução dos pêlos das suas axilas?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

4.10 A Sra. notou redução de pêlos na sua região genital?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

4.11 A Sra. notou redução de pêlos na sua face?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

4.12 A Sra. notou redução de pêlos em outras regiões dos seu corpo?

[ 1 ] SIM                      [ 2 ] NÃO

PASSE A I.5.1

4.13 Em qual(is) região(ões)?

TEXTUAL: \_\_\_\_\_

---

## SEÇÃO 5 – CONHECIMENTO SOBRE A MENOPAUSA

**I.5.1 ENTR. DIGA:** Agora gostaríamos de saber a sua opinião sobre a menopausa. Não existem respostas certas ou erradas e a Sra. não está sendo avaliada, pode responder sem preocupações, de acordo com o que sabe.

5.1 O que é a menopausa?

TEXTUAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

5.2 Quais sintomas da menopausa a Sra. conhece? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- [ 1 ] ONDAS DE CALOR, SUDORESE, SUORES NOTURNOS
- [ 2 ] NERVOSISMO, IRRITABILIDADE, DEPRESSÃO, TRISTEZA OU ANSIEDADE
- [ 3 ] DISTÚRBIOS OU DESEQUILÍBRIOS HORMONAIS
- [ 4 ] ENVELHECIMENTO, PASSAGEM, TRANSFORMAÇÃO OU MUDANÇA
- [ 5 ] NÃO PODER ENGRAVIDAR MAIS
- [ 6 ] OUTROS. Quais? \_\_\_\_\_
- [ 8 ] NÃO SABE

5.3 Quais tipos de tratamento para a menopausa a Sra. conhece? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- [ 1 ] TERAPIA HORMONAL
- [ 2 ] OUTROS.Quais? \_\_\_\_\_
- [ 8 ] NÃO SABE

5.4 Quais mulheres precisam tomar hormônios na menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- [ 1 ] TODAS PRECISAM TOMAR
- [ 2 ] AS COM SINTOMAS (FOGACHOS, SECA VAGINAL, ETC.)
- [ 3 ] AS COM RISCO PARA OSTEOPOROSE
- [ 4 ] AS COM MENOPAUSA PRECOCE (ANTES DOS 40 ANOS)
- [ 5 ] AS QUE NÃO TÊM OVÁRIO OU ÚTERO
- [ 6 ] NENHUMA PRECISA TOMAR
- [ 7 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_
- [ 8 ] NÃO SABE

5.5 Quais mulheres não podem tomar hormônios na menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- [ 1 ] NENHUMA PODE TOMAR
- [ 2 ] AS COM RISCO PARA OSTEOPOROSE

- [ 3 ] AS COM PROBLEMAS CARDÍACOS OU HISTÓRIA DE DERRAME
- [ 4 ] AS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL OU DIABÉTES
- [ 5 ] AS COM MAIS DE 60 ANOS
- [ 6 ] AS QUE NÃO TÊM OVÁRIO OU ÚTERO
- [ 7 ] AS COM CÂNCER DE MAMA OU ENDOMÉTRIO
- [ 10 ] AS COM OUTROS CÂNCERES
- [ 11 ] AS QUE FUMAM
- [ 12 ] AS COM OBESIDADE
- [ 13 ] TODAS PODEM TOMAR
- [ 14 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_
- [ 88 ] NÃO SABE

5.6 Onde ou de quem a Sra. obteve informações sobre a menopausa? (SE NECESSÁRIO, MARQUE MAIS DE UMA OPÇÃO)

- [ 1 ] MÉDICOS OU SERVIÇOS DE SAÚDE
- [ 2 ] REVISTAS, JORNAIS OU LIVROS
- [ 3 ] TELEVISÃO OU RÁDIO
- [ 4 ] INTERNET
- [ 5 ] AMIGOS, PARENTES OU CONHECIDOS
- [ 6 ] REUNIÕES EM IGREJAS OU GRUPOS DE SENHORAS
- [ 7 ] OUTRAS FONTES. Quais? \_\_\_\_\_

---

## SEÇÃO 6 – PROCURA E REALIZAÇÃO DE TRATAMENTOS PARA A MENOPAUSA

**I.6.1 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar um pouco sobre tratamento para menopausa.

6.1 A Sra. faz, fez ou nunca fez tratamento para a menopausa?

- [ 1 ] FAZ                      [ 2 ] FEZ                      [ 3 ] NUNCA FEZ

PASSE A 6.12

**I.6.2 ENTR.:** FAÇA A PERGUNTA 6.2a E SE A RESPOSTA FOR SIM FAÇA AS PERGUNTAS 6.3, 6.4 E 6.5. CASO SEJA NÃO, PASSE PARA O PRÓXIMO ITEM. ASSIM ATÉ O ITEM 6.2k.

6.2 A Sra. fez/faz tratamento para menopausa com:	6.3 Esse tratamento foi indicado por um médico?	6.4 Ainda está fazendo o tratamento?	6.5 O tratamento foi/está sendo satisfatório/funcionou?
---	---	--------------------------------------	---

a. Terapia hormonal? [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
6.2 A Sra. fez/faz tratamento para menopausa com:	6.3 Esse tratamento foi indicado por um médico?	6.4 Ainda está fazendo o tratamento?	6.5 O tratamento foi/está sendo satisfatório/funcionou?
b. Medicamentos antidepressivos [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
c. Exercícios físicos [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
d. Dieta [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
e. Derivados da soja, isoflavona [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
f. Vitaminas ou cálcio [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
g. Acupuntura [ 1 ] SIM	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

[ 2 ] NÃO	[ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 8 ] NÃO LEMBRA
h. Chá de folha de amora [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
i. Técnicas de relaxamento, ioga, meditação [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
j. Cremes vaginais [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA
k. Outros. [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO Quais? _____	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 3 ] ± [ 8 ] NÃO LEMBRA	[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO [ 8 ] NÃO LEMBRA

**F.6.1 ENTR.:** ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 6.2a

[ 1 ] 6.2 a = 1

[ 2 ] 6.2 a ≠ 1

PASSE A 6.11

6.6 Com que idade iniciou a terapia de reposição hormonal? |\_\_| |\_\_| ANOS

6.7 Por que iniciou?

[ 1 ] PARA MELHORA AS ONDAS DE CALOR

[ 2 ] PARA REGULARIZAR OU PARAR A MENSTRUACÃO

[ 3 ] POR SUGESTÃO DO MÉDICO, MESMO ASSINTOMÁTICA

[ 4 ] PARA PREVENIR OSTEOPOROSE

[ 5 ] OUTRO MOTIVO. Qual? \_\_\_\_\_

6.8 Ainda usa terapia de reposição hormonal?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

PASSE A 6.11

6.9 Quanto tempo usou terapia de reposição hormonal? |\_\_|\_\_| ANOS E/OU |\_\_|\_\_| MESES

6.10 Por que parou?

[ 1 ] POR SUGESTÃO DO MÉDICO

[ 2 ] MELHORA DOS SINTOMAS

[ 3 ] NÃO SE SENTIA BEM USANDO, PELOS EFEITOS COLATERAIS

[ 4 ] DIFICULDADE EM CONSEGUIR TOMAR REMÉDIOS

[ 5 ] DIFICULDADE EM CONSEGUIR COMPRAR OU ADQUIRIR NO SERVIÇO PÚBLICO OS REMÉDIOS

[ 6 ] DIFICULDADE DE ADAPTAÇÃO

[ 7 ] PIORA DOS SINTOMAS

[ 10 ] NÃO FAZIAM EFEITO

[ 11 ] OUTRO MOTIVO. Qual? \_\_\_\_\_

6.11 Qual(is) medicamento(s) para tratamento da menopausa utiliza ou utilizou (PEÇA PARA A ENTREVISTADA MOSTRAR OS MEDICAMENTOS E ANOTE OS NOMES):

TEXTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PASSE A I.7.1**

6.12 Por que nunca fez tratamento para a menopausa?

[ 1 ] NÃO SENTIA SINTOMA ALGUM

[ 2 ] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA

[ 3 ] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA

[ 4 ] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM

[ 5 ] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, ERAM SUPORTÁVEIS

[ 6 ] NÃO SENTIA LIBERDADE PARA FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM SEU MÉDICO

[ 7 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO

[ 10 ] NÃO TINHA UM MÉDICO OU SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO OU DISPONÍVEL

[ 11 ] NÃO TEM TEMPO OU TEM MUITO TRABALHO

[ 12 ] OUTRO MOTIVO. Qual? \_\_\_\_\_

[ 88 ] NÃO SABE OU NÃO LEMBRA

---

## SEÇÃO 7 – ASPECTOS DE SEXUALIDADE

**I.7.1 ENTR. DIGA:** Vamos falar agora sobre assuntos mais íntimos. Caso não se sinta a vontade para responder alguma questão, lembre-se que pode deixá-lo de fazer sem problemas.

**I.7.2 ENTR. DIGA:** As perguntas seguintes são sobre atividade sexual. Para ter atividade sexual não é necessário ter um(a) companheiro(a). A atividade sexual compreende a auto-estimulação (masturbação) e/ou as preliminares (ato de excitação com o parceiro) e/ou a penetração. Atualmente muitas mulheres se auto-estimulam (*se masturbam*) como forma de terem “contato íntimo com o próprio corpo” ou de “liberarem energia sexual”. Responda às perguntas com base na sua experiência pessoal.

7.1 No último mês, com que frequência você tem tido qualquer atividade sexual (masturbação, excitação e/ou penetração)?

[ 0 ] NUNCA

[ 1 ] MENOS QUE 1 VEZ POR SEMANA

[ 2 ] 1 A 2 VEZES POR SEMANA

[ 3 ] VÁRIAS VEZES POR SEMANA

[ 4 ] UMA OU 2 VEZES POR DIA

[ 5 ] VÁRIAS VEZES POR DIA

7.2 No último mês, com que frequência você tem tido fantasias e pensamentos sexuais e/ou desejo sexual?

[ 0 ] NUNCA

[ 1 ] MENOS QUE 1 VEZ POR SEMANA

[ 2 ] 1 A 2 VEZES POR SEMANA

[ 3 ] VÁRIAS VEZES POR SEMANA

[ 4 ] UMA OU 2 VEZES POR DIA

[ 5 ] VÁRIAS VEZES POR DIA

**I.7.3 ENTR.:** MOSTRE A ESCALA ANALÓGICA (TIRA ROSA) PARA A ENTREVISTADA E FAÇA OS ITENS DA 7.3 a 7.10.

**I.7.4 ENTR. DIGA:** Pensando no último mês, o quanto você experimentou cada uma das sensações que vou ler a seguir. Quanto maior o número maior a sensação: 1= nada e 6 = ao máximo.

7.3 Durante as atividades sexuais com que frequência você tem se sentido estimulada ou excitada (com a vagina lubrificada/úmida)?	1	2	3	4	5	6
7.4 Quanto de satisfação você tem tido nas atividades sexuais?	1	2	3	4	5	6
7.5 Com que intensidade você tem apresentando orgasmo nas atividades sexuais?	1	2	3	4	5	6

**F.7.1 ENTR.:** ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.23 (pág. 11).

[ 1 ] 3.23 = 1

[ 2 ] 3.23 = 2 ou 9 ou 0

PASSE A 7.9

**I.7.5 ENTR. DIGA:** Pensando no último mês, o quanto você experimentou cada uma das sensações abaixo em relação ao seu/sua parceiro(a). Quanto maior o número, maior o sentimento: 1=nada e 6=máximo

7.6 Quanto você está satisfeita com seu(sua) parceiro(a) como amante?	1	2	3	4	5	6
7.7 Quanto você está apaixonada pelo seu (sua) parceiro(a)?	1	2	3	4	5	6
7.8 Quanto de problemas sexuais tem o seu(sua) parceiro(a)?	1	2	3	4	5	6

7.9 No último mês, você tem tido atividades sexuais com penetração?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE A I.8.1

**I.7.6 ENTR. DIGA:** Pensando no último mês, o quanto você sentiu de dor. Quanto maior o número, maior a dor: 1 = nada e 6 = máximo

7.10 No último mês, durante as atividades sexuais quanto de dor você teve com a penetração?	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

## SEÇÃO 8 - CLASSIFICAÇÃO DE ESTRATO SOCIOECONÔMICO

**I.8.1 ENTR. DIGA:** Para encerrar, gostaríamos de saber um pouco mais de sua vida social, sua família e sua casa.

8.1 A Sra. realiza algum trabalho remunerado?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

8.2 A Sra. tem algum outro rendimento?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

PASSE A 8.4

8.3 Qual(ais) são essas fontes de rendimento?

[ 1 ] BOLSA FAMÍLIA [ 2 ] APOSENTADORIA

[ 3 ] PENSÃO [ 4 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_

8.4 Qual é a sua renda mensal, em Reais?

R\$ \_\_\_\_\_ [ 6 ] NENHUMA [ 8 ] NÃO SABE [ 9 ] RECUSA

8.5 Qual é a renda mensal da sua família, em Reais, incluindo a da senhora?

R\$ \_\_\_\_\_ [ 6 ] NENHUMA [ 8 ] NÃO SABE [ 9 ] RECUSA

8.6 Quantas pessoas, incluindo a senhora, moram na sua casa? | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | PESSOAS

8.7 Quem é o chefe-de-família na sua casa?

[ 1 ] A PRÓPRIA ENTREVISTADA

[ 2 ] OUTRA PESSOA. QUEM? \_\_\_\_\_

**I.8.2 ENTR.:** FAÇA AS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 E ASSINALE AS RESPOSTAS OBTIDAS, PORÉM SÓ PREENCHA O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 APÓS TERMINAR A ENTREVISTA, BEM COMO AS INSTRUÇÕES I.8.4 e I.8.5.

8.8 Qual o último ano de escola que \_\_\_\_\_ (VER 8.7 CHEFE-DE-FAMÍLIA) cursou?

[ 1 ] ANALFABETO/PRIMÁRIO INCOMPLETO/ATÉ 3ª SÉRIE FUNDAMENTAL..... 0 pontos

[ 2 ] PRIMÁRIO COMPLETO/GINASIAL INCOMPLETO/ATÉ 4ª SÉRIE FUNDAMENTAL..... 1 pontos

[ 3 ] GINASIAL COMPLETO/COLEGIAL INCOMPLETO/FUNDAMENTAL COMPLETO..... 2 pontos

[ 4 ] COLEGIAL COMPLETO/ SUPERIOR INCOMPLETO/ENSINO MÉDIO COMPLETO ..... 4 pontos

[ 5 ] SUPERIOR COMPLETO..... 8 pontos

**TOTAL DE PONTOS = \_\_\_\_\_**

8.9 Quantos \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em sua casa?

Item	QUANTIDADE DE ÍTEMS					PONTOS
	Nenhum	1	2	3	4 ou mais	
a) Televisão em cores	0	1	2	3	4	_____
b) Rádio	0	1	2	3	4	_____
c) Banheiro	0	4	5	6	7	_____
d) Automóvel	0	4	7	9	9	_____
e) Empregada mensalista	0	3	4	4	4	_____
g) Máquina de lavar roupas	0	2	2	2	2	_____
h) Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	_____
i) Geladeira	0	4	4	4	4	_____
j) Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2	_____

**TOTAL DE PONTOS = \_\_\_\_\_**

**I.8.4. ENTR.:** VERIFIQUE SE ANOTOU AS RESPOSTAS NAS PERGUNTAS 8.8 E 8.9, FAÇA A REVISÃO DO QUESTIONÁRIO AINDA NA PRESENÇA DA ENTREVISTADA. ENTÃO **ENCERRE A ENTREVISTA.** DEPOIS SOME O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9 E SIGA COM AS INSTRUÇÕES I.8.4 E I.8.5.

**I.8.4. ENTR.:** SOME O TOTAL DE PONTOS DAS PERGUNTAS 8.8 e 8.9.

**TOTAL GERAL DE PONTOS = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ PONTOS**

**I.8.5. ENTR.:** UTILIZANDO O TOTAL DE PONTOS DA I.8.3, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA.

[ 1 ] A1 (42 – 46 PONTOS)                      [ 4 ] B2 (23 – 28 PONTOS)                      [ 6 ] D ( 8 – 13 PONTOS)

[ 2 ] A2 (35 – 41 PONTOS)                      [ 5 ] C1 (18 – 22 PONTOS)                      [ 8 ] E ( 0 – 7 PONTOS)

[ 3 ] B1 (29 – 34 PONTOS)                      [ 6 ] C2 ( 14 – 17 PONTOS)

**FIM DO QUESTIONÁRIO**



## Apêndice 6 - Respostas “outro” questão 1

Somar um ponto a mais no escore (+1) para cada cor diferente

Somático  
 Psicológico  
 Urogenital  
 Libido  
 Peso (distúrbios nutricionais)  
 Irregularidade menstrual

The variables are listed in the following order:

LINE 1: NUMERO Q521 Q522 Q523 Q524 Q525 Q526 Q527 Q528

LINE 2: Q52\_OUT

NUMERO: 1 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento Vaginal, parar de ovular.

NUMERO: 2 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Inibição da relação sexual, ( não sente vontade de ter relação).

NUMERO: 6 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Indisposição, falta apetite sexual.

NUMERO: 7 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Engordam mais.

NUMERO: 12 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Hemorragia, fica sangrando muito e tem que fazer curetagem.

NUMERO: 17 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Fome, vertigem dava em mim.

NUMERO: 18 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de ar.

NUMERO: 19 0 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, TPM constante.

NUMERO: 20 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aumento de peso

NUMERO: 23 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pressão alta, mudança, insônia.

NUMERO: 24 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perda da massa óssea, muscular, falta de vitaminas.

NUMERO: 30 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal

NUMERO: 31 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Queda de cabelos.

NUMERO: 32 1 1 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aumento de peso

NUMERO: 36 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Cansaço

NUMERO: 37 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pele seca e pelos e cabelos que cai.

NUMERO: 38 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Queda de pelos e cabelos e a secura vaginal.  
 NUMERO: 41 1 0 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminui desejo sexual, osteoporose, secura na vagina.  
 NUMERO: 42 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dores de cabeça  
 NUMERO: 43 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Irregularidade no ciclo menstrual.  
 NUMERO: 46 1 1 0 1 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de apetite.  
 NUMERO: 51 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta vontade de relação sexual.  
 NUMERO: 56 1 1 0 1 1 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pele seca, queda de cabelo.  
 NUMERO: 57 1 1 0 1 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de vontade de fazer sexo.  
 NUMERO: 58 1 0 1 1 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pele ressecada.  
 NUMERO: 62 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Inchaço  
 NUMERO: 65 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aceleração do envelhecimento.  
 NUMERO: 66 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ganho de peso, fim da menstruação  
 NUMERO: 67 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura da vagina.  
 NUMERO: 68 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perde a vontade de ter relação sexual.  
 NUMERO: 69 1 0 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento da vagina.  
 NUMERO: 70 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aumentou a circunferencia abdominal depois da menopausa.  
 NUMERO: 71 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Engordar, parar a menstruação.  
 NUMERO: 72 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal.  
 NUMERO: 73 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pressão alta.  
 NUMERO: 75 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Irregularidade menstrual, mais cólicas.  
 NUMERO: 80 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Fraqueza nas pernas, falta de desejo sexual.

NUMERO: 86 1 0 1 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Secura vaginal

NUMERO: 87 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ganhar peso

NUMERO: 96 1 1 1 1 1 1 0 0

Q52\_OUT: Insônia, taquicardia, dificuldades para emagrecer.

NUMERO: 99 1 1 1 1 0 1 0 0

Q52\_OUT: Aumento do colesterol, ressecamento dos olhos.

NUMERO: 101 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Dor no corpo, nas articulações.

NUMERO: 102 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: osteoporose

NUMERO: 104 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Desequilíbrio do sono.

NUMERO: 105 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.

NUMERO: 107 1 0 1 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Perca de desejo sexual, interferência no sono e no humor.

NUMERO: 110 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Mau humor.

NUMERO: 115 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Desregularização da menstruação.

NUMERO: 121 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de rendimento no trabalho.

NUMERO: 122 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Secura vaginal

NUMERO: 127 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ausência do sangramento.

NUMERO: 128 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Taquicardia, aumento de pressão arterial, aumento de peso.

NUMERO: 130 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento da pele, ressecamento vaginal, queda de cabelo.

NUMERO: 132 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Inchaço no estomago, dores musculares, perda de sono.

NUMERO: 134 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, queda de cabelos.

NUMERO: 135 1 0 0 1 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 137 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Menstruação irregular.  
 NUMERO: 141 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perda de sono, secura vaginal, pele mais seca.  
 NUMERO: 142 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Engordar.  
 NUMERO: 146 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de libido.  
 NUMERO: 147 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 150 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição do apetite sexual.  
 NUMERO: 152 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.  
 NUMERO: 155 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Fim da menstruação, queda de cabelos, falta de memória.  
 NUMERO: 158 1 0 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição de hormônios, secura vaginal.  
 NUMERO: 159 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perde um pouco a libido.  
 NUMERO: 164 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 166 1 1 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Impaciência, desânimo.  
 NUMERO: 169 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura da pele e vaginal.  
 NUMERO: 171 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Cansaço, desmotivada, envelhecimento.  
 NUMERO: 172 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Menstruação irregular/ enfraquecimento dos ossos.  
 NUMERO: 180 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 182 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: aceleração do coração, secura vaginal, dores na coluna, osteopelite.  
 NUMERO: 183 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dores de cabeça, queda de cabelo.  
 NUMERO: 186 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dor de cabeça.  
 NUMERO: 187 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, fim da menstruação.  
 NUMERO: 191 1 1 0 0 0 1 0 0

NUMERO: 196 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: falta de desejo.

NUMERO: 198 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de desejo, secura vaginal.

NUMERO: 201 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aceleração do coração e diminuição da menstruação.

NUMERO: 202 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Enfraquecimento dos ossos.

NUMERO: 203 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Calafrios na cabeça ( arrepiamentos).

NUMERO: 206 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Secura vaginal.

NUMERO: 207 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aceleração cardíaca, queda de cabelo.

NUMERO: 208 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Facilidade para pegar doenças.

NUMERO: 216 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 218 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Inchaço.

NUMERO: 220 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 223 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Perda de cálcio e queda de cabelo.

NUMERO: 227 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 228 1 1 1 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Cólicas.

NUMERO: 234 0 1 0 1 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 235 1 0 0 0 1 1 0 0  
Q52\_OUT: Irregularidade menstrual.

NUMERO: 237 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Secura vaginal.

NUMERO: 239 1 0 1 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Baixa da libido.

NUMERO: 247 1 0 1 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Gastura dos ossos.

NUMERO: 248 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.

NUMERO: 251 0 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Preguiça  
 NUMERO: 255 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.

NUMERO: 256 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Queda de cabelo, falta de desejo sexual.

NUMERO: 259 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, osteoporose.

NUMERO: 260 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, insônia.

NUMERO: 267 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dispara o coração, pode dar derrame.

NUMERO: 271 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de ar.

NUMERO: 273 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Quentura nos pés.

NUMERO: 278 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, diminuição da libido.

NUMERO: 279 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Hemorragias.

NUMERO: 281 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 283 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição da lubrificação da vagina, diminuição do  
 calcio, pele mais seca, cabelo fica mais seco.

NUMERO: 286 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Insonia, mudança de humor, ganho de peso, diminuição do  
 desejo sexual.

NUMERO: 290 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Insonia, dores nas juntas.

NUMERO: 292 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Enfraquecimento dos ossos, perda de massa muscular.

NUMERO: 293 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Nauseas, dores nas articulações.

NUMERO: 295 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perda de cabelos, ressecamento vaginal.

NUMERO: 297 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Queda de cabelo.

NUMERO: 298 1 1 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ganho de peso.

NUMERO: 300 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal.

Q52\_OUT: Ganho de peso.  
 NUMERO: 315 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento vaginal, insônia.  
 NUMERO: 316 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Mau humor.  
 NUMERO: 319 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal.  
 NUMERO: 321 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal  
 NUMERO: 322 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Formigamento nas pernas  
 NUMERO: 325 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, hemorragia.  
 NUMERO: 330 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Insônia.  
 NUMERO: 334 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição do desejo sexual  
 NUMERO: 335 1 0 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal  
 NUMERO: 336 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição da vontade de sexo.  
 NUMERO: 341 1 0 0 1 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pele ressecada, cabelo ressecado.  
 NUMERO: 343 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 346 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Pele seca.  
 NUMERO: 348 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, falta desejo sexual.  
 NUMERO: 349 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Fragilidade para doenças  
 NUMERO: 354 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de menstruação.  
 NUMERO: 355 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento de pele, má funcionamento do intestino,  
 alteração de humor.  
 NUMERO: 357 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Tonturas  
 NUMERO: 364 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Desanimo de fazer as coisas de casa.  
 NUMERO: 373 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Excesso de suor, falta de memória  
 NUMERO: 376 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Diminuição desejo sexual.  
 NUMERO: 377 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal  
 NUMERO: 382 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento vaginal, perda de desejo sexual.  
 NUMERO: 383 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual  
 NUMERO: 392 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dores nas articulações.  
 NUMERO: 393 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Cansaço  
 NUMERO: 397 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 398 0 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Insonia  
 NUMERO: 414 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de sono.  
 NUMERO: 415 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 416 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dor no corpo, problemas nos ossos (osteoporose).  
 NUMERO: 418 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Cansaço.  
 NUMERO: 419 1 1 1 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 423 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Alteração da menstruação.  
 NUMERO: 425 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal.  
 NUMERO: 426 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perda de desejo sexual, cansaço.  
 NUMERO: 438 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta da menstruação, perda do desejo sexual.  
 NUMERO: 439 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta da menstruação, formigamento pelo corpo.  
 NUMERO: 442 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Hemorragia  
 NUMERO: 448 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Mal estar.

NUMERO: 453 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Dor de cabeça.

NUMERO: 456 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Perda de cálcio

NUMERO: 457 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aceleração do coração, desmaios, queda de cabelo.

NUMERO: 460 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Perda de cálcio

NUMERO: 461 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Desânimo.

NUMERO: 462 1 0 0 0 1 1 0 0  
Q52\_OUT: Ausência de menstruação

NUMERO: 463 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Cansaço, desânimo, sonolência.

NUMERO: 464 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Sudorese, aumento de pressão.

NUMERO: 465 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aumento de peso

NUMERO: 478 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Secura vaginal, perda da libido.

NUMERO: 482 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aumento de peso corporal.

NUMERO: 485 1 0 1 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aumento de peso.

NUMERO: 487 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Ressecamento vaginal, falta de desejo, ressecamento de pele.

NUMERO: 492 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Desânimo.

NUMERO: 497 0 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Falta de ar, cansaço, desânimo

NUMERO: 499 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Dor de cabeça, mal estar.

NUMERO: 514 1 1 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Aceleração do coração, perda de sono.

NUMERO: 515 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Hemorragia.

NUMERO: 516 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Perda de libido.

NUMERO: 519 1 0 0 0 0 1 0 0  
Q52\_OUT: Insônia, menstruação desregulada.

Q52\_OUT: Ganhou peso.  
 NUMERO: 540 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Desânimo.  
 NUMERO: 544 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Desânimo.  
 NUMERO: 545 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Ressecamento vaginal  
 NUMERO: 549 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, insônia  
 NUMERO: 550 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Canseira.  
 NUMERO: 551 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Perda da vontade sexual.  
 NUMERO: 555 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Secura vaginal, falta de desejo sexual.  
 NUMERO: 557 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Insônia.  
 NUMERO: 559 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aumento do fluxo menstrual.  
 NUMERO: 562 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Queda de pressão, déficit de atenção quando d's as ondas de calor.  
 NUMERO: 563 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Aparece algumas doenças como problemas cardíacos.  
 NUMERO: 564 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Inchaço, sensação que você está engordando.  
 NUMERO: 579 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Calafrios.  
 NUMERO: 584 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dor de cabeça.  
 NUMERO: 585 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Mal estar.  
 NUMERO: 587 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dores de cabeça.  
 NUMERO: 595 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Dores no corpo.  
 NUMERO: 597 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Irregularidade da menstruação.  
 NUMERO: 599 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q52\_OUT: Osteoporose.  
 NUMERO: 614 1 1 0 0 0 1 0 0

NUMERO: 623 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta desejo sexual.

NUMERO: 628 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de desejo sexual, insônia.

NUMERO: 635 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Mal estar.

NUMERO: 636 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Mal estar.

NUMERO: 637 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Engorda.

NUMERO: 640 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Secura vaginal.

NUMERO: 650 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento vaginal, queda de cabelo, falta de vontade de relação sexual.

NUMERO: 665 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Dores de cabeça.

NUMERO: 668 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Insônia, falta de memória.

NUMERO: 669 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de memória.

NUMERO: 670 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ganhar peso.

NUMERO: 671 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Secura vaginal.

NUMERO: 674 1 1 1 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Diminuição da menstruação, libido.

NUMERO: 676 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Mal estar.

NUMERO: 677 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Osteoporose.

NUMERO: 678 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Diminuição do fluxo sanguíneo (menstruação).

NUMERO: 680 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Formigamento nas mãos e pés.

NUMERO: 681 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Insônia, mal estar.

NUMERO: 687 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Não sente mais vontade de sexo.

NUMERO: 688 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Fraqueza no corpo.

NUMERO: 722 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Libido sexual diminui.

NUMERO: 723 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: SEcura vaginal, diminuição da libido sexual, ciclo menstrual desregular.

NUMERO: 725 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Pouco ou muito sangramento.

NUMERO: 727 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.

NUMERO: 730 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Falta de desejo sexual.

NUMERO: 739 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ganha peso.

NUMERO: 742 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Aumento da ansiedade

NUMERO: 743 1 1 1 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Insônia, coceira na pele, ressecamento vaginal, diminuição dos pelos , cardiopatias.

NUMERO: 744 1 0 0 1 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento vaginal e de pele.

NUMERO: 745 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Calafrios.

NUMERO: 746 1 1 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Cansaço.

NUMERO: 748 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Calafrios.

NUMERO: 751 1 0 0 0 0 1 0 0

Q52\_OUT: Ressecamento vaginal.

Number of cases read: 253      Number of cases listed: 253

## Apêndice 7 - Respostas “outro” questões 2 e 3

Em verde → somar um ponto no escore (+1)

Em vermelho → retirar um ponto no escore (-1)

The variables are listed in the following order:

LINE 1: NUMERO Q541 Q542 Q543 Q544 Q545 Q546 Q547 Q548 Q549

LINE 2: Q54\_OUT

NUMERO: 2 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Sente ondas de calor, perca de sono.

NUMERO: 16 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Depende de cada caso, é uma coisa muito pessoal. Eu acho que tem que ser associado. AP: Associado a doenças cardiovasc

NUMERO: 22 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Talvez as depressivas.

NUMERO: 38 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que tem desequilíbrio emocional (psicológico).

NUMERO: 81 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Mulheres estressadas.

NUMERO: 83 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Depressivas, chorosas.

NUMERO: 99 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As mulheres que não tem histórico de câncer na família.  
AP: Todas precisam tomar, se não tiver histórico de câncer na

NUMERO: 116 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que estão com os hormônios mais baixos que o normal.

NUMERO: 124 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que estão com baixa dosagem de hormônios.

NUMERO: 131 1 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que não menstruam mais.

NUMERO: 148 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que perdem o controle da saúde, sexual de viver.  
Então seriam mulheres que ficam sem auto controle perdem a paciência

NUMERO: 161 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Mulheres depois dos 50 anos.

NUMERO: 170 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que apresentam queda de hormônio.

NUMERO: 174 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As que diminuem bastante os hormônios.

NUMERO: 199 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Com nível baixo de hormônios.

NUMERO: 218 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: Quando a mulher não tem problemas de nódulos no seio e pressão alta.

NUMERO: 229 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As com falta de hormônios.  
 NUMERO: 269 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que tem perda de cálcio.  
 NUMERO: 290 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Com problemas de tireoide.  
 NUMERO: 315 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Quem tem baixa hormonal.  
 NUMERO: 316 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Mulheres com número baixo de hormônios.  
 NUMERO: 321 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As com menos hormônios  
 NUMERO: 346 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Mulheres com nível baixo de hormônios.  
 NUMERO: 355 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que não fumam e precisam repor hormônios.  
 NUMERO: 365 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que estão com falta de hormônio quando fazem o exame.  
 NUMERO: 373 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As com falta de hormônios( com quantidade menor do que o ideal).  
 NUMERO: 374 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que ficam estressadas, irritadas com depressão.  
 NUMERO: 387 0 0 0 1 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que não tem desejo sexual.  
 NUMERO: 403 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: A maioria das mulheres  
 NUMERO: 446 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As com problemas na tireóide.  
 NUMERO: 454 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Todas as mulheres a partir dos 40 anos  
 NUMERO: 470 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Não é todas mulher que precisa toma, porque o médico que tem que avaliar cada uma.  
 NUMERO: 491 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Mulheres com nível de hormônios baixo.  
 NUMERO: 558 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que tem falta de estrogênio.  
 NUMERO: 576 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: Mulheres que necessitam de hormênios.  
 NUMERO: 581 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q54\_OUT: As que deixam de menstruar.

Q54\_OUT: As que estiverem com total necessidade de hormônios.

NUMERO: 735 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q54\_OUT: As com falta de hormônios (nível de hormônios baixo).

Number of cases read: 41 Number of cases listed: 41

## List

Em verde → somar um ponto no escore (+1)

Em vermelho → retirar um ponto no escore (-1)

Varizes?

The variables are listed in the following order:

LINE 1: NUMERO Q5501 Q5502 Q5503 Q5504 Q5505 Q5506 Q5507 Q5508 Q5509  
Q5510 Q5511 Q5512 Q5513 Q5514

LINE 2: Q55\_OUT

NUMERO: 18 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: A que tem propensão a câncer.

NUMERO: 19 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: As que não apresentam sintomas.

NUMERO: 20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: As pessoas que na família tiveram quadros de câncer. AP:  
Câncer de mama, útero.

NUMERO: 22 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: As que tem quadro de câncer na família.

NUMERO: 33 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Trombose, quem tem não pode tomar hormônio.

NUMERO: 35 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Que tem trombose na perna

NUMERO: 36 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Com varizes nas pernas.

NUMERO: 38 0 0 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Problemas Vascular.

NUMERO: 44 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Por causa da má circulação (varizes)

NUMERO: 65 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: As com problemas de saúde como por ex. pressão alta.

NUMERO: 102 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: As que não podiam tomar pílula anticoncepcional.

NUMERO: 104 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Com problemas de coração.

NUMERO: 117 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0

Q55\_OUT: Com problemas vasculares.

Q55\_OUT: Rejeição ao anticoncepcional.  
 NUMERO: 140 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Miomas em mulheres com predisposição a ter.  
 NUMERO: 143 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem muito hormônio.  
 NUMERO: 146 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem tendência a ter hemorragias.  
 NUMERO: 147 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Aquelas que não apresentam sintomas, tipo irritabilidade, nervosismo, depressão.  
 NUMERO: 148 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem distúrbios mentais.  
 NUMERO: 156 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Fragilidade Capilar  
 NUMERO: 160 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Quando as mulheres já tem hormônio suficiente.  
 NUMERO: 166 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem varizes.  
 NUMERO: 173 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que apresentam tumores no útero e ovário.  
 NUMERO: 180 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Problemas no figado.  
 NUMERO: 195 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que possuem miomas no útero.  
 NUMERO: 236 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Risco de trombose.  
 NUMERO: 244 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com problemas vasculares, varizes.  
 NUMERO: 247 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que não tem sintomas, (não apresentam nenhum sintoma que indique a menopausa).  
 NUMERO: 255 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Problemas de tiróide.  
 NUMERO: 260 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As com varizes.  
 NUMERO: 268 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem problema vascular.  
 NUMERO: 277 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem problemas de tireoide.  
 NUMERO: 279 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Mulheres depressivas.

NUMERO: 290 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com nódulos nas mamas.

NUMERO: 292 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com problemas de tireoide, com problemas renais.

NUMERO: 339 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem problemas vasculares.

NUMERO: 342 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com histórico de cancer na família.

NUMERO: 355 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Epléticas, com problemas de rim.

NUMERO: 368 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Insuficiência renal.

NUMERO: 404 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Epilepsia

NUMERO: 406 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As com problemas de adaptação com medicamentos.

NUMERO: 416 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com problemas vasculares e cisto no ovário.

NUMERO: 421 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem miomas no útero.

NUMERO: 426 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Problema de circulação sanguínea.

NUMERO: 454 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As com problemas de cisto/ mioma

NUMERO: 456 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que não se adaptam ao medicamento

NUMERO: 480 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As com cistos nos ovários e mamas.

NUMERO: 498 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: As que tem reação alérgica ao medicamento.

NUMERO: 515 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Mulheres com lúpus.

NUMERO: 523 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com cistos no ovários.

NUMERO: 525 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Com falta de adaptação aos hormônios.

NUMERO: 579 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: A maioria das mulheres com problemas na tireóide (muitas vezes já tomam hormônios e os médicos não receitam mais quando

NUMERO: 581 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
 Q55\_OUT: Mulheres que tem emangioma.

NUMERO: 723 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0  
Q55\_OUT: Quem tem miomas no útero.

Number of cases read: 59      Number of cases listed: 59

**Apêndice 8 - Aprovação Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM****Comissão de Pesquisa do DTG / CAISM**

Campinas, 19 de julho de 2011.

**Protocolo n°: 030/2011**

O protocolo de pesquisa "*Estudo populacional domiciliar sobre climatério e menopausa em mulheres da região metropolitana de Campinas*", dos pesquisadores Jeffrey Frederico Lui Filho, Tatiane Fernandes, Adriana Orcesi Pedro Campana, Aarão Mendes Pinto Neto, Lúcia Helena S. C. Paiva, foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM em 19/07/2011.

Atenciosamente,



**PROF. DR. JOSÉ GUILHERME CECATTI**  
Presidente da Comissão de Pesquisa do DTG/CAISM

## Apêndice 9 - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa)

CEP, 20/12/17  
(Grupo III)

**PARECER CEP:** N° 779/2011 (Este n° deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).  
**CAAE:** 0697.0.146.000-11

### I - IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO:** “ESTUDO POPULACIONAL DOMICILIAR SOBRE MENOPAUSA EM MULHERES RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS”.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Lúcia Helena Simões da Costa Paiva

**INSTITUIÇÃO:** CAISM/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 04/08/2011

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 23/08/12 (O formulário encontra-se no *site* acima).

### II – OBJETIVOS.

Avaliar os sintomas climatéricos, os tratamentos, a sexualidade, as doenças associadas e o conhecimento sobre menopausa em mulheres com idade 45 e 60 anos, brasileiras natas, residentes na Região Metropolitana de Campinas e associá-los aos aspectos sócio-demográficos, socioculturais e socioeconômicos.

### III – SUMÁRIO.

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo “corte transversal”, realizado através de inquérito populacional domiciliar com 655 mulheres avaliadas em suas casas, definidas aleatoriamente por sorteio proporcional ao número de habitantes dos municípios, por entrevistadoras treinadas, questionando sobre seus sintomas climatéricos e sexuais, doenças, tratamentos, conhecimentos e motivos para procura aos serviços de saúde. Para o cálculo amostra consideramos uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia do climatério de 70%, com uma diferença máxima desejada entre a proporção amostral e população de 3,5%, e um erro tipo I (alfa) de 0,05. Desse modo, estipulamos o total de 655 mulheres. Será feita análise descritiva univariada dos sintomas climatéricos e sexuais, das doenças associadas e dos tratamentos utilizados, em que a prevalência será estimada e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. Será feita análise bivariada dos sintomas climatéricos e sexuais, doenças associadas, procura de serviço de saúde e dos tratamentos utilizados segundo as características sócio-demográficas, através da razão de prevalência e respectivo IC 95%.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES.

O projeto apresenta-se bem redigido, com metodologia adequada. O processo para obtenção da amostra de mulheres envolverá duas etapas: 1) o percurso (itinerário) dos entrevistadores em cada setor censitário sorteado; e 2) a identificação de mulheres elegíveis em cada domicílio selecionado.

---

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP  
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126  
Caixa Postal 6111  
13083-887 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936  
FAX (019) 3521-7187  
cep@fcm.unicamp.br



Para a organização e registro do percurso em cada setor censitário, as entrevistadoras utilizarão a Ficha de Itinerário. Cada mulher elegível identificada em um dos endereços corresponderá a uma linha na Ficha de Itinerário, a mulher será questionada se aceita participar da pesquisa naquele momento e, nesse caso, o número do questionário aplicado. Se a mulher não estiver em sua residência no momento em que o entrevistador passar, ou não aceitar ser entrevistada naquele momento, será anotado o endereço e número de telefone para posterior contato telefônico, quando a entrevista poderá ser feita, não mais pessoalmente, mas por telefone. Naqueles endereços em que nenhuma pessoa atendeu quando a entrevistadora passou, será feito contato telefônico posterior, com até quatro tentativas, para saber se existem mulheres elegíveis naquele local e, em caso positivo, a entrevista poderá ser feita ou agendada com uma mulher elegível. A checagem poderá ser feita sem violar os aspectos éticos da pesquisa porque, quando a entrevistadora aplicar o questionário, já avisará a mulher entrevistada da possibilidade de um novo contato, através do supervisor, para realizar essa checagem. Em casos especiais em que a entrevistada não esteja disponível no momento para responder ao questionário, mas concordar em participar da pesquisa, poderá ser anotado o número de telefone da mulher para contato e realização da entrevista por este meio em posterior horário marcado em momento mais oportuno para a mesma. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é claro e adequado às recomendações. O orçamento é detalhado e prevê envio para agência de fomento.

#### **V - PARECER DO CEP.**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, bem como todos os anexos incluídos na pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

#### **VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.**

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

[www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/pesquisa)

centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e).

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

#### VII – DATA DA REUNIÃO.

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 23 de agosto de 2011.

  
**Profa. Dra. Renata Maria dos Santos Celeghini**  
COORDENADORA do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP