

LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA

**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**

ORIENTADOR: PROF. DR. AARÃO MENDES PINTO NETO

CO-ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ADRIANA ORCESI PEDRO

**UNICAMP
2001**

LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA

**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 de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Tocoginecologia

ORIENTADOR: PROF. DR. AARÃO MENDES PINTO NETO

CO-ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ADRIANA ORCESI PEDRO

**UNICAMP
2001**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C151c	Campana, Luiz Otávio Chain 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 / Luiz Otávio Chain Campana. Campinas, S.P.: [s.n.], 2001. Orientadores: Aarão Mendes Pinto-Neto, Adriana Orcesi Pedro Tese ou dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Climatério. 2. Fontes de Informação. 3. Aspectos Sociais. 4. Tratamento. I. Aarão Mendes Pinto-Neto. II. Adriana Orcesi Pedro. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.
-------	---

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno: LUIZ OTÁVIO CHAIN CAMPANA

Orientador: Prof. Dr. AARÃO MENDES PINTO NETO

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. ADRIANA ORCESI PEDRO

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 22/02/01

*"Não basta dar anos à vida
e sim, vida aos anos."*

(Katz, 1983)

Dedico este trabalho ...

... aos meus pais Odette e Carlos ...

*... à minha adorada mãe ...
lutando sempre pela união e felicidade da família
com uma força para cuidar de todos, mais do que todos juntos,
modelo de mãe e esposa.*

*... ao meu querido pai ...
que me serviu de estímulo para seguir sua profissão,
médico, professor e emérito,
uma vida inteira dedicada à Medicina
exemplo de caráter, honestidade e persistência.*

... à Adriana , minha linda esposa ...

*à minha especial mulher,
que com seu amor, alegria e entusiasmo me cativa todos os dias.
Iluminada no trabalho e nas atitudes,
foi força importante para a finalização deste estudo
e me traz força diária para querer ser sempre melhor.*

... à minha avó Victória ...

pelo orgulho que sempre teve dos netos.

Agradecimentos

Ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto, exemplo de dedicação à pesquisa e à vida acadêmica, por ter aceito receber-me e apoiar com estímulo o desenvolvimento deste estudo.

Ao meu mestre, Prof. Dr. Mário Dolnikoff, para quem a Tocoginecologia nunca teve segredo; aquele que contagia a todos pela sua maneira de trabalhar; que é sempre lembrado à cada paciente que entra em nossos consultórios; e que nasceu com o dom de ensinar. Obrigado pelo apoio e amizade em todos estes anos da minha profissão.

À Faculdade de Medicina da Fundação do ABC, que me fez médico. E a seus digníssimos professores.

Ao Amparo Maternal / Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), que graças a tantas noites de trabalho árduo, me fizeram médico-tocoginecologista. E também a seus digníssimos professores, representados pelo saudoso Prof. Dr. Domingos Delascio, pai de toda uma geração de tocoginecologistas.

Aos Pesquisadores: Monique Boulet (International Menopause Society - Bélgica), Wulf Utian (North American Menopause Society- Estados Unidos), Myra Hunter (University of London- Reino Unido), Steinar Hunskaar (University of Bergen-Noruega), Ben Moore (County Hospital- Reino Unido), Sumana Chompootweep (Chulalongkorn University – Tailândia), Shahnaz Wasti (Aga Khan University- Paquistão) e Björn Oddens (International Health Foundation – Bélgica) pela inestimável presteza e gentileza em fornecer os questionários utilizados em suas pesquisas, e que serviram de base para o estudo inicial, de onde este foi derivado.

Ao Prof. Dr. Eduardo Lane, pelo exemplo de vida e humildade, por ser o idealizador do Ambulatório de Menopausa da Universidade Estadual de Campinas.

À Profa. Dra. Lúcia Helena Simões da Costa Paiva, Profa. Dra. Edna M. C. Maia e Prof. Dr. José Roberto Erbolato Gabiatti , por terem aceito o convite para participar da Banca Examinadora, o que com certeza muito nos honra e valoriza o nosso trabalho.

À Profa. Dra. Angela M. Bacha e Prof. Dr. Oswaldo da Rocha Grassiotto, pela participação na Banca de Qualificação, com considerações importantes na finalização deste estudo.

Aos brilhantes professores de curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. José Guilherme Cecatti; Profa. Dra. Ellen Hardy; Prof. Dr. Luis Bahamondes; Profa. Dra. Eliana Amaral; Profa. Dra. Denise Norato; Prof. Dr. Juan Díaz; Profa. Dra. Sophie Derchain; e às Professoras Maria José Duarte Osis e Maria Helena de Souza, e à querida Roseli, pela competência.

Aos meus colegas do curso de Pós-Graduação: Drs. Albino Fávaro; Diana B. F. Rakin; Francis A. M. Gomes; Gregório L. Acácio; João D. Hobeika; Maria Gabriela L. D'Ottaviano Morelli; Malcom Montgomery; Rodrigo P. S. Camargo, e Paulo R. Nader, pelo estímulo para lutar pelos mesmos objetivos.

Aos meus colegas do Ambulatório de Assistência à Mulher- CECOM/UNICAMP, Dr. Edson; Dra. Roseli; Dra. Cibele; e Prof. Dr. Silval , pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho. E também a todos os seus funcionários pela colaboração.

Aos queridos amigos Prof. Dr. José Antonio Simões e Dra. Ana R. Simões, por nos terem confiado valores importantes.

Aos amigos da Maternidade de Sumaré: Dr. Hércules Leite do Amaral Jr., Dra. Salete Marilac, Dr. Mauro, Dra. Silvia Jolly, Dr. Paulo Almeida, Dra. Letícia L. Vieira e Dra. Jussara L. Souza, pelo apoio diário.

Ao especial amigo Dr. Wilson Norato pela amizade e confiança em mim depositadas, minha gratidão.

Ao amigo Klésio Divino Palhares, pelo brilhante trabalho, educação e insuspeitável competência. Pessoa de grande valor.

Ao Departamento Médico-Social do Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), pelo brilhante apoio metodológico na realização deste projeto, e a todos os seus funcionários.

À Dra. Kátia Galácio de Medeiros, Dr. Flávio C. Catarozzo e Dr. Jorge Andalaft Neto, pelos anos de trabalho universitário juntos, ensinando futuros médicos. E pelas homenagens recebidas de muitos de seus ex-alunos, hoje médicos, com quem tive o prazer de trabalhar na Universidade de Medicina de Santo Amaro (UNISA).

À Rita de Cássia Sacconi, e a todos os funcionários do C.S. Tancredo Neves, pela colaboração em todos estes anos.

Aos amigos e colaboradores da ASTEC: Sueli Chaves, Cylene Camargo, Maria do Rosário G. R. Zullo, William Alexandre de Oliveira, Néder Piagentini do Prado, Sueli Regina Teixeira e Fernanda A. Fraguas, pelo esforço imensurável, sendo co-responsáveis pela qualidade da apresentação deste trabalho.

Ao Edson Martinez, pela dedicada análise estatística e orientações.

À Margarete Donadon, secretária da Comissão de Pós-Graduação, pela colaboração valiosa em todos os momentos, com brilhante competência.

Às queridas Vera Lúcia, Márcia e Neusa, Ivone e Cristiane, por todo auxílio prestado de forma tão amável.

À Comissão de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas, pelo altíssimo nível e qualidade desta Pós-Graduação.

Ao Departamento de Tocoginecologia de Universidade Estadual de Campinas, pelo apoio prestado. Em especial aos professores: Dr. Bussâmara Neme; Dr. Aníbal Faúndes; Dr. Gustavo A. Souza; Dr. Paulo César Giraldo; Dr. César Cabello dos Santos; Dra. Cristina Laguna; Dr. Belmiro Gonçalves Pereira e à Dra. Giselda Nogueira Ribeiro (In Memoriam) .Exemplos de profissionalismo.

Aos meus amigos da Volkswagen do Brasil, pelos anos de trabalho juntos.

Ao querido José Armando, pela grande amizade.

Aos amigos, colegas, funcionários e pacientes da Clínica Eduardo Lane, pela confiança.

Às mulheres participantes, principais responsáveis pela realização deste estudo. É em benefício delas que se reverte todo o esforço de nossos estudos.

Em especial para:

Meus queridos irmãos: Carlos Alberto, Maria de Fátima, Anna Maria, e Fernando José, pela colaboração e incentivo em todos os momentos.

Aos outros pais que a vida me proporcionou: Margarida e Dr. Farid, por terem me dado a honra de pertencer a essa família.

Às irmãs que ganhei com o casamento: Andréa e Alessandra, e ao sobrinho Luiz Felipe, por compartilharem comigo mais esta etapa.

Este estudo recebeu apoio:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)
Processo: 96/10341-2

Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa (FAEP)
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas
Processo: 008/98

Sumário

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

Índice de Tabelas

Resumo

Summary

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	15
2.1. Objetivo Geral	15
2.2. Objetivos Específicos.....	15
3. Casuística e Métodos.....	16
3.1. Desenho do estudo.....	16
3.2. Tamanho amostral	16
3.3. Seleção dos sujeitos	17
3.3.1. Critérios de inclusão	17
3.3.2. Critérios de exclusão	18
3.3.3. Seleção dos setores censitários	18
3.3.4. Seleção das mulheres em cada setor censitário	19
3.4. Variáveis	21
3.5. Instrumento para coleta de dados.....	23
3.6. Coleta de dados.....	25
3.6.1. Treinamento e seleção das entrevistadoras.....	25
3.6.2. Trabalho de campo.....	26
3.6.3. Controle de qualidade.....	27
3.7. Processamento dos dados.....	28
3.8. Análise dos dados.....	28
3.9. Aspectos Éticos.....	29
3.10. Característica da população estudada.....	30
4. Resultados.....	33
4.1. Conhecimento sobre a menopausa e o climatério.....	34
4.2. Fontes de informação	37
4.3. Questões de saúde que preocupam as mulheres na menopausa e climatério	42
4.4. Tratamento no climatério.....	44
5. Discussão	51
6. Conclusões.....	68
7. Referências Bibliográficas.....	70
8. Bibliografia de Normatizações	82
9. Anexos.....	83
9.1. Anexo 1: Mapa de um Setor Censitário.....	83
9.2. Anexo 2:Ficha de Itinerário	84
9.3. Anexo 3:Check List	85
9.4. Anexo 4:Consentimento Pós-Informação Oral	86
9.5. Anexo 5:Questionário.....	87

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEMICAMP	Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas
DCV	Doença cardiovascular
et al.	E outros, e outras
HC/FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
NS	Não Significativo
NAMS	<i>North American Menopause Society</i>
p	Significância estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

Índice de Tabelas

Tabela 1	Principais características demográficas da população estudada (n=456)	31
Tabela 2	Distribuição percentual das mulheres por idade e estado menopausal (n=456)	33
Tabela 3	Distribuição percentual das mulheres por estrato social e escolaridade (n=456)	34
Tabela 4	Percentual da opinião das mulheres sobre a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)	35
Tabela 5	Percentual da opinião das mulheres sobre a menopausa, segundo o estrato social (n=456)	35
Tabela 6	Distribuição percentual do conhecimento sobre o padrão hormonal após a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)	36
Tabela 7	Distribuição percentual do conhecimento sobre o padrão hormonal após a menopausa, segundo o estrato social (n=456)	36
Tabela 8	Distribuição percentual das fontes de informação sobre a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)	37
Tabela 9	Distribuição percentual das fontes de informação sobre a menopausa, segundo o estrato social (n=456)	38
Tabela 10	Porcentagem de alguns dos aspectos da menopausa citados pelo médico, segundo o estado menopausal (n=456)	39
Tabela 11	Porcentagem de alguns dos aspectos da menopausa citados pelo médico, segundo o estrato social (n=456)	40

Tabela 12	Distribuição percentual sobre o nível de esclarecimento das mulheres em relação às informações médicas, segundo o estado menopausal (n=302)	41
Tabela 13	Distribuição percentual sobre o nível de esclarecimento das mulheres em relação às informações médicas, segundo o estrato social (n=302)	41
Tabela 14	Distribuição percentual dos efeitos mais preocupantes na menopausa, segundo o estado menopausal (n=442)	42
Tabela 15	Distribuição percentual dos efeitos mais preocupantes na menopausa, segundo o estrato social (n=442)	43
Tabela 16	Distribuição percentual sobre o conhecimento do tratamento da menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)	44
Tabela 17	Distribuição percentual sobre o conhecimento do tratamento da menopausa, segundo o estrato social (n=456)	45
Tabela 18	Percentual dos tipos de tratamento citados pelo médico, segundo o estado menopausal (n=186)	46
Tabela 19	Percentual dos tipos de tratamento citados pelo médico, segundo o estrato social (n=186)	46
Tabela 20	Distribuição percentual do uso da TRH, segundo o estado menopausal (n=456)	47
Tabela 21	Distribuição percentual do uso da TRH, segundo o estrato social (n=456)	47
Tabela 22	Percentual das principais razões para o uso de hormônios, segundo estado o menopausal (n=456)	48
Tabela 23	Percentual das principais razões para o uso de hormônios, segundo o estrato social (n=456)	49
Tabela 24	Distribuição percentual dos motivos para suspender a TRH, segundo o estado menopausal (n=84)	50
Tabela 25	Distribuição percentual dos motivos para suspender a TRH, segundo o estrato social (n=84)	50

Resumo

Realizou-se um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, de base populacional, com o objetivo de estudar o conhecimento sobre a menopausa e o seu tratamento, as fontes de informação e questões de saúde que preocupam as mulheres climatéricas, associando-se ao estado menopausal e ao estrato social. Selecionou-se, através de processo de amostragem, 456 mulheres residentes no Município de Campinas, Estado de São Paulo, na faixa etária de 45 a 60 anos de idade, segundo informações obtidas da agência local do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares, com questionários estruturados e pré-testados, fornecidos pela Fundação Internacional de Saúde/Sociedade Internacional de Menopausa e pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa e adaptados pelos autores. A análise dos dados foi realizada através do teste do Qui-quadrado e teste exato de Fisher, com nível de significância estatística menor que 0,05. A maioria das mulheres considerou a menopausa como a parada das menstruações e conseqüente a um declínio na produção hormonal, independentemente do estado menopausal e do estrato social. A principal fonte

de informação sobre o climatério foi oriunda de médicos e serviços de saúde, sendo que a maioria das mulheres sentiu-se satisfeita com as informações recebidas, estando associado a mulheres de melhor nível social. O risco de desenvolvimento da doença cardiovascular e da osteoporose foram as principais preocupações de saúde relatadas pelas mulheres, independente do estado menopausal e estrato social. A terapia de reposição hormonal foi o tratamento mais relatado e de uso corrente em mulheres de melhor nível socioeconômico. Os principais motivos para uso de hormônios foram o alívio dos sintomas do climatério e a melhora na qualidade de vida, independente do estado menopausal e associado a classes sociais mais elevadas. A principal razão para interromper o uso de terapia de reposição hormonal foi a melhora da sintomatologia, independente das variáveis estudadas.

Summary

It was carried out a descriptive, exploratory, cross-sectional, population-based study with the objective to investigate women's knowledge about menopause and its treatment, information sources and define health issues concern to climacteric women, and associate these data with menopausal status and social class. It was selected through area cluster sample, 456 Brazilian women, between 45 to 60 years of age, living in Campinas, São Paulo State, according to data obtained from the Brazilian Institute of Statistics and Geography. The data were collected through home interviews using a structured, pre-tested questionnaires provided by the International Health Foundation/ International Menopause Society and by the North American Menopause Society and adapted by the authors. The statistical analysis were performed through Qui-square test and Fisher's Exact test, with statistic significance level of 0.05. The majority of women considered the menopause as the end of menstrual cycle and attribute this effect to hormonal decline, regardless menopausal status and social class. The main source of women's information on menopause was from physician and health care services, and the majority of women felt satisfied with informations received, and this result was associated with

women of higher social class. Increased risk of cardiovascular disease and osteoporosis were the main health issues concern mentioned by women, regardless menopausal status and social class. Hormone replacement therapy was the most reported treatment and of current use by women of higher social class. The main reasons, reported by women, to take hormones was the menopausal symptoms relief and improvement of quality of life. The most common reason to refrain from hormone replacement therapy were improvement of climacteric symptoms, regardless the studied variables.

1. *Introdução*

A síndrome climatérica, reconhecida como tal desde o início do século XIX, somente começou a ter a sua etiologia esclarecida a partir de 1923, quando pela primeira vez se extraiu e se caracterizou “um hormônio ovariano” (ALLEN & DOISY, 1923). Mas foi através de Sorano de Èfeso (98-138 a.C.) que se conheceu a primeira descrição anatômica do ovário (SPRITZER & REIS 1998).

Definido pela Sociedade Internacional de Menopausa, o climatério representa a transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva. Dentro deste período de tempo ocorre a menopausa, que corresponde à última menstruação fisiológica da mulher (UTIAN, 1997).

Apesar de ser reconhecida há séculos, a menopausa é considerada um fenômeno essencialmente moderno. O envelhecimento da população mundial constitui um processo relativamente recente na história da humanidade (ACEVEDO, 1998), e este crescimento na “população constritiva” (maior número de pessoas com mais idade) é muito bem definido por FRIES e CRAPO como uma “retangularização” da sociedade moderna. Este processo de

transição demográfica ou epidemiológica trouxe um conceito novo: a “expectativa de envelhecer” (FRIES & CRAPO,1990).

No século XVII, 28% das mulheres viviam o suficiente para alcançar a menopausa e somente 5% sobreviviam mais de 75 anos. Atualmente, em países desenvolvidos, 95% das mulheres atingem a menopausa e 50% delas ultrapassam os 75 anos de idade. Em 1990 a população mundial com mais de 50 anos era de aproximadamente 470 milhões de mulheres. A previsão para 2030 é de 1.200 milhões de mulheres. Atualmente 9,23% da população mundial têm mais de 50 anos (ACEVEDO, 1998). Estima-se, hoje em dia, que as mulheres passam ao menos um terço de suas vidas no período de pós-menopausa (YOUNG,1971) .

No Brasil, a expectativa de vida está atualmente ao redor de 68 anos. Em 1940, estava em torno de 45 anos (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). No Estado de São Paulo, aproximadamente 12% da população é constituída de mulheres de 40 anos ou mais (IBGE,1994). Isto implica em um grande número de mulheres na pós-menopausa que necessitam de atenção médica, e uma vez que tomem consciência de seu estado e conheçam que este é susceptível de tratamento, impõem uma maior demanda aos sistemas de saúde (ACEVEDO, 1998).

Eventualmente o climatério pode ser assintomático (UTIAN, 1987). Entretanto, o declínio da atividade folicular ovariana pode caracterizar a síndrome climatérica, cujos sintomas foram classificados por KUPPERMAN (KUPPERMAN

et al., 1953). São eles: ondas de calor; insônia; irritabilidade; parestesias; palpitações; vertigens; fadiga; cefaléia; artralgia e mialgia. A médio prazo o hipoestrogenismo resulta em atrofia urogenital, dispareunia, polaciúria e incontinência urinária (UTIAN,1987; MACLENNAN,1991). Isto contribui para um aumento na incidência de infecções urinárias, vulvovaginites e distopias genitais (UTIAN, 1987; RAZ & STAMM, 1993).

O déficit estrogênico também está associado a maior incidência de doença coronariana, assim como a uma maior taxa de mortalidade por doença cardiovascular (STAMPFER et al. 1991), a um aumento no risco de osteoporose e fraturas osteoporóticas devido a diminuição da densidade mineral óssea nesse período (MUNK-JENSEN et al., 1988). Mais recentemente, alguns estudos correlacionam a deficiência estrogênica ao desenvolvimento da doença de Alzheimer (FILLIT et al., 1986).

No entanto, muitas mulheres ainda se aproximam da menopausa com incertezas e dúvidas sobre o que acontecerá e de como lidar com as alterações que irão ocorrer (HUNTER, BATTERSBY, WHITEHEAD, 1986).

Ainda se debate se a menopausa é somente determinada biologicamente, como resultado direto do declínio da atividade ovariana e que pode ser conduzida com a terapia de reposição hormonal (TRH), ou se é somente uma consequência de fatores socioculturais. Embora a transição da menopausa seja uma experiência universal, o mesmo não se pode afirmar sobre a síndrome do climatério (BOULET et al., 1994; ODDENS, 1994; TANG, 1994), pois existe

uma grande variação na freqüência e intensidade dos sintomas relatados e a queixa principal nem sempre é a mesma. Mulheres submetidas à histerectomia, por exemplo, têm maior freqüência de sintomas em relação às pacientes com menopausa natural, assim como tabagistas e obesas. Também existem evidências que fatores relacionados à dieta, em particular a ingestão de fitoestrogênios naturais, substâncias vegetais não estróides com fraca atividade estrogênica, poderiam explicar a baixa freqüência de fogachos em certas populações asiáticas (ADLERCREUTZ, et al., 1992).

A experiência em relação à menopausa entre as culturas ocidentais e asiáticas apresenta similaridades e diferenças. Estudos em países asiáticos mostram que mulheres chinesas relatam poucos fogachos (TANG, 1994). As japonesas apresentam principalmente cefaléia; rigidez de ombros e dores nas juntas (LOCK, KAUFERT, GILBERT, 1988); mulheres tailandesas e malasianas relatam não procurar médicos devido a queixas neste período (ISMAIL, 1990; SUKWATANA et al., 1991); para as indianas o final da menstruação é considerado como uma forma de libertação pessoal (FLINT & GARCIA, 1979). Conseqüentemente, problemas como a doença cardiovascular e osteoporose não são bem documentados, e nestes países asiáticos os dados epidemiológicos são pouco satisfatórios (DUSITSIN & SNIDVONG, 1993). Entretanto, a prevalência e incidência de fraturas osteoporóticas nestes países é crescente (BOSE, 1996).

Na cultura ocidental, sintomas como ondas de calor, sudorese e secura vaginal são consideradas típicas queixas climatéricas. Sintomas vasomotores

são relatados por mais de 85% destas mulheres (OLDENHAVE et al., 1993). Em culturas asiáticas somente uma minoria das mulheres relata tais sintomas como típicos do climatério (WILBUSH, 1985). LOCK et al. (1988) relataram que somente 9,5% das mulheres japonesas com idade entre 45 e 55 anos apresentaram fogachos e apenas 3,2% apresentaram sudorese noturna, e que ambos os sintomas não foram vistos com importância tanto pelos médicos como pelas próprias pacientes. WILBUSH (1982) citou que a “síndrome climatérica é consequência de um comportamento desordenado da cultura ocidental”.

Enquanto a sociedade ocidental tem uma atitude negativa frente ao envelhecimento em geral e a menopausa em particular, as sociedades asiáticas encaram o aumento da idade e a parada das menstruações como uma recompensa social (KAUFERT, 1982). FLINT & SAMIL, (1990) concluíram que os valores culturais têm influência, portanto, na menopausa em sociedades asiáticas, mas outros fatores como clima, hábitos de dieta e estilo de vida também estão relacionados.

Evidentemente, a visão de que o climatério está resumido somente a sintomas vasomotores ou de que o valor cultural atribuído à menopausa em sociedades asiáticas pode prevenir problemas nesta fase da vida, é limitada. O climatério pode ser crítico para a mulher, qualquer que seja seu contexto cultural, e uma grande variedade de sintomas pode estar presente. Profissionais da saúde devem acompanhar suas pacientes nesta fase, orientá-las em suas queixas,

livrá-las das conseqüências médicas oferecendo formas de proteção (ODDENS, 1994).

A menopausa *per se* não é uma situação patológica, mas suas conseqüências potencialmente o são, e também podem ser atenuadas pela terapia de reposição hormonal, para a mulher usufruir uma melhor qualidade de vida e menor morbimortalidade. O conceito de reposição hormonal foi cunhado por autores que consideram o hipoestrogenismo da pós-menopausa uma condição de deficiência hormonal, como a castração ou hipogonadismo. Para prevenir os efeitos adversos que a carência estrogênica exerce sobre os vários sistemas orgânicos, esses autores recomendam que as mulheres menopausadas recebam estrógenos exógenos com o objetivo de manter ou restabelecer os níveis estrogênicos do menacme (SPRITZER & REIS, 1998).

Introduzida na Alemanha por volta de 1937, a terapia de reposição hormonal cresceu nos Estados Unidos na década de 50 e encontra hoje sua segunda fase de expansão em todo o mundo (SPRITZER & REIS, 1998). Atualmente é consenso que a TRH é eficaz no climatério e entre suas principais vantagens estão a melhora da qualidade de vida devido ao alívio dos sintomas climatéricos vasomotores e urogenitais, a redução do risco da doença cardiovascular e a prevenção da osteoporose e do risco de fraturas patológicas (MACLENNAN, 1991; GRADY et al., 1992ab; LOBO & SPEROFF, 1994; WEHBA, 1994; FERRIANI, 1997).

Dentre as formas de tratamento não hormonal pode-se optar pelo cálcio, pelos bisfosfonados, calcitonina, e mais recentemente tem se optado pelos moduladores seletivos de receptores estrogênicos (SERMS) como o raloxifeno (GENAZZANI & GAMBACCIANI, 1999).

Recomenda-se também no período do climatério a busca de uma melhor qualidade de vida. Exercícios físicos praticados regularmente e com orientação podem combater a obesidade e a hipertensão, resultando em proteção da doença coronariana e da osteoporose por promover o aumento da massa óssea, principalmente quando associada à ação da luz solar e à ingestão adequada de cálcio (FERNANDES & PEREIRA FILHO, 1995).

A literatura médica indexada apresenta vários inquéritos sobre o conhecimento feminino da menopausa e seu tratamento, assim como alguns fatores inter-relacionados como raça e nível educacional. Em 2000, DONN et al., encontraram uma relação estatisticamente significativa entre informação na menopausa com raça e nível educacional, e concluiu que americanas brancas e com curso superior têm mais acesso a informações sobre menopausa que negras americanas sem escolaridade.

Outro estudo (HOLMES-ROVNER et al., 1996) mostrou que americanas negras de baixo nível socioeconômico têm pouca preocupação com a ocorrência de sintomas climatéricos, assim como um pequeno nível de conhecimento em relação à menopausa e seu tratamento, além de subestimarem o risco de doença

cardiovascular ao longo da vida. O estudo concluiu que a informação sobre saúde é pré-requisito importante para estratégias de prevenção nas populações.

Em 1997, realizou-se um levantamento sobre o conhecimento da menopausa entre mulheres de 45 a 60 anos de idade para a *North American Menopause Society* (NAMS). Os resultados mostraram que depressão e irritabilidade estão mais associados com menopausa que as doenças do coração e mal de Alzheimer. Para estas mulheres o alívio dos sintomas climatéricos foi a principal razão para iniciar a reposição hormonal, seguido da proteção contra osteoporose (25%), prevenção da doença cardiovascular (10%), ou para reduzir o risco da doença de Alzheimer (2%). Deste total, 49% receberam informações de profissionais de saúde sobre menopausa (KAUFERT et al., 1998).

No ano seguinte foi realizado um novo inquérito pela NAMS, com mulheres entre 50 e 65 anos de idade, que responderam a questões sobre experiência pessoal a respeito da menopausa. A maioria das mulheres na pós-menopausa encontra-se mais satisfeita do que aos 20 anos (10%); 30 anos (17%); ou do que aos 40 anos (16%); além da melhora na esfera sexual, familiar, pessoal e de relacionamentos; como também adquiriram hábitos mais saudáveis (como parar com o fumo). Interessante notar que um dos fatores de melhora da vida sexual foi a histerectomia, e elas acreditam que podem preparar melhor a atual geração de mulheres jovens para a chegada da menopausa (UTIAN & BOGGS, 1999).

Em 1990 foi realizado no Setor de Ginecologia Endócrina e Climatério do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP), um estudo avaliando os principais parâmetros concernentes ao climatério. Foram estudadas 1.319 pacientes pós-menopausadas, cuja idade variou de 41 a 62 anos. Observou-se que os sintomas vasomotores presentes em 74,6% prevaleceram sobre todos os outros sintomas como queda de cabelos (13,5%), mastalgia (12,0%), cefaléia (10,1%), nervosismo (9,1%) e palpitações (8,7%) (HALBE et al., 1990).

Existem muitos estudos epidemiológicos sobre os efeitos a longo prazo do uso da terapia de reposição hormonal, mas a visão das mulheres sobre esta forma de tratamento raramente é investigada. Em 1988, realizou-se um inquérito postal com 3.117 mulheres inglesas sobre a TRH a longo prazo, em 21 clínicas de menopausa no Reino Unido, constituindo, portanto, um grupo altamente seletivo. Quase 90% delas referiram ter sido beneficiadas com o tratamento. Destas, 41,3% relataram benefícios para os sintomas vasomotores; 27,6% para o bem-estar geral; 15,6% para a depressão e irritabilidade; 12,8% para a esfera sexual e atrofia urogenital. Quanto à primeira fonte de informação sobre a opção de tratamento, 48% delas referiram ter sido através de meios de comunicação e contato pessoal-social; contra 41% de profissionais de saúde. Ainda, 20% delas exerceram pressão em seus médicos para iniciar a terapia. Esses dados mostram que os profissionais de saúde têm um papel-chave no manejo de pacientes com sintomas menopausais (HUNT, 1988).

A fim de comparar o uso da TRH, tratamento não-hormonal e uso de tranqüilizantes foi conduzido um estudo com 300 mulheres acima de 40 anos na França, Reino Unido, Alemanha Ocidental e Itália. A proporção de usuárias de TRH variou de 3% na Itália para 25% na Alemanha. As formas de tratamento não hormonal variaram de 2% a 13% e o uso de tranqüilizantes de 5% a 28%. O uso de ambas as terapias (hormonal e não-hormonal) foi relatado na perimenopausa e a TRH em pacientes com nível superior. O uso de tranqüilizantes predominou na pós-menopausa e entre mulheres com menor nível educacional. Após o controle das variáveis confundidoras do efeito da menopausa: nível educacional, emprego remunerado e estado civil, concluiu-se que as taxas de uso da TRH têm uma variação estatisticamente significativa entre estes países, mostrando a diferença cultural existente para prescrição e uso da TRH (ODDENS et al.,1992).

Porém, quando se realizou um levantamento na literatura especializada indexada a respeito do conhecimento da menopausa e sua abordagem terapêutica, observou-se que estavam em sua maioria relacionados ao nível socioeconômico da população estudada como ao período da menopausa na qual estas pacientes se encontravam (ODDENS et al., 1992; BLUMEL et al., 1994; AVIS, CRAWFORD, McKINGALAY, 1997; GARAMSZEGI et al., 1998; CHIAFFARINO et al., 1999; TOPO et al., 1999; UTIAN & BOGGS 1999; VIHTAMAKI, SAVILAHTI, TUIMALA, 1999; SOGAARD et al., 2000)

Diante do exposto, algumas considerações devem ser feitas. Como já foi dito, o envelhecimento da população mundial implica em um aumento do número de mulheres na pós-menopausa. Mas se questiona se são conhecidas as conseqüências desta longevidade. A experiência do envelhecimento é um fenômeno encontrado exclusivamente no gênero humano (CAMPOS, 1998). LEWIS (1999) ainda propõe que a transmissão dos conhecimentos através das gerações seja um dos fatores responsáveis pela extensão da longevidade humana. Na mulher, este período é acompanhado de menor nível estrogênico em relação ao menacme, fato que traz claras implicações na saúde e na conduta clínica destas pacientes. As conseqüências deste hipoestrogenismo podem trazer grande impacto para a saúde pública. Assim como doenças cardiovasculares, que ainda representam a principal causa de morbiletalidade tanto para mulheres quanto para homens nos países desenvolvidos (MELO, 1998), a osteoporose também constitui um grande problema nos dias atuais. Somente nos Estados Unidos, por exemplo, afeta mais de 25 milhões de pessoas, predispondo a mais de 1,3 milhões de fraturas ao ano, com um custo estimado de 10 bilhões de dólares. No Brasil, os gastos estimados ao ano são de 630 milhões de reais com osteoporose (FERNANDES, 1999b).

HALBE (1999) correlacionou muito bem os termos saúde, estilo de vida e qualidade de vida como atributos que dizem respeito às pessoas como um todo e têm a máxima aplicação no climatério. Ao número de anos presumidos desde o nascimento denomina-se expectativa de vida, e esta vem se

aproximando da “extensão da vida”, que tem um limite biológico peculiar a cada espécie (BOSSEMAYER, 1998). A essa crescente expectativa de vida associa-se uma crescente qualidade de vida; uma preocupação em “viver melhor” e não somente “viver mais”.

Esta é a meta de assistência multidisciplinar à mulher climatérica: oferecer-lhe melhor qualidade de vida. Ou, segundo KATZ et al. (1983), maximizar a “expectativa de vida ativa”, a duração do bem-estar funcional, a manutenção de sua independência nas atividades da vida diária.

De acordo com estas informações, torna-se essencial identificar o grau de conhecimento das mulheres em relação à menopausa e ao climatério, suas implicações em termos de saúde individual e geral, seus sintomas e possíveis formas de abordagem. É necessário definir de que forma as informações sobre menopausa chegam à paciente e de que forma elas se conduzem neste período. É importante saber se estas pacientes procuram um serviço médico; quando e porquê. Se solicitam orientações ou mesmo tratamento especializado. Quanto aos médicos, devem ter conhecimento destes fatos além das implicações biológicas, fisiopatológicas e sociais do climatério. Cabe-lhes como consequência, educar tanto na saúde como na doença, identificar pacientes carentes de assistência, discutir, orientar e motivar a conduta ou tratamento que se fizer necessário. Uma nova postura de hábitos e atitudes deve ser adotada. Saúde, estilo de vida e qualidade de vida devem ser sempre promovidos.

Existem poucos dados sobre essas questões em populações latino-americanas, que diferem em estilo de vida e hábitos reprodutivos de populações de países desenvolvidos. Acredita-se que conhecendo melhor a visão da mulher sobre a menopausa e seu tratamento, suas fontes de informação e as questões de saúde que mais a preocupam, os serviços e os profissionais de saúde terão condições de estar melhor capacitados para responder às necessidades dessas mulheres, e através da orientação adequada, quer através do apoio psicológico, quer através das alternativas diagnósticas e terapêuticas indicadas em diferentes situações.

As informações oriundas deste estudo poderão servir como um estímulo aos provedores de saúde para dirigir recursos na área de informação às mulheres e formação de serviços para assistência ao climatério, dirigido para a realidade da mulher brasileira, na tentativa de corresponder às suas expectativas e necessidades. Sem dúvida, este tema é de grande interesse também em nível nacional, pois não foi encontrado nenhum estudo similar indexado, publicado, realizado na população brasileira ou sul-americana.

Acredita-se que estes fatos justifiquem a realização deste estudo, pois o Brasil é um país em desenvolvimento, que busca não só uma identidade sociocultural, mas, sobretudo, uma identidade racial e intelectual. Deste modo, não se deve continuar utilizando dados obtidos de estudos realizados em populações extremamente distintas, principalmente em tema que envolve aspectos socioeconômicos e culturais como o climatério.

2. *Objetivos*

2.1. **Objetivo Geral**

Avaliar o conhecimento sobre a menopausa, suas fontes de informação e o uso de terapia de reposição hormonal em mulheres climatéricas, residentes no Município de Campinas.

2.2. **Objetivos Específicos**

1. Determinar o conhecimento sobre a menopausa e o climatério em mulheres entre 45 e 60 anos, de acordo com o estado menopausal e o estrato social.
2. Conhecer as fontes de informação sobre a menopausa e o climatério, segundo o estado menopausal e o estrato social.
3. Identificar as questões de saúde que preocupam as mulheres entre 45 e 60 anos, de acordo com o estado menopausal e o estrato social.
4. Avaliar o conhecimento e o uso da terapia de reposição hormonal, segundo o estado menopausal e o estrato social.

3. Casuística e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar.

3.2. Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia geral do climatério de 60% (HOLTE, 1992; HUNTER, 1992; VON MÜHLEN, KRITZ-SILVESTEIN, BARRETT-CONNOR, 1995), com diferença máxima desejada entre a proporção amostral e populacional de 5%, e um erro tipo I (alfa) de 0,05.

A população considerada para este cálculo (N) foi a população feminina de Campinas, na faixa etária entre 45 a 60 anos no ano de 1997. Este dado foi obtido por uma projeção através de regressão linear da população, baseada no

número de mulheres de 45 a 60 anos residentes no Município de Campinas de acordo com o Censo Demográfico de 1991 (IBGE,1994), e com projeção de população estimada para o ano de 1997, sendo este total de 79.727. Tal procedimento foi realizado pelo Laboratório Aplicado de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), utilizando-se a regressão linear da população, baseando-se em método descrito por LAURENTI et al., 1987.

Desta forma, o número mínimo calculado de entrevistas foi de 367, mas foi acrescido de 20% para evitar possíveis perdas durante o estudo, resultando em um total de 450 entrevistas.

3.3. Seleção dos sujeitos

As mulheres que participaram do estudo foram selecionadas por entrevistadoras através de entrevista domiciliar realizada em 82 setores censitários da cidade de Campinas (PEDRO, 1999).

3.3.1. Critérios de inclusão

- ? Mulheres entre 45 a 60 anos de idade residentes em Campinas
- ? Ser brasileira nata.

3.3.2. Critérios de exclusão

- ? A recusa explícita ou a incapacidade da mulher em participar do estudo e qualquer fator que impedisse a entrevista (por exemplo: doença, compromissos, incompatibilidade de horários, etc.).

3.3.3. Seleção dos setores censitários

Para este estudo, cuja seleção dos sujeitos foi por conglomerados, a unidade de referência foi um setor censitário (ANEXO 1), conforme definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): a menor unidade de amostragem, geralmente composta por vários quarteirões, e outras vezes por uma favela. Os setores censitários do IBGE são numerados e seus limites geográficos estão claramente definidos. Estudaram-se 82 setores que foram sorteados entre todos os setores censitários de Campinas, cujo número total é de 845.

A classificação dos setores foi feita com base no banco de dados do Censo de 1991 para o Município de Campinas. O referido banco de dados foi adquirido junto à agência do IBGE em São Paulo e consta de dois disquetes acompanhados de um manual com o nome das variáveis.

Depois de listados todos os setores censitários, sortearam-se aproximadamente 120 deles. Apesar de estarem previstos inicialmente 80 setores para serem estudados, um número maior foi sorteado porque seria possível que em alguns deles não houvesse o número necessário de mulheres a serem selecionadas.

3.3.4. Seleção das mulheres em cada setor censitário

A seleção das mulheres para o estudo em cada setor censitário envolveu três etapas:

a) *O percurso que foi seguido dentro de cada setor, o qual se chamou de itinerário.*

A entrevistadora utilizou uma ficha de Itinerário (ANEXO 2) para organizar e registrar seu percurso dentro de cada setor. Nela foram identificados e anotados todos os endereços encontrados no percurso (casas, lojas, postos de gasolina, terrenos baldios, etc.). Cada mulher elegível (com 45 a 60 anos de idade), moradora de um destes endereços, tinha uma linha na ficha de itinerário onde eram anotados os dados.

b) *A identificação das mulheres elegíveis para o estudo, o qual se chamou de listagem das mulheres, antes da seleção propriamente dita.*

Para se fazer uma seleção aleatória das mulheres que participaram do estudo, adotou-se o procedimento de não se procurar mulheres elegíveis em todas as casas de cada setor. Adotou-se um intervalo de seis endereços entre as casas em que as entrevistadoras deveriam obter informações sobre as mulheres residentes (KISH, 1972).

c) *Seleção das mulheres.*

Em cada um dos setores selecionaram-se no mínimo, uma e no máximo seis mulheres. A primeira coisa que a entrevistadora fazia, quando encontrava uma mulher elegível para o estudo, era pedir autorização para aplicar o *check-list* (ANEXO 3). Atribuía um *check-list* para cada mulher elegível, mesmo que ela não estivesse em casa naquele momento, reservando-o para a ocasião em que fosse possível falar com aquela mulher e aplicá-lo pessoalmente. Quando havia mulheres elegíveis que não estavam em casa naquele momento, a entrevistadora indagava a outros moradores sobre a melhor forma de contactá-las. Por exemplo, a entrevistadora obtinha um número de telefone através do qual pudesse falar com a mulher para que o *check-list* fosse realizado, mesmo que por telefone.

Sempre que uma mulher elegível ou selecionada não estivesse em casa, a entrevistadora retornava à casa, ou tentava fazer outro contato, pelo menos três vezes, em dias e horários diferentes. Quando a entrevistadora não conseguia realizar o *check-list* e/ou a entrevista, a mulher em questão era considerada como “perdida” e a entrevistadora selecionava outra mulher através de um *check-list* já realizado.

Quando havia mulheres às quais não se pudesse aplicar o *check-list* e/ou o questionário por qualquer razão, devido a um impedimento insuperável como problemas mentais ou estar internada, ou então recusa em responder ou estar viajando (desde que não retornasse durante o período de trabalho de campo), essa informação era devidamente registrada na Ficha de Itinerário.

Para todas as mulheres selecionadas, a entrevistadora lia o Termo de Consentimento Pós-Informação Oral (ANEXO 4) antes de entrevistá-la, se ela aceitasse participar. Quando não era possível realizar a entrevista na mesma hora, ela era marcada para outra data, horário e local. Nenhuma entrevista foi realizada por telefone.

3.4. Variáveis

- ? *Idade* - idade em anos completos quando foi entrevistada.
- ? *Idade à menopausa* - idade em que ocorreu a última menstruação, seguida por um período mínimo de 12 meses de amenorréia.
- ? *Nível educacional* - número de anos completos de escolaridade formal na época da entrevista e classificado em:
 - ? analfabetismo
 - ? primário básico (1 a 4 anos)
 - ? primário (5 a 8 anos)
 - ? secundário (9 a 11 anos)
 - ? universitário (> 11 anos)
- ? *Classe socioeconômica* - utilizaram-se os critérios da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Classificado segundo a pontuação de ALMEIDA & WIKERHAUSER (1991), em:
 - ? Classe A: = 89 pontos ou mais
 - ? Classe B = 59-88 pontos

? Classe C = 35-58 pontos

? Classe D = 20-34 pontos

? Classe E = 0-19 pontos

O questionário utilizado para obtenção desta pontuação é padronizado pela ABA/ABIPME (Seção 5 do ANEXO 5).

? *Estado menopausal* - foi utilizada a definição de JASZMANN (1973):

? Pré-Menopausa - mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que elas tiveram durante a vida reprodutiva.

? Perimenopausa - Mulheres com ciclos menstruais nos últimos 12 meses, mas com mudança do padrão menstrual quando comparado aos padrões anteriores.

? Pós-Menopausa - mulheres em que o último período menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses antes da entrevista.

? *Critérios para classificação do estado menopausal* em mulheres hysterectomizadas:

? Pré-menopausa - mulheres com idade atual entre 45 a 48 anos e que tinham padrão menstrual regular antes da hysterectomia.

? Perimenopausa - mulheres com idade atual entre 45 a 48 anos e que tinham padrão menstrual irregular antes da hysterectomia.

? Pós-menopausa - mulheres com idade superior a 48 anos (mediana da idade à menopausa) ou mulheres submetidas à hysterectomia com ooforectomia bilateral.

? *Uso de terapia de reposição hormonal* - uso de terapia hormonal para o climatério, excluindo uso de hormônios utilizados para anticoncepção.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Um questionário estruturado e pré-testado foi utilizado para obter as informações de interesse para o estudo. Todas as variáveis basearam-se no auto-relatório das mulheres. O questionário utilizado para este estudo foi elaborado a partir de dois questionários e adaptados pelos autores e por vários membros do Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP). O primeiro questionário foi fornecido pela Sociedade Internacional de Menopausa e Fundação Internacional de Saúde e foi aplicado em sete países do Sudeste Asiático em 1993 (BOULET et al., 1994). O segundo questionário foi fornecido pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa e foi aplicado nos Estados Unidos (UTIAN & SCHIFF, 1994). Para minimizar problemas que são geralmente encontrados com tradução, e também pelo fato de algumas palavras não terem tradução equivalente em português, o questionário foi inicialmente traduzido para o português pelo pesquisador e então traduzido novamente para o inglês por outra pessoa, com a finalidade de checar a acuracidade da versão traduzida.

Após a adaptação do questionário, realizou-se o pré-teste com pacientes do Ambulatório de Menopausa e do Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP, e com outras mulheres da população em geral, contactadas por assistentes de pesquisa, e que

se dispuseram a responder ao questionário. A dinâmica de trabalho consistiu em avaliar o resultado em termos de facilidade de entendimento por parte das respondentes e fluxo; fazer as modificações necessárias e voltar a pré-testar. A etapa de pré-teste foi realizada cinco vezes até que se considerou que o questionário estava em sua versão definitiva (ANEXO 5). Os questionários aplicados no pré-teste e o registro das modificações feitas em cada etapa foram arquivados.

O questionário foi estruturado para a realização de um amplo estudo de base populacional sobre o climatério. O mesmo foi organizado em cinco seções que enfocaram perguntas relativas a:

Seção 1: Aspectos sociodemográficos, sexuais e reprodutivos

Seção 2: Atitude frente à menopausa

Seção 3: Estado menopausal e sintomas

Seção 4: Conhecimento sobre a Menopausa

Seção 5: Classificação do status socioeconômico

Neste estudo foram utilizados apenas os dados referentes às seções 1, 4 e 5 do questionário.

3.6. Coleta de dados

3.6.1. Treinamento e seleção das entrevistadoras

Para o trabalho de campo, quatro mulheres atuaram como entrevistadoras e uma como supervisora. O recrutamento das entrevistadoras foi feito através de anúncio publicado em um jornal de Campinas (Correio Popular).

As candidatas receberam 32 horas de treinamento, com aulas teóricas e práticas, incluindo realização de entrevistas simuladas e reais. As aulas abrangeram as técnicas de entrevista e coleta de dados, a metodologia proposta para seleção das mulheres, a dinâmica de trabalho de campo e o conteúdo do questionário, provendo-se instrução para a aplicação de cada pergunta especificamente. Durante o treinamento enfatizou-se os aspectos éticos envolvidos na abordagem das mulheres. As candidatas também receberam informações genéricas sobre a pesquisa, tendo sido ministrada exposição teórica sobre climatério e menopausa.

Ao final do treinamento, as participantes foram analisadas com base no seu desempenho durante o processo de treinamento teórico e prático, frequência e pontualidade e do resultado de uma prova, com aplicação de um questionário e testes de Inteligência Emocional (COOPER, 1997).

3.6.2. Trabalho de campo

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais em domicílio. A coleta de dados foi iniciada em 14 de outubro de 1997 e encerrada em 15 de janeiro de 1998, totalizando 73 dias de trabalho de campo.

No total foram listados 12.238 endereços, dos quais 2.805 foram sorteados e abordados, sendo que destes 1.771 eram residenciais e 1.034 não-residenciais. Em 57% (1.008/1.771) dos endereços residenciais sabia-se que não moravam mulheres na faixa etária estudada.

Em 11% (192/1.771) dos endereços residenciais sorteados as entrevistadoras não puderam saber se havia moradoras elegíveis para o estudo, ou porque os moradores se recusavam a informar ou porque, em suas visitas, nunca encontravam alguém que pudesse informá-las.

Em 9% (51/571) das mulheres elegíveis, a entrevista não foi realizada pela dificuldade de se conseguir uma ocasião apropriada.

De modo geral, a receptividade das mulheres abordadas foi boa, manifestando interesse em responder as perguntas. A proporção de recusas foi de 11,2% (64/571).

Para cada mulher entrevistada foram visitados 3,8 endereços residenciais (456/1771), sendo que na maior parte deles as mulheres residentes estavam fora da faixa etária fixada para o estudo.

3.6.3. Controle de qualidade

As seguintes atividades e estratégias foram realizadas para assegurar a qualidade dos dados:

- a) Treinamento das entrevistadoras e supervisora.
- b) Preparação e uso do manual de instrução para as entrevistadoras.
- c) Supervisão e monitorização da coleta de dados pelo supervisor e pesquisador principal.
- d) Checagem durante as entrevistas de campo pela supervisora e pesquisador principal.
- e) Checagem do preenchimento completo e fidedignidade da entrevista.
- f) Repetição da aplicação de seções do questionário pela supervisora.

Qualquer questão levantada pela equipe sobre os dados foi relatada e discutida com a supervisora, que manteve contato semanal com os pesquisadores. Um relatório foi realizado de todas as questões levantadas e como elas foram resolvidas. A supervisora e as entrevistadoras faziam correções imediatas e sugestões para o trabalho de campo. Quando necessário, as entrevistadoras voltavam às casas e verificavam respostas duvidosas.

As atividades de controle de qualidade apontaram que o trabalho das entrevistadoras foi satisfatório, não havendo dúvidas sobre a integridade com que foi feita a coleta de dados, incluindo a fidelidade aos procedimentos metodológicos estabelecidos. No total foram feitos 63 controles de qualidade.

Os questionários para controle de qualidade continham uma capa diferenciada, onde havia espaço próprio para observações feitas pela mulher entrevistada sobre a aplicação do questionário: se lhe foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se ela se sentiu à vontade para dar as respostas ou para se recusar a responder.

3.7. Processamento dos dados

Os questionários, preenchidos em campo, foram revisados e arquivados em ordem numérica. A entrada das respostas foi realizada duas vezes, por digitadores diferentes, para detectar e corrigir erros. Os dados foram inseridos em um microcomputador, utilizando-se o *programa Statistical Package For Social Sciences Data Entry* (SPSS-PC-DE). Após digitação, os dados foram submetidos a um programa que detecta erros de consistência, para a limpeza do arquivo. Se algum erro de consistência fosse observado, era realizada a verificação manual dos questionários pelo pesquisador.

3.8. Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o pacote *Statistical Package For Social Sciences para Personal Computer* (SPSS-PC). Inicialmente elaboraram-se tabelas descritivas, utilizando-se frequência, média e desvio-padrão. Para análise dos dados, em tabelas de contingência, foram utilizados o teste Qui-

quadrado e teste exato de Fisher (ARMITAGE, 1974). O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

3.9. Aspectos Éticos

Foi redigido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, explicitadas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), apresentada no ANEXO 4. Lia-se este termo para cada mulher identificada como possível participante do estudo, quando convidada a participar.

Foi dito às participantes que o objetivo do estudo era analisar algumas características da menopausa em mulheres brasileiras, como a idade, sintomas climatéricos e a atitude e percepção em relação à menopausa.

Também foram feitos esclarecimentos de que as mulheres poderiam se recusar a participar do estudo, parar a entrevista a qualquer momento, não responder a alguma pergunta do questionário e que os dados obtidos seriam sigilosos.

A pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção programada com as mulheres. Todas as identificações foram removidas imediatamente e o risco para as mulheres participantes foi mínimo. Para as participantes do estudo não foi solicitado assinar um formulário de consentimento informado. Somente consentimento oral foi necessário.

Para garantir que o processo fosse consistente e conduzido de acordo com o protocolo, conceitos éticos e um protocolo de consentimento informado fizeram parte do treinamento das entrevistadoras.

Durante o treinamento enfatizou-se para as entrevistadoras que elas deveriam manter uma atitude discreta, evitar qualquer comentário público com alguém que não fizesse parte do projeto, em relação ao conteúdo das entrevistas.

3.10. Característica da população estudada

A distribuição por idade foi semelhante nas três categorias de faixas etárias. A maioria das mulheres foi branca e de baixo nível educacional, sendo que aproximadamente 70% referiu escolaridade de no máximo quatro anos. A grande maioria vivia com companheiro e não possuía emprego remunerado. A religião predominante foi a católica. Aproximadamente 80% da população estudada pertencia às classes socioeconômicas C, D e E. A procedência das mulheres foi predominantemente da região Sudeste, sendo que deste total, 64,4% procediam do Estado de São Paulo. Cerca de 17,5% sempre moraram em Campinas (Tabela 1).

TABELA 1

Principais características demográficas da população estudada (n=456)

Características	N	%
Distribuição etária		
45 – 49	172	37,6
50 – 54	144	31,6
55 – 60	140	30,8
Cor		
Branca	257	56,4
Negra/parda	125	27,4
Outras	74	16,2
Nível educacional		
Analfabetismo	72	15,7
Primário básico	243	53,7
Primário	81	17,7
Secundário	43	9,3
Universitário	17	3,6
Estado marital		
Solteira	28	6,2
Casada/amasiada	322	70,6
Separada/divorciada	52	11,4
Viúva	54	11,8
Emprego		
Período integral	126	27,6
Período parcial	38	8,3
Nenhum	292	64,1
Religião		
Católica	324	71,1
Evangélica	82	18,0
Outras	50	10,9
Classe Social (Estrato Social)		
Classe A	3	0,7
Classe B	88	19,3
Classe C	184	40,1
Classe D	139	30,5
Classe E	42	9,2
Procedência		
Sudeste	3	80,9
Sul	48	10,5
Norte-Nordeste	32	7,0
Centro-Oeste	7	1,6

A idade mínima de ocorrência da menopausa natural foi de 28 anos e a máxima de 58 anos, sendo a média etária de 47,5 anos (DP=4,9). Aproximadamente 5,5% das mulheres apresentaram menopausa precoce (abaixo de 40 anos) e 2% apresentaram menopausa tardia (acima de 55 anos).

O tempo médio decorrido desde a menopausa foi de 7,2 anos (DP + 5,0). Aproximadamente 70% das mulheres tiveram tempo médio decorrido da menopausa de oito anos ou menos.

4. Resultados

Os resultados fornecidos pelas mulheres deste estudo foram relacionados com o estrato social (classe socioeconômica) à qual pertenciam (Tabela 1) e seu estado menopausal. Estavam na pré-menopausa 25,8%, na perimenopausa 17,6% e na pós-menopausa 56,6% das mulheres, mostrando uma colinearidade estatisticamente significativa entre idade e estado menopausal (Tabela 2).

TABELA 2

Distribuição percentual das mulheres por idade e estado menopausal (n=456)

Grupo etário (anos)	Estado menopausal		
	Pré	Peri	Pós
45-49	78,6	56,2	13,2
50-54	18,8	41,3	34,5
55-60	2,6	2,5	52,3
Total (%)	117 (25,8)	80 (17,6)	259 (56,6)

Qui-quadrado de Pearson, $P < 0,01$

Além disto, também relacionou-se o estrato social com a escolaridade e esta associação também mostrou-se estatisticamente significativa (Tabela 3).

TABELA 3

Distribuição percentual das mulheres por estrato social e escolaridade (n=456)

Nível educacional	Estrato social			Total	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)		
? 4 série	36,3	65,8	89,0	315	69,0
> 4ª série	63,7	34,2	11,0	141	31,0

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

4.1. Conhecimento sobre a menopausa e o climatério

Pouco mais da metade das mulheres entrevistadas (53,5%) acredita que a menopausa seja caracterizada pela parada das menstruações e esta percepção não diferiu estatisticamente de acordo com o estado menopausal ou estrato social. Aproximadamente um quarto destas mulheres relatou que a menopausa representa um período de mudanças e transformações levando ao envelhecimento, sendo que essa opinião foi mais prevalente em mulheres na pós-menopausa (30,6%) e de melhor nível socioeconômico (31,9%). Os sintomas vasomotores estiveram mais associados ao período de perimenopausa (22,5%) e em mulheres com menor nível socioeconômico (19,3%), porém estas diferenças não foram estatisticamente significativas (Tabelas 4 e 5).

TABELA 4

Percentual da opinião das mulheres sobre a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)

(O que é menopausa para a senhora?)

Opinião sobre a menopausa	Estado menopausal			p*	Total**	%
	Pré (n=117)	Peri (n= 80)	Pós (n=259)			
Parada da menstruação	55,6	61,3	50,2	0,20	244	53,5
Transformações/Envelhecimento	21,4	21,3	30,5	0,09	121	26,5
Sintomas vasomotores	12,8	22,5	13,5	0,13	68	14,9
Sintomas psicoemocionais	6,8	12,5	8,1	0,37	39	8,5
Alterações hormonais	9,4	2,5	5,4	0,13	27	5,9
Perda da fertilidade	4,3	1,3	2,7	0,50	13	2,8
Não sabe	12,0	3,8	7,3	0,11	36	7,9

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

TABELA 5

Percentual da opinião das mulheres sobre a menopausa, segundo o estrato social (n=456)

(O que é menopausa para a senhora?)

Opinião sobre a menopausa	Estrato social			p*	Total**	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)			
Parada da menstruação	50,5	60,3	48,1	0,05	244	53,5
Transformações/Envelhecimento	31,9	26,6	23,8	0,35	121	26,5
Sintomas vasomotores	9,9	13,0	19,3	0,09	68	14,9
Sintomas psicoemocionais	4,4	10,3	8,8	0,26	39	8,5
Alterações hormonais	11,0	5,4	3,9	0,07	27	5,9
Perda da fertilidade	2,2	3,8	2,2	0,71	13	2,8
Não sabe	4,4	6,0	11,6	0,07	36	7,9

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

A maioria das mulheres (62%) referiu que a menopausa é consequência de um declínio na produção hormonal, e isto foi estatisticamente mais significativo para classes sociais mais elevadas (Tabelas 6 e 7).

TABELA 6

Distribuição percentual do conhecimento sobre o padrão hormonal após a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)

(Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios, ou fica igual?)

Opinião sobre a produção hormonal	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=117)	Peri (n=80)	Pós (n=259)		
Menos hormônios	60,7	61,2	62,9	283	62,1
Fica igual	12,0	11,2	18,2	70	15,4
Mais hormônios	12,0	8,8	7,7	41	8,9
Não sabe dizer	15,3	18,8	11,2	62	13,6

Teste exato de Fisher - NS

TABELA 7

Distribuição percentual do conhecimento sobre o padrão hormonal após a menopausa, segundo o estrato social (n=456)

(Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios, ou fica igual?)

Opinião sobre a produção hormonal	Estrato social			Total	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)		
Menos hormônios	78,0	70,1	45,9	283	62,1
Fica igual	7,7	13,1	21,6	70	15,4
Mais hormônios	5,5	7,6	12,1	41	8,9
Não sabe dizer	8,8	9,2	20,4	62	13,6

Teste exato de Fisher, p<0,01

4.2. Fontes de informação

Médicos e serviços de saúde (40,1%), em geral, foram os principais responsáveis pelos esclarecimentos a respeito de aspectos da menopausa e seus impactos sobre a saúde, independente do estado menopausal. Cerca de um quarto das mulheres no período de pré-menopausa relatou obter informações através de amigos ou parentes. Rádio e televisão também foram mais citados na pré-menopausa (9,4%). Aproximadamente 20% delas relataram nunca ter recebido qualquer informação sobre a menopausa (Tabela 8).

TABELA 8

Distribuição percentual das fontes de informação sobre a menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)

(Onde a Sra. recebeu a maioria das informações sobre menopausa?)

Fontes de informação	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=117)	Peri (n=80)	Pós (n=259)		
Médicos/Serviços de Saúde	32,5	38,8	44,0	183	40,1
Amigos/Parentes	26,5	18,7	15,4	86	18,9
Revistas/Jornais/Livros	17,1	15,0	15,1	71	15,6
Televisão/Rádio	9,4	3,7	5,8	29	6,3
Nunca recebeu	14,5	23,8	19,7	87	19,1

Teste exato de Fisher - NS

Em relação ao estrato social, as classes sociais A e B obtiveram suas informações através de profissionais da saúde (40,7%) e também da mídia, principalmente livros, revistas e televisão (39,6%). Médicos e serviços de saúde também foram os principais responsáveis pelas informações prestadas às mulheres das classes sociais C (45,4%) e D e E (34,3%). A falta de informações esteve inversamente associada ao nível socioeconômico, sendo que aproximadamente um terço das mulheres das classes D e E nunca recebeu informações, e que amigos ou parentes representaram uma importante fonte de informação (23,2%). Estes dados foram estatisticamente significativos (Tabela 9).

TABELA 9

Distribuição percentual das fontes de informação sobre a menopausa, segundo o estrato social (n=456)

(Onde a Sra. recebeu a maioria das informações sobre menopausa?)

Fontes de informação	Estrato social			Total	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)		
Médicos/Serviços de Saúde	40,7	45,7	34,3	183	40,1
Amigos/Parentes	14,3	16,8	23,2	86	18,9
Revistas/Jornais/Livros	29,7	15,8	8,3	71	15,6
Televisão/Rádio	9,8	6,5	4,4	29	6,3
Nunca recebeu	5,5	15,2	29,8	87	19,1

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

Independente do estrato social e estado menopausal, as informações mais prevalentes sobre os aspectos da menopausa foram os sintomas vasomotores (48,0%) e problemas relacionados à osteoporose (45,2%). Não houve associação estatisticamente significativa entre as informações recebidas e os diferentes estados menopausais (Tabela 10).

TABELA 10

Porcentagem de alguns dos aspectos da menopausa citados pelo médico, segundo o estado menopausal (n=456)

(O médico alguma vez lhe deu informações sobre algum dos seguintes aspectos da menopausa?)

Aspectos da saúde na menopausa	Estado menopausal			p*	Total**	%
	Pré (n=117)	Peri (n= 80)	Pós (n=259)			
Sintomas vasomotores	47,0	41,3	50,6	0,33	219	48,0
Osteoporose	45,3	35,0	48,3	0,12	206	45,2
Irregularidade menstrual	45,3	46,3	42,1	0,73	199	43,6
Tratamento da menopausa	44,4	37,5	44,8	0,51	198	43,4
Sintomas emocionais	41,0	40,0	44,0	0,78	194	42,6
Doença cardiovascular	27,4	33,8	39,4	0,07	161	35,3
Mudanças na sexualidade	28,2	31,3	35,5	0,37	150	32,9

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

As informações fornecidas pelos médicos a respeito dos aspectos da menopausa estiveram estatisticamente associadas às classes socioeconômicas mais elevadas. Para as classes sociais A e B os principais aspectos enfatizados pelos médicos foram a respeito da osteoporose (72,5%) e sobre

os sintomas vasomotores em porcentagem bastante semelhante (68,1%). Este último ainda foi citado pela metade das mulheres da classe C, enquanto para as mulheres das classes sociais D e E predominaram as informações sobre os sintomas emocionais (39,9%). Estes resultados apresentaram significância estatística (Tabela 11).

TABELA 11

Porcentagem de alguns dos aspectos da menopausa citados pelo médico, segundo o estrato social (n=456)

(O médico alguma vez lhe deu informações sobre algum dos seguintes aspectos da menopausa?)

Aspectos da saúde na menopausa	Estrato social			p*	Total**	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)			
Sintomas vasomotores	68,1	50,5	35,4	<0,01	219	48,0
Osteoporose	72,5	48,9	27,6	<0,01	206	45,2
Irregularidade menstrual	60,4	46,2	32,6	<0,01	199	43,6
Tratamento da menopausa	69,2	47,3	26,5	<0,01	198	43,4
Sintomas emocionais	62,6	44,0	39,9	<0,01	194	42,6
Doença cardiovascular	53,8	40,2	21,0	<0,01	161	35,3
Mudanças na sexualidade	48,4	32,1	26,0	<0,01	150	32,9

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

Quanto às informações fornecidas pelos médicos, a maioria das mulheres sentiu-se esclarecida (61,3%). Apesar de não se relacionar com o estado menopausal, o nível de esclarecimento associou-se diretamente com o aumento da classe social de maneira significativa (Tabelas 12 e 13).

TABELA 12

Distribuição percentual sobre o nível de esclarecimento das mulheres em relação às informações médicas, segundo o estado menopausal (n=302)

(Em relação às informações que médico lhe deu, a Sra. se sentiu...)

Nível de esclarecimento	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=78)	Peri (n=49)	Pós (n=175)		
Bastante/Esclarecida	53,8	59,1	65,1	185	61,3
Pouco esclarecida	42,3	32,7	28,6	99	32,8
Nem um pouco esclarecida	3,9	8,2	6,3	18	5,9

Teste exato de Fisher - NS

TABELA 13

Distribuição percentual sobre o nível de esclarecimento das mulheres em relação às informações médicas, segundo o estrato social (n=302)

(Em relação às informações que médico lhe deu, a Sra. se sentiu...)

Nível de esclarecimento	Estrato social			Total	%
	A e B (n=78)	C (n=130)	D e E (n=94)		
Bastante/Esclarecida	80,7	56,9	33,0	185	61,3
Pouco esclarecida	18,0	37,7	38,3	99	32,8
Nem um pouco esclarecida	1,3	5,4	10,6	18	5,9

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

4.3. Questões de saúde que preocupam as mulheres na menopausa e climatério

O risco de desenvolvimento de osteoporose foi a principal preocupação relatada por mulheres na pré-menopausa (45,1%), enquanto que na peri e pós-menopausa as maiores preocupações estavam voltadas para o risco de doenças cardiovasculares, com 51,3% e 43,0% respectivamente (Tabela 14).

TABELA 14

Distribuição percentual dos efeitos mais preocupantes na menopausa, segundo o estado menopausal (n=442)

(Destes efeitos, qual mais a preocupa?)

Efeitos da menopausa	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=113)	Peri (n=80)	Pós (n=249)		
Aumento do risco DVC	38,1	51,3	43,0	191	43,2
Risco de osteoporose	45,1	35,0	41,0	181	41,0
Depressão ou irritabilidade	11,5	11,3	12,8	54	12,2
Disfunção sexual	5,3	2,5	3,2	16	3,6

Teste exato de Fisher - NS

Aproximadamente um quinto das mulheres pertencentes às classes sociais A e B relatou maior preocupação com questões como a depressão e

irritabilidade (17,0%). Observou-se uma maior preocupação em relação às doenças cardiovasculares com a diminuição do nível socioeconômico (Tabela 15).

Estes resultados, porém, não apresentaram significância estatística. No geral, 85% das respondentes relataram preocupação com o risco de doenças cardiovasculares e com a osteoporose, ambas com a mesma importância (Tabelas 14 e 15).

TABELA 15

Distribuição percentual dos efeitos mais preocupantes na menopausa, segundo o estrato social (n=442)

(Destes efeitos, qual mais a preocupa?)

Efeitos da menopausa	Estrato social			Total	%
	A e B (n=88)	C (n=177)	D e E (n=177)		
Aumento do risco DVC	37,5	39,5	49,7	191	43,2
Risco de osteoporose	42,1	46,9	34,4	181	41,0
Depressão ou irritabilidade	17,0	10,2	11,9	54	12,2
Disfunção sexual	3,4	3,4	4,0	16	3,6

Teste exato de Fisher – NS

4.4. Tratamento no climatério

Aproximadamente 40% das mulheres entrevistadas receberam de seus médicos orientações sobre tratamento da menopausa, porém foi importante observar que mais da metade destas mulheres (59,2%) nunca recebeu qualquer informação.

A prevalência destas informações esteve significativamente associada às classes A e B e o conhecimento sobre tratamento foi diretamente associado ao nível socioeconômico (Tabela 17), não diferindo, porém, em relação aos vários estados menopausais (Tabela 16).

TABELA 16

Distribuição percentual sobre o conhecimento do tratamento da menopausa, segundo o estado menopausal (n=456)

(O médico alguma vez falou sobre tratamento da menopausa?)

Conhecimento sobre tratamento	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=117)	Peri (n=80)	Pós (n=259)		
Não	66,7	62,5	54,8	270	59,2
Sim	33,3	37,5	45,2	186	40,8

Teste exato de Fisher - NS

TABELA 17

Distribuição percentual sobre o conhecimento do tratamento da menopausa, segundo o estrato social (n=456)

(O médico alguma vez falou sobre tratamento da menopausa?)

Conhecimento sobre tratamento	Estrato social			Total	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)		
Não	34,1	53,8	77,4	270	59,2
Sim	65,9	46,2	22,6	186	40,8

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

Dentre as 186 mulheres que receberam orientações sobre tratamento da menopausa, 78,5% referiram-se a TRH, sem diferença estatística de acordo com o estado menopausal, mas com predomínio significativo (88,3%) nas classes sociais A e B (Tabela 18 e 19).

Outras formas de abordagem terapêutica para mulheres menopausadas também foram apresentadas pelos médicos, sendo que a prescrição de atividade física regular e a correção dos hábitos dietéticos foram citados por respectivamente 17,7% e 10,7% das entrevistadas. Quando relacionadas com o estrato social e estado menopausal as diferenças não mostraram significância estatística (Tabelas 18 e 19).

TABELA 18

Percentual dos tipos de tratamento citados pelo médico, segundo o estado menopausal (n=186)

(Sobre que tipos de tratamento o médico falou para a senhora?)

Tipos de tratamento	Estado menopausal			p*	Total**	%
	Pré (n=39)	Peri (n= 30)	Pós (n=117)			
Reposição hormonal	64,1	83,3	82,1	0,06	146	78,5
Exercícios	23,1	16,7	16,2	0,60	33	17,8
Dieta	12,8	6,7	11,1	0,74	20	10,8
Vitaminas/cálcio	5,1	6,7	6,8	1,00	12	6,4
Não sabe / não lembra	8,0	6,7	4,3	0,67	10	5,4
Outros	15,4	6,6	6,0	1,08	15	8,1

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

TABELA 19

Percentual dos tipos de tratamento citados pelo médico, segundo o estrato social (n=186)

(Sobre que tipos de tratamento o médico falou para a senhora?)

Tipos de tratamento	Estrato social			p*	Total**	%
	A e B (n=60)	C (n=85)	D e E (n=41)			
Reposição hormonal	88,3	83,5	53,4	<0,01	146	78,5
Exercícios	25,0	12,9	17,1	0,18	33	17,8
Dieta	8,3	11,8	12,2	0,79	20	10,8
Vitaminas/cálcio	5,0	8,2	4,9	0,74	12	6,4
Não sabe / não lembra	3,3	2,4	14,6	0,02	10	5,4
Outros	3,3	7,0	17,1	0,30	15	8,1

*Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

Do total de mulheres do estudo, somente 19,3% estavam em uso atual de hormônios e porcentagem semelhante (18,4%) já havia parado (Tabela 20). Quando relacionadas ao estado menopausal e estrato social, a maioria das usuárias encontrava-se na pós-menopausa (23,2%) e apresentavam melhor nível socioeconômico (35,2%) (Tabelas 20 e 21).

TABELA 20

Distribuição percentual do uso da TRH, segundo o estado menopausal (n=456)

Uso de TRH	Estado menopausal			Total	%
	Pré (n=117)	Peri (n=80)	Pós (n=259)		
Nunca usou	76,1	70,0	53,6	284	62,3
TRH atual	13,7	15,0	23,2	88	19,3
TRH pregressa	10,2	15,0	23,2	84	18,4

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

TABELA 21

Distribuição percentual do uso da TRH, segundo o estrato social (n=456)

Uso de TRH	Estrato social			Total	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)		
Nunca usou	38,5	57,1	79,6	284	62,3
TRH atual	35,2	21,7	8,8	88	19,3
TRH pregressa	26,4	21,2	11,6	84	18,4

Teste exato de Fisher, $p < 0,01$

As principais razões relatadas para uso de hormônios na menopausa foram alívio dos sintomas climatéricos e melhora na qualidade de vida, independente do estado menopausal e do estrato social. Para classes sociais A e B, o alívio dos sintomas da menopausa e a prevenção da osteoporose receberam destaque estatisticamente significativo para o uso de hormônios, enquanto que com a mesma significância, 23,7% das mulheres de classes sociais D e E não sabiam ou não se lembravam de razões para terapêutica hormonal (Tabelas 22 e 23).

TABELA 22

Percentual das principais razões para uso de hormônios, segundo o estado menopausal (n=456)

(Quais as principais razões para o uso de hormônios na menopausa?)

Razões para uso de hormônios	Estado menopausal			p*	Total**	%
	Pré (n=117)	Peri (n= 80)	Pós (n=259)			
Alívio dos sintomas	48,7	48,8	52,1	0,77	231	50,6
Melhorar a qualidade de vida	23,1	25,0	34,4	0,05	136	29,8
Prevenção da osteoporose	18,8	12,5	22,8	0,13	91	19,9
Prevenção da DCV	6,0	7,5	12,0	0,16	44	9,6
Prevenção da Atrofia Urogenital	3,4	1,3	3,9	0,70	15	3,0
Não sabe / não lembra	23,9	28,8	22,0	0,44	108	23,7
Outros	11,1	5,0	5,8	0,15	32	7,0

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

TABELA 23

Percentual das principais razões para uso de hormônios, segundo o estrato social (n=456)

(Quais as principais razões para o uso de hormônios na menopausa?)

Razões para uso de hormônios	Estrato social			p*	Total**	%
	A e B (n=91)	C (n=184)	D e E (n=181)			
Alívio dos sintomas	63,7	53,3	41,4	<0,01	231	50,6
Melhorar a qualidade de vida	33,0	35,9	22,1	0,01	136	29,8
Prevenção da osteoporose	39,6	19,6	10,5	<0,01	91	19,9
Prevenção da DCV	17,6	9,2	6,1	0,01	44	9,6
Prevenção da Atrofia Urogenital	4,4	3,3	2,8	0,60	14	3,0
Não sabe / não lembra	7,7	17,4	38,1	<0,01	108	23,7
Outros	7,7	7,6	6,1	0,81	32	7,0

* Teste exato de Fisher

** Mais de uma resposta por mulher

Para 42,9% de ex-usuárias de TRH, o principal motivo para a interrupção do tratamento foi a melhora da sintomatologia, seguido pelos efeitos colaterais (19,1%). Importante ressaltar que apenas 7,2% das mulheres interromperam a TRH devido ao custo dos medicamentos, principalmente nas classes sociais A e B e nenhuma delas relatou preocupação com o risco de câncer. Estes dados, porém, não foram estatisticamente significativos e não tiveram relação com o estado menopausal e o estrato social (Tabelas 24 e 25).

TABELA 24**Distribuição percentual dos motivos para suspender a TRH, segundo o estado menopausal (n=84)***(Por que a senhora parou de tomar essa medicação?)*

Motivos	Estado menopausal			p*	Total	%
	Pré (n=12)	Peri (n= 12)	Pós (n=60)			
Melhora dos sintomas	41,7	33,3	45,0	0,83	36	42,9
Efeitos colaterais	33,3	25,0	15,0	0,27	16	19,1
Custo das medicações	-	8,3	8,3	0,83	6	7,2
Aumento de peso	-	8,3	8,3	0,83	6	7,2
Preocupação com risco de câncer	-	-	-	-	-	-
Outros	33,3	25,0	28,3	0,93	24	28,6

*Teste exato de Fisher

TABELA 25**Distribuição percentual dos motivos para suspender a TRH, segundo o estrato social (n=84)***(Por que a senhora parou de tomar essa medicação?)*

Motivos	Estrato social			p*	Total	%
	A e B (n=24)	C (n=39)	D e E (n=21)			
Melhora dos sintomas	37,5	41,0	52,4	0,61	36	42,9
Efeitos colaterais	20,8	12,8	28,6	0,31	16	19,1
Custo das medicações	12,5	5,1	4,7	0,55	6	7,2
Aumento de peso	12,5	7,7	-	0,36	6	7,2
Preocupação com risco de câncer	-	-	-	-	-	-
Outros	25,0	38,5	14,3	0,14	24	28,6

*Teste exato de Fisher

5. *Discussão*

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, o conhecimento de que a menopausa é caracterizada pelo fim dos ciclos catameniais foi citado por aproximadamente 53% das mulheres. As mesmas acreditam que este período é seguido de transformações e envelhecimento (26,5%). Cerca de 15% das mulheres relacionaram a menopausa com ondas de calor e 8,5% a sintomas emocionais. Para aproximadamente dois terços foi consenso que na menopausa a mulher produz menos hormônios.

É importante ressaltar que o ambiente cultural em que a mulher vive parece ser de extrema importância para ela ajustar-se à menopausa (VAN KEEP & HUMPHREY, 1977). Também é extremamente conveniente lembrarmos da definição de ODDENS, 1994 e TANG, 1994, que consideram a menopausa um fenômeno universal, mas o mesmo não se pode concluir sobre suas conseqüências e, portanto, sobre as percepções e implicações deste evento.

A literatura indexada refere dados extremos entre sociedades e algumas consideram a chegada da menopausa como início do envelhecimento, com

todas as suas conseqüências. Em países como a Índia, na casta Rajaputra existe o anseio de atingir a menopausa (HALBE et al., 1990), pois as mulheres neste estágio libertam-se da prática do “Purdah” (“encoberta e excluída”), que as mantêm isoladas da sociedade durante seus anos férteis. Com a chegada da menopausa passam a adquirir posição mais elevada, ficando livres da “contaminação perigosa”, como é considerado nessa cultura o fluxo menstrual (VAN KEEP & HUMPHEREY, 1977).

No entanto, é essencial ressaltar que a história de vida vai influir e refletir neste período etário da mulher. De acordo com LUZ (1971), uma mulher equilibrada, que possui altruísmo para suportar renúncias inevitáveis e que soube desenvolver seus valores, ao entrar no climatério, em lugar de perder, recupera partes suas que estavam a serviço dos seus. Descobre novos caminhos e recursos que ainda não utilizara. Ao contrário, a mulher que não soube desenvolver suas próprias potencialidades vê-se agora frente a situações de angústia e dificuldade (HALBE et al., 1990).

Em um dos poucos trabalhos sul-americanos, realizado no Hospital Barros Luco-Trudeau da Universidade do Chile em 1994, dentre 494 mulheres entrevistadas, 96% delas responderam que a menopausa representa a última menstruação da mulher contra pouco mais de 50% neste estudo. Importante notar que o nível de escolaridade desse estudo foi bastante semelhante ao do estudo de Campinas, onde se pode inferir um grau semelhante de desenvolvimento socioeconômico e com idade que flutuou entre 40 e 59 anos distribuídos homogeneamente nos distintos quinquênios de idade e diferindo

apenas no tipo de população, pois o estudo chileno usou uma população hospitalar. Aproximadamente 5% destas mulheres relataram que a única consequência da menopausa são as ondas de calor enquanto que os transtornos emocionais foram citados por 88% delas (BLUMEL et al., 1994).

No mesmo ano, importante estudo realizado pela *North American Menopause Society*, abordou 833 mulheres americanas na faixa etária de 45 a 60 anos e observou que metade relatava sintomas psicoemocionais como irritabilidade, depressão ou nervosismo. Aproximadamente 90% das entrevistadas associaram a menopausa a um estado de hipoestrogenismo e 49% relataram que a progesterona acompanha este declínio hormonal (UTIAN & SCHIFF, 1994).

Um inquérito postal britânico realizado com 1.500 mulheres, também constatou que a maioria delas referiu que a menopausa é induzida por uma diminuição dos níveis hormonais (SINCLAIR, BOND, TAYLOR, 1993).

BOULET et al. (1994) estudando características de mulheres menopausadas em sete países asiáticos, observaram que os sintomas vasomotores eram menos freqüentes que em países ocidentais e que nestes, a prevalência de sintomas esteve associado à perimenopausa, ao passo que sintomas psicológicos apareceram mais freqüentemente na pós-menopausa. Acreditam os autores que fatores socioeconômicos e culturais devam ser considerados.

Nos Países Baixos, OLDENHAVE et al. (1993) encontraram a taxa de 85% de queixas vasomotoras em mulheres na perimenopausa, fato que em

alguns países da amostra asiática, como na Malásia e Filipinas esteve em torno de 60%. Nos demais países asiáticos como Indonésia, Singapura, Coreia, Taiwan e Hong-Kong essa taxa atingiu no máximo 40%.

De acordo com JASZMANN (1973) os sintomas climatéricos não devem ser esperados muito antes da pré-menopausa, mas apresentariam um pico na perimenopausa e diminuiriam no período de pós-menopausa.

Além de JASZMANN (1973), um interessante estudo (GARANSZEGI et al., 1998) buscou avaliar a definição de estado menopausal não só de forma objetiva através do padrão menstrual e dosagens hormonais, mas também de forma subjetiva em mulheres australianas. Para estas, a percepção do seu estado menopausal baseou-se na presença de sintomas vasomotores e não puramente em relação às características do ciclo menstrual. Interessante observar nesse estudo que quando ambas as definições (médicas e pessoal) se relacionaram, 67% delas estavam de acordo.

Apesar da universalidade da menopausa e da autopercepção de alguns sintomas decorrentes do hipoestrogenismo relatado por muitas mulheres, é necessário considerar as principais fontes de informação e o nível de conhecimento sobre sintomas e outros aspectos relacionados ao climatério. Neste estudo as principais fontes de informação foram o médico e serviços de saúde (40,1%), seguido de amigos/parentes (18,9%), da mídia (revistas, jornais, livros (15,6%), além da televisão e rádio (6,3%). Destacou-se que

aproximadamente 20% das mulheres nunca receberam informações sobre a menopausa.

No estudo da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile (BLUMEL et al., 1994) foi relatado um percentual de aproximadamente 35% em relação a obtenção de informações através dos médicos e serviços de saúde, valor relativamente semelhante ao deste estudo, merecendo sempre destaque as semelhanças epidemiológicas de ambos os estudos. Os médicos ainda representaram a principal fonte de informação para 36% das mulheres americanas (UTIAN & SCHIFF, 1994), porcentagem semelhante à obtida neste levantamento.

O incremento da expectativa de vida das mulheres está sendo acompanhado do aumento na prevalência de mulheres menopausadas. Isto deve promover um acréscimo na demanda de informações. Atualmente os veículos de comunicação também ganham importância como meios de acesso a informações e esclarecimentos. Revistas e jornais foram citados por 27% das mulheres americanas (UTIAN & SCHIFF, 1994), enquanto que 6% delas referiram-se a livros, televisão e informações recebidas de parentes ou amigas.

Estudo abrangendo um grupo focal constituído por americanas filipinas observou que estas mulheres obtêm informações sobre a menopausa através de parentes do mesmo sexo e também de amigas (BERG & LIPSON, 1999).

Em publicação na revista *Menopause*, cerca de 40% de mulheres chinesas questionadas relataram obter suas informações através de amigas, livros, revistas e jornais (CHEN, VODA, MANSFIELD, 1998). Percentual semelhante

foi encontrado em mulheres chilenas em relação às mesmas fontes de informação (BLUMEL et al., 1994). Estes dados são indicativos da importância da mídia em geral, como geradora de conhecimentos para a população.

A presente investigação concluiu que parentes e amigos representaram uma fonte de informação para aproximadamente 20% delas. Cerca de outros 20% advinham de televisão, livros, jornais e revistas. Infelizmente, um quinto das mulheres campineiras nunca obteve informações a respeito do climatério, apesar de ser bastante clara a existência de fatores limitantes ao acesso às informações, entre eles nível educacional, raça e estrato social (HOLMES-ROVNER et al., 1996; DOMM, et al., 2000). Vários autores destacaram a necessidade de ampliar as informações e os esclarecimentos sobre este período da vida da mulher, seja através de ações médicas (UTIAN & SCHIFF, 1994), estímulo através da imprensa (CARLSON, LI, HOLN, 1997), ou intervenções educativas de saúde (LIAO & HUNTER, 1998). Na amostra de mulheres de Campinas, o maior nível socioeconômico esteve associado ao maior acesso às informações.

Outro dado importante a se observar tanto no estudo americano (UTIAN & SCHIFF, 1994) como nesta avaliação, é que a maioria das mulheres relatou satisfação e sentiu-se esclarecida em relação às informações fornecidas pelos médicos a respeito dos aspectos da menopausa, mas a satisfação ou o esclarecimento foram maiores em mulheres de melhor classe social.

Além de conhecermos as fontes de informação fez-se necessário avaliarmos quais os aspectos e o nível dos efeitos da menopausa, citados pelos médicos às suas pacientes.

Dados da literatura mundial são coincidentes com os resultados obtidos neste inquérito e mostraram que as principais informações frente aos efeitos do climatério são aqueles referentes à sintomatologia associada. Encontramos aproximadamente 42% de referência aos sintomas emocionais, metade do referido por mulheres americanas e bastante longe dos 88% citados por mulheres chilenas (BLUMEL et al., 1994). Diminuição do interesse sexual foi preocupação para cerca de 33% de brasileiras e norte-americanas (UTIAN & SCHIFF, 1994).

Em relação ao risco de desenvolvimento da osteoporose e doença cardiovascular os resultados obtidos são significantes e até otimistas. A grande morbidade destas duas entidades patológicas justifica a importância dedicada às mesmas. A doença cardiovascular ainda lidera as causas de morte entre mulheres, excedendo outras como o câncer e doenças pulmonares (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC, 1992). O risco das doenças cardiovasculares aumenta em ambos os sexos após a adolescência até os 40 anos, quando então o risco da mulher passa a aumentar mais rapidamente. Após os 70 anos, o risco torna-se essencialmente o mesmo para ambos os sexos (WILD, 1996). Nos Estados Unidos (EUA), de forma especial, acomete mais de dois milhões de mulheres ao ano com gastos que podem chegar a 60 bilhões de dólares, sendo que aproximadamente 500 mil delas morrem (LOBO, 1994; BUSH, 1996;

FERNANDES, 1999a). No período de perimenopausa e após a mesma, o decréscimo dos níveis de estrógenos endógenos circulantes é acompanhado por uma diminuição do HDL colesterol, apoproteína A, triglicérides, e aumento do LDL (ETTINGER, 1990). Além disso o hipoestrogenismo atua também no sistema hemostático e na parede vascular. A associação destes mecanismos estaria associado ao aumento do risco de doença cardiovascular (FERNANDES, 1999a).

Outra importante causa de morbimortalidade é representada pela osteoporose. O hipoestrogenismo é acompanhado da perda do equilíbrio entre formação e reabsorção óssea, com predomínio deste último. Assim, a perda óssea relacionada à menopausa resulta em 15% a 30% de decréscimo de osso trabecular e de 10% a 15% de redução de osso cortical. Portanto, a deficiência estrogênica é responsável por um terço à metade da perda óssea observada durante a vida feminina. Até 1994 estimava-se a população de osteoporóticos ao redor de 2,5 milhões de indivíduos, onde as fraturas de quadril estariam na casa dos 105 mil casos anuais com um custo estimado de 630 milhões de reais. A falta de programas definidos de prevenção projeta o número de indivíduos osteoporóticos a partir de 2000 em 4,3 milhões, com prováveis 215 mil fraturas de quadril ao ano (OSTEOPOROSIS, 1995; FERNANDES, 1999b). Portanto, estas informações são suficientes para enfatizarmos a importância e controle destas duas entidades clínicas. Neste estudo as preocupações frente às conseqüências da menopausa não diferiram estatisticamente com o estado menopausal ou com a classe social.

Estes são alguns dos principais fatores que fazem com que a menopausa e seus efeitos devam ser abordados em sua totalidade, principalmente pelos profissionais de saúde, incluindo desde esclarecimentos até as mais variadas formas de tratamento. Nesta investigação, cerca de 60% das mulheres relataram que o médico nunca lhes deu informações sobre tratamento da menopausa. Somente 40% delas já tinham informações a respeito. Acreditamos que seja uma porcentagem pequena em relação às importantes implicações do climatério. Esses dados podem indicar a necessidade de programas dirigidos não só às pacientes como também aos médicos e profissionais da saúde em geral. Mais ainda, a referência aos tratamentos da menopausa predominou nas classes sociais mais elevadas. Para as mulheres chilenas, quando indagadas se existe tratamento para menopausa, aproximadamente 67% responderam que sim, enquanto cerca de 14% delas negaram (BLUMEL et al., 1994).

Dentre as mulheres de Campinas que receberam orientação terapêutica, aproximadamente 80% referiram-se à TRH. Deste total, 19,3%, que corresponde a 88 pacientes, faziam uso corrente de TRH. Percentual semelhante, 18,4%, já havia interrompido seu uso. O total de usuárias somado às ex-usuárias atingiu 37,7%, sendo este resultado relativamente semelhante ao encontrado em mulheres americanas (UTIAN & SCHIFF, 1994). Destacou-se que a TRH foi mais recomendada e utilizada em mulheres de classe social mais elevada.

O alívio dos sintomas climatéricos foi a principal razão relatada neste estudo para a adesão à TRH, citada por pouco mais de 50% das mulheres. Cerca

de 20% das mulheres estavam cientes que a TRH era eficaz na prevenção de osteoporose e somente 10% mostraram conhecer a relação da hormonioterapia com a diminuição do risco de desenvolvimento da doença cardiovascular. A melhora da sintomatologia e o desenvolvimento de efeitos colaterais foram os principais motivos para a descontinuidade no uso de hormônio.

Além destas orientações medicamentosas, pouco mais de 10% das mulheres entrevistadas citaram que exercícios físicos regulares e uma correção dos hábitos alimentares também foram recomendados nesta faixa etária.

Em relação às mulheres americanas que receberam orientação terapêutica, a vasta maioria (84%) referiu-se à TRH enquanto que apenas 2% citaram exercícios, dieta e outros. Semelhante aos resultados do estudo de Campinas, o alívio dos sintomas climatéricos fez com que 41% destas mulheres recorressem à TRH. Para prevenção da osteoporose e da doença cardiovascular os resultados foram 38% e 34%, respectivamente, entre as mulheres que fizeram uso de TRH no passado. Cerca de 1/3 suspendeu a TRH devido a efeitos colaterais e, bem diferente deste estudo, 18% das mulheres americanas o fizeram devido ao medo de desenvolverem câncer. Aproximadamente 58% das mulheres do estudo americano relataram nunca ter feito uso de TRH e 34% do total delas reportavam uso atual. Pacientes histerectomizadas referiram maior aderência à TRH (53% versus 21%) (UTIAN & SCHIFF, 1994).

Também em 1994, foi realizado na Dinamarca um estudo bastante similar a este em relação à idade das pacientes (45 a 65 anos), variáveis e à

metodologia envolvendo também um inquérito domiciliar, com a taxa de resposta de 69,6% (ODDENS et al., 1994). Nesse estudo, 34% das mulheres que apresentaram queixas climatéricas já haviam consultado um médico. Esses achados são similares àqueles encontrados por BARLOW et al. (1989), com mulheres escocesas. Ainda no estudo dinamarquês, 18% das mulheres faziam uso atual de TRH. Esses autores ainda acreditam que esses números podem sofrer influência da idade, nível educacional e emprego. Osteoporose foi a principal causa para procura e manutenção do tratamento, enquanto 35% das mulheres que suspenderam a TRH o fizeram por não querer usar hormônios por longo tempo. Igual porcentagem (35%) também suspendeu a TRH devido ao relato de possíveis riscos do uso de hormônios, porém, sem especificá-los. O aumento de peso foi responsável por 22% de abandono da TRH.

É bastante razoável o conceito da existência de fatores relacionados ao conhecimento, abordagem terapêutica e aspectos da menopausa. Vários estudos relacionaram o fator racial (raça); nível educacional (socioeconômico) e estado menopausal. No caso das mulheres de Campinas encontramos uma estreita associação entre o uso da TRH e o incremento do padrão socioeconômico, tornando este um fator limitante ao acesso à terapêutica do climatério.

Em 1999, estudo publicado em Massachusetts mostrou que tanto o baixo nível educacional como a raça negra (independente do nível educacional) relacionavam-se com um menor conhecimento da TRH (MACDOUGALL, BARZILAY, HELMICH, 1999).

GRISSE et al., em 1999 mostraram que mulheres americanas negras relatam uma prevalência duas vezes maior de sintomas vasomotores que americanas brancas. Mesmo assim poucas destas mulheres discutiram estes assuntos com seu médico.

Recentemente CLINKINGBEARD et al. (1999), realizaram um estudo com 665 mulheres envolvendo as seguintes questões: fontes de informação sobre a menopausa, conhecimento sobre os riscos de saúde associados à menopausa e conhecimento sobre TRH. A grande maioria (76%) relatou a leitura de revistas femininas como a principal fonte de informação e embora conhecessem noções sobre sintomas da menopausa, a maioria desconhecia seus efeitos de saúde a longo prazo. A osteoporose foi citada por 60% das mulheres como principal fator de risco na menopausa em relação à doença cardiovascular, citada por 30% delas, a despeito da maior prevalência e morbidade desta última entidade na mulher menopausada. O estudo mostrou uma baixa porcentagem de adesão à TRH por estas mulheres, demonstrando a necessidade de uma melhor estratégia educacional e interação com profissionais de saúde.

Outra interessante pesquisa envolveu 3.600 mulheres com mais de 50 anos moradoras de um subúrbio de Chicago (RABIN et al., 1999). Os dados deste estudo avaliaram conhecimento, busca de orientação médica, uso ou não de TRH e estado menopausal, além da idade e última visita médica. Do total de respondentes (65%), 74% tinham conhecimento da TRH sendo que 61% já discutiram sobre isso (TRH) com seu médico e 41% já havia feito uso no

passado. O uso corrente de TRH foi citado por 28% das mulheres e as razões para o não uso foi que para 33% delas a hormonioterapia não tinha sido oferecida pelo médico e 28% relataram medo de usar hormônios. Os autores concluem que a última consulta médica não garante sempre um completo entendimento sobre os sintomas e aspectos da menopausa.

CARLSON et al., (1997), também em Chicago, já sugeriam que enfermeiras, além de outros profissionais da saúde, também devem tornar-se mais envolvidas nas questões de saúde da mulher menopausada.

Estudo em mulheres finlandesas constatou que 39% relataram o uso corrente de TRH e as razões para descontinuidade do tratamento foram os efeitos colaterais (41%) e medo de câncer (16%) (VIHTAMAKI et al., 1999).

Segundo TOPO et al. (1999), a prevalência do uso da TRH na Finlândia no período de 1989-96 cresceu de 22% para 27%. Esses autores citaram também que as diferenças socioeconômicas foram decisivas para um incremento no uso da reposição hormonal. Outro estudo avaliando o conhecimento e uso de TRH realizado na Noruega nos anos de 1994, 1996 e 1998 encontrou que um terço das mulheres recebeu informações sobre TRH nos últimos dois anos, principalmente através de médicos e revistas especializadas. O conhecimento e a disposição para uso da TRH foi mais prevalente em mulheres que receberam orientação médica do que de outras fontes, e também naquelas com melhor nível educacional. Apesar disso, a taxa de uso de hormônio não foi maior para aquelas com melhor nível educacional e de informação. Esse trabalho também

mostrou que a porcentagem do uso de TRH foi de 16,3% (1994), 19,1% (1996) e 19,1% (1998) para mulheres entre 45 e 69 anos. Os autores sugerem que mais e melhores informações devem ser oferecidas para a mulher de meia-idade sobre o uso de reposição hormonal (SOGAARD et al., 2000).

Em Milão, entre os anos de 1992 e 1996, relatando o uso de TRH em mulheres italianas, CHIAFARINO et al. (1999) também associaram o uso da TRH com o status socioeconômico e educacional.

Estudo realizado no Reino Unido (GARTON, REID, RENNIE 1995), mostrou que sintomas climatéricos e prevenção da osteoporose foram as principais justificativas para o uso de hormônios, e que revistas e amigos foram importantes fontes de informação além dos médicos. Encontraram 21% de uso corrente ou prévio de TRH. Não-usuárias relataram possíveis efeitos colaterais e poucas haviam discutido com seus médicos a respeito, mostrando ser ótima oportunidade para uma melhora da educação e conceitos dos benefícios da terapia de reposição hormonal.

Estudo realizado na Escola de Enfermagem da Universidade *Johns Hopkins* com mulheres urbanas de baixa renda em Baltimore, mostrou uma geral falta de conhecimento sobre menopausa e TRH, particularmente em relação às doenças cardiovasculares e sua prevenção, enfatizando as metas educativas para reversão deste quadro (APPLING, et al., 2000).

Um levantamento que retrata a menopausa nos meios de comunicação escrita (READER'S GUIDE) entre 1981 e 1994 mostrou que, apesar do aumento

na frequência de artigos sobre o assunto, as informações ainda eram mínimas e insuficientes, com pouca variabilidade sobre seus enfoques, contradições entre artigos, e ignorando fatores como idade, estresse, estilo de vida, raça, atividade física e dieta adequada (GANNON & STEVENS, 1998).

Apesar das manifestações clínicas da mulher menopausada devido ao hipoestrogenismo, nenhuma descrição sobre este período de vida será completa se não levarmos em conta aspectos psíquicos e sociais inerentes a ela como: medo do envelhecimento, preocupação com a auto-imagem, instabilidade conjugal, síndrome do ninho-vazio, problemas com a sexualidade, subsistência, viuvez, solidão, desamparo e doenças degenerativas associadas (BOSSEMEYER, 1998).

Portanto, o aumento da expectativa de vida tem como conseqüência o envelhecimento de uma população, sendo que este envelhecimento também depende de fatores genéticos e ambientais que provocam respostas individuais variadas. Isto gera novos e diferentes desafios em diversas áreas e particularmente na saúde.

De acordo com o que foi descrito, é cada vez maior a preocupação com a saúde da mulher na meia-idade. A literatura indexada apresenta um grande aumento na incidência e prevalência de estudos sobre a menopausa. Poucos, porém, investigam aspectos populacionais em mulheres brasileiras. Ainda que este estudo tenha envolvido somente uma pequena parcela da nossa população, esta pode ser bastante representativa também para países sul-americanos com características políticas, socioeconômicas e ambientais similares.

É fundamental hoje, no contexto médico-social, avaliar o conhecimento feminino sobre a menopausa. Com isso, poderíamos oferecer instrumentos de diagnósticos e suporte terapêutico multidisciplinar cada vez mais eficazes para mulheres climatéricas. Os resultados deste estudo não diferiram significativamente das observações relatadas em diversas partes do mundo que destacam a importância da classe social, e por inferência, do nível educacional nos conhecimentos e uso da terapia hormonal para alívio e prevenção das conseqüências da menopausa. Destacou-se que o estado menopausal, que apresenta colinearidade com a idade cronológica, não influenciou significativamente nos resultados.

Acreditamos que os dados desta pesquisa, a primeira de base populacional com mulheres climatéricas brasileiras, poderão ajudar não só o planejamento de serviços e rotinas de assistência, como também o delineamento do ensino nas instituições pertinentes e, sobretudo, poderão servir de base para a orientação e realização de pesquisas fundamentadas para a realidade brasileira. Também são necessários investimentos na área educacional dirigida não só às mulheres, mas também aos profissionais que as atendem. A justificativa para esta consideração baseou-se principalmente nas medidas terapêuticas adotadas. Sabe-se que a terapia hormonal isoladamente não é o tratamento mais adequado para estas mulheres. Os esforços devem ser redobrados com educação, informação, acesso aos serviços, qualidade de atenção e, principalmente, respeitando os anseios e expectativas de cada

mulher individualmente. Com isso estaremos investindo na saúde futura da mulher de meia-idade.

6. Conclusões

1. A maioria das mulheres climatéricas do Município de Campinas considerou a menopausa como a parada das menstruações e relacionou este período a um declínio na produção hormonal, independente do estado menopausal e estrato social. Mulheres na pós-menopausa e de maior nível socioeconômico associaram este evento a um período de transformações, mudanças e envelhecimento.
2. A principal fonte de informação sobre a menopausa e o climatério foi oriunda de médicos e serviços de saúde, sendo que a maioria das mulheres sentiu-se satisfeita com as informações recebidas. A mídia também foi uma importante fonte de informação relatada. Não se observaram os efeitos do estado menopausal, mas uma associação com classes sociais mais elevadas.
3. O risco do desenvolvimento da doença cardiovascular e da osteoporose foram as principais preocupações de saúde para a maioria das mulheres, independente do estado menopausal e estrato social.

4. A terapia de reposição hormonal foi o tratamento mais relatado e de uso corrente em mulheres na pós-menopausa e de melhor nível socioeconômico. Os principais motivos do uso da TRH foram o alívio dos sintomas do climatério e a melhora na qualidade de vida, independente do estado menopausal e associado a classes sociais mais elevadas. A melhora da sintomatologia foi a principal responsável pela suspensão do tratamento, sem influência das variáveis estudadas.

7. *Referências Bibliográficas*

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS - Advance report of final mortality statistics, 1989. Hyattsville, Md1-47, 1992.

ACEVEDO, P.L.- Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamerica. In: CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. - **Menopausia y longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica en Latinoamerica**. Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago de Chile, Editora Bywaters, 1998. p.49-72.

ADLERCREUTZ, H.; MOUSAVI, Y.; CLARK, J.; HOCHERSTEDT, K.; HAMALAINEN, E.; WAHALA, K.; MAKELA, T.; HASE, T. - Dietary phytoestrogens and cancer: in vitro and in vivo studies. **J. Steroid Brochem. Mol. Biol.**, 41:331-7, 1992.

ALLEN, E. & DOISY, E.A. – An Preliminary report on is. **JAMA.**, 81:819-21, 1923.

ALMEIDA, P.M. & WICKERHAUSER, H. - **O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização**. São Paulo, 1991. p.22-3.

- APPLING, S.E.; ALLEN, J.K.; 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.**, 9:57-64, 2000.
- ARMITAGE, P.- **Statistical methods in medical reasearch**. New York, John
Wiley and Sons, 1974.
- AVIS, N.E.; CRAWFORD, S.L.; McKINGLAY, S.M. - Psychosocial, behavioral,
and health factors related to menopause symtomatology. **Womens Health**,
3:103-20, 1997.
- BARLOW, D.H; GROSSET, K.A.; HART, H.; HART D.M. - A study of the
experience of Glasgow women in the climateric years. **Br. J. Obstet.
Gynaecol.**, 96:1192-7, 1989.
- BERG, J.A. & LIPSON, J.G. - Information sources, menopause beliefs, and health
complaints of midlife Filipinas. **Health Care Women Int.**, 20:81-92, 1999.
- BLUMEL , J.E.; TACLA, X.; BRANDT, A.; GRAMEGNA, G.; ESTARTUS, A. -
Conocimientos y creencias del efecto de la menopausia y de la terapia
estrogencia sobre la salud. Estudio en mujeres beneficiarias del Hospital
Barros Luco-Trudeau – **Rev. Chil. Obstet. Gynecol.**, 59:10-6, 1994.
- BOSE, K. - Osteoporosis: a growing problem in Southeast Asia. **Med. Prog.**,
23:5-7, 1996.
- BOSSEMEYER, R. - Objetivos del tratamiento hormonal en el climaterio. In:
CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. - **Menopausia y
longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica en Latinoamerica**.
Ediciones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago de Chile, Editora
Bywaters, 1998. p.104-11.

- BOULET, M.J.; ODDENS, B.J.; LEHERT, P.; VEMER, H.M.; VISSER, A. - Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. **Maturitas**, **19**:157-76, 1994.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília, 1988. 231p.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 196/96. Informe Epidemiológico do SUS- Ano V no. 2/1996.
- BUSH, T.L. – Evidence for primary and secondary prevention of coronary artery discase inwomen taking oesttrogen replacement therapy. **Eur. Eart**, **17(suppl.D)**:9-14, 1996.
- CAMPOS, O.G. - Influencia de los factores antropologicos y psicosociales en climaterio. In: CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. - **Menopausia y longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica en Latinoamerica**. Editiones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago de Chile, Editora Bywaters, 1998. p.9-14.
- CARLSON, E.S.; LI, S.; HOLM, K.- An analysis of menopause in the popular press. **Health Care Women Int**, **18**:557-64, 1997.
- CHEN, Y.L.D.; VODA, A.M.; MANSFIELD, P.K. - Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. **Menopause**, **5**:28-34, 1998.
- CHIAFFARINO, F.; PARAZZINI, F.; LA VECCHIA, C.; BIANCHI, M.M., BENZI, G.; RICCI, E.; CHIANTERA, V. - Correlates of hormone replacement therapy use in Italian women, 1992-1996. **Maturitas**, **33**:107-15, 1999.
- CLINKINGBEARD, C.; MINTON, B.A.; DAVIS, J.; McDERMOTT, K. - **J. Women's Health Gend. Based**, **8**:1097-102, 1999.

- COOPER, R.K. - **Inteligência emocional na empresa**. INOJOSA, R.& COSTA, S.T.M. (trad.) Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- DOMM, J.A.; PARKER, E.E.; REED, G.W.; GERMAN, D.C.; EISENBERG, E. – Factors affecting access to menopause information. **Menopause**, 7:62-7, 2000.
- DUSITSIN, N. & SNIDVONG, W. - The thai experience. In: BERG, G. & HAMMER M. - (eds.) - **The modern management of the menopause: a perspective for the 21st century**. (Casterton, UK: Parthenon publishing), 1993. p.23-33.
- ETTINGER, B. - Hormone replacement therapy and coronary heart disease - **Obstet. Gynecol. Clin. North Am.**, 17:741-57, 1990.
- FERNANDES, C.E. & PEREIRA FILHO, A. S. (eds.) - Climatério – **Manual de Orientação** - FEBRASGO – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 1995. 103p.
- FERNANDES, C.E. - **A mulher pós menopáusica e as doenças cardiovasculares – O climatério e a menopausa**. Janssen-Cilag. Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 3:35-48, 1999a.
- FERNANDES, C.E. - **Osteoporose: conceito, epidemiologia e fisiopatologia – Programa de prevenção à osteoporose**. Sobrac – Whitehall, 1, 1999b.
- FERRIANI, R.A. - O grande dilema das mulheres: tomar ou não estrogênios – **Reprod. Clim.**, 12:6-7, 1997.
- FILLIT, H.; WEINREB, H.; CHOLST, I.; LUINE, V.; McEWEN, B.; AMADOR, R.; ZABRISKIE, J. – Observations in a preliminary open trial of estradiol therapy for senile dementia – Alzheimer's type. **Psychoneuroendocrinology**, 11:337-45, 1986.

- FLINT, M.P. & GARCIA, M. - Culture and the climateric. **J. Biosoc. Sci**, **6(suppl)**:197-215, 1979.
- FLINT, M. & SAMIL, R.S. - Cultural and subcultural meanings of the menopause. **Ann N.Y. Acad Sci**, **592**:134-48. 1990.
- FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. - The rectangularization of life. In: BYYNY, R.L. & SPEROFF, L. - **A clinical guide for the care of older women**. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990. p.1-28.
- GANNON, L. & STEVENS, J. - Portraits of menopause in the mass media - **Women Health**, **27**:1-15, 1998.
- GARAMSZEI, C.; DENNERSTEIN, L.; DUDLEY, E.; GUTHRIE, J.R.; RYAN, M.; BURGER, H. - Menopausal status: subjectively and objectively defined. **J. Psychosom Obstet. Gynaecol.**, **19**:165-73, 1998.
- GARTON, M.; REID, D.; RENNIE, E. - The climateric, osteoporosis and hormone replacement; views of women aged 45-49. **Maturitas**, **21**:7-15, 1995.
- GENAZZANI, A.R & GAMBACCIANI, M. - Hormone replacement therapy: the perspectives for the 21st century – **Maturitas**, **32**:11-7, 1999.
- GRADY, D.; RUBIN, S.M.; PETITTI, D.B.; FOX, C.S.; BLACK, D.; ETTINGER, B.; ERNSTER, V.L.; CUMMINGS, S.R. - Hormone therapy to prevent disease and prolong life in postmenopausal women. **Ann Inter. Med.**, **117**:1016-37, 1992a.
- GRADY, D.; CUMMINGS, S.R.; PETITTI, D.B.; RUBIN, S.M.; AUDET, A.M. - Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy. **Ann. Int. Med.**, **117**:1038-41, 1992b.

- GRISSE, J.A.; FREEMAN, E.W.; MAURIN, E.; GARCIA-ESPANA, B.; BERLIN, J.A. – Racial differences in menopause information and the experience of hot flashes. **J. Gen. Int. Med.**, 14:98-103, 1999.
- HALBE, H.W.; FONSECA, A.M.; ASSIS, J.S.; VITÓRIA, S.M.; ARIE, M.H.A.; ELIAS, D.S.; MELO, N.R.; BAGNOLI, V.R. - Aspectos epidemiológicos e clínicos em 1.319 pacientes climatéricas. **Rev. Ginecol. Obstet.**, 1:182-94, 1990.
- HALBE, H.W. - Qualidade de vida, estilo de vida e saúde – Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia. **Sintofarma**, 4:74-8, 1999.
- HOLMES-ROVNER, M.; PADONU, G.; KROLL, J.; BREER, L.; ROVNER, D.R.; TALARCZYK, G.; ROTHERT, M. – African-American women's attitudes and expectations of menopause. **Am. J. Prev. Med.**, 12:420-3, 1996.
- HOLTE, A. - Influences of natural menopause on health complaints: a prospective study of healthy Norwegian women. **Maturitas**, 14:127-41, 1992.
- HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S. - **Applied logistic regression**. New York, John Wiley and Sons, 1989. 307p.
- HUNT, K. - Perceived value of treatment among a group of long-term users of hormone replacement therapy. **J. Royal Coll. Gen. Pract.**, 38:398-401, 1988.
- HUNTER, M. S.; BATTERSBY, R.; WHITEHEAD, M.J. - Relationships between psychological symptoms somatic complaints and menopausal status. **Maturitas**, 8:217:28, 1986.
- HUNTER, M. S.- The south-east England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. **Maturitas**, 14:117-26, 1992.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - (IBGE) -
Ressenciamento Geral da População, 1991. Rio de Janeiro, IBGE Ed.,
1994.
- ISMAIL, N.M. - A study of menopause in seven Far-Eastern countries –
Malaysia. Presented at the 6th International congress on the menopause,
Bangkok, Thailand, art.015, 1990.
- JASZMANN, L. - Epidemiology of climateric and post-climateric complaints. In:
VAN KEEP, P.A. & LAURITZEN, C. (eds.) - **Ageing and estrogens. Front
Hormone Res.** Basel: Karger, 1973. p.22-34.
- KATZ, S.; BRANCH, L.G.; BRANSON, M.H.; PAPSIDERO, J.A.; BECK, J.C.;
GREER, D.S. - Active life expectancy. **New Engl. J. Med.**, **309**:1218-24,
1983.
- KAUFERT, P.A. – Myth and the menopause. **Sociol. Health Illness**, **4**:141-65,
1982.
- KAUFERT, P.A.; BOGGS, P.P.; ETTINGER, B.; WOODS, N.F.; UTIAN, W.H. -
Women and menopause: beliefs, attitudes, and behaviors. The North
American Menopause Society, 1997 Menopause Survey. **Menopause**,
5:197-202, 1998.
- KISH, L. - Muestreo de conglomerado y submuestreo. In: KISH LESLIE -
Muestreo de encuestas. México, Editorial Trillas, 1972. p.182-219.
- KUPPERMAN, H.S.; BLATT, M.H.G.; WIESBADER, H.; FILLER, W. –
Comparative clinical evaluation of estrogenic preparatipms by the
menopausal and amenorrheal indices . **J. Clin. Endoc. Metab.**, **13**:688-
803, 1953.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.L.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. - População: recenseamento e estimativas. In: LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.L.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. (eds.) - **Estatística de saúde**. 2ª edição, São Paulo: EPU, 1987. p.9-38.

LEWIS, K. - Human longevity: an evolutionary approach. **Mech. Ageing. Dev.**, , **109**:43-51, 1999.

LIAO, K.L. & HUNTER, M.S. - Preparation for menopause: evaluation of a health education intervention for mid-aged women. **Maturitas**, **29**:215-24, 1998.

LOBO, R.A. - **Treatment of the post menopausal woman: basic and clinic aspects** – New York, Ed. Raven Press Ltd., 1994. 443p.

LOBO, R.A. & SPEROFF, L. - International consensus on posmenopausal hormone therapy and the cardiovascular system. **Fertil. Steril.**, **62**:176-9, 1994.

LOCK, M.; KAUFERT, P.; GILBERT, P. - Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. **Maturitas**, **10**:317-22, 1988.

LUZ, C.S.L. - Perturbações psicológicas no climatério – **Psiquiatria Atual**, **2**:56, 1971.

MACDOUGALL, L.A.; BARZILAY, J.I.; HELMICK, C.G. - Hormone replacement therapy awareness in a biracial cohort of women aged 50-54 years . **Menopause**, **6**:251-6, 1999.

MACLENNAN, A.H. - Hormone replacement therapy and the menopause – Australian Menopause Society. **Med. J. Aust**, **155**:43-4, 1991.

- MELO, N.R. – Terapia hormonal de reemplazo y metabolismo lipidico In:
CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C. - **Menopausia y
longevidad: perspectiva clinica y epidemiologica en Latinoamerica.**
Editiones Sociedad Chilena de Climaterio. Santiago de Chile, Editora
Bywaters, 1998. p.180-96.
- MUNK-JENSEN, N.; NIELSEN, S.P.; OBEL, E.B.; ERIKSEN, P.B. - Reversal of
postmenopausal vertebral bone loss by oestrogen and progestogen: a
double blind placebo controlled study. **Br. Med. J., 296:**1150-2, 1988.
- ODDENS, B.J.; BOULET, M.J.; LEHERT, P.; VISSER, A.P. - Has the
climacteric been medicalized? A study on the use of medication for climateric
complaints in four countries. **Maturitas, 15:**171-81, 1992.
- ODDENS, B.J. - The climateric cross-culturally: The International Health
Foundation South-East Asia study- **Maturitas 19:**155-6, 1994.
- ODDENS, B.J.; BOULET, M.J.; LEHERT, P.; VISSER, A.P. - A study on the use
of medication for climateric complaints in Western Europe - II. **Maturitas,**
19:1-12, 1994.
- ODDENS, B.J. & BOULET, M.J. - Hormone replacement therapy among danish
women aged 45-65 years: prevalence, determinants, and compliance –
Obstet. Gynecol., 90:269-77, 1997.
- OLDENHAVE, A.; JASZMANN, L.J.B.; HASPELS, A.A.; EVERAERD, W.J.A.M.
- Impact of climateric on well-being: a survey based on 5213 women 39 to
60 years old . **Am. J. Obstet. Gynecol., 168:**772-80, 1993.
- OSTEOPOROSIS 1995. Basic diagnosis and therapeutic elements for a
“National Consensus Proposal”. São Paulo. **Med. J., 113**(suppl.4)64p.,
1995.

- PEDRO, A. O. - **Inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do município de Campinas**. Campinas, 1999.
[Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas].
- RABIN, D.S.; CIPPARRONE, N., LINN, E.S.; MOEN, M. - Why menopausal women do not want to take hormone replacement therapy. **Menopause**, **6**:61-7, 1999.
- RAZ, R & STAMM, W.E. - A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. **New. Engl. J. Med.**, **342**:133-6, 1993.
- SINCLAIR, H.K.; BOND, C.M.; TAYLOR, R.J. - Hormone replacement therapy: a study of women's knowledge and attitudes. **Br. J. Gen. Pract.**, **43**:365-70, 1993.
- SOGAARD, A.J.; TOLLAN, A.; BERNTSEN, G.K.; FONNEBO, V.; MAGNUS, J.H. - Hormone replacement therapy: knowledge, attitudes, self-reported use - and sales figures in Nordic women. **Maturitas**, **35**:201-14, 2000.
- SPRITZER, P.M. & REIS, F.M. - Climateric hormonal replacement: therapy based on evidences. **Reprod. Clim.**, **13**:32-41, 1998.
- STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.A.; WILLETT, W.C.; MANSON, J.E.; ROSNER, B.; SPEIZER, F.E.; HENNEKENS, C.H. - Postmenopausal estrogen therapy and cardiovascular disease. Ten year follow-up from the nurses health study. **New Engl. J. Med.**, **325**:756-62, 1991.
- SUKWATANA, P.; MEEKHANGUAN, J.; TAMRONGTERAKUL, T.; TANAPAT, Y.; ASAVARAIT, S.; BOONJITRIPIMON, P.- Menopausal symptoms among Thai women in Bangkok. **Maturitas**, **13**:217-28, 1991.

- TANG, G.W.K. – The climateric of chinese factory workers. ***Maturitas*, 19:177-82, 1994.**
- TOPO, P.; LUOTO, R.; HEMMINKI, E.; UUTELA, A. – Declining socioeconomic differences in the use of menopausal and postmenopausal hormone therapy in Finland. ***Maturitas* 32:141-5, 1999.**
- UTIAN, W.H. - Overview on menopause. ***Am. J. Obstet, Gynecol.*, 156:1280-3, 1987.**
- UTIAN, W.H. & SCHIFF, I. - NAMS - Gallup survey on women's knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replacement therapy. ***Menopause*, 1:39-48, 1994.**
- UTIAN, W. H.- Menopause- a modern perspective from a controversial history. ***Maturitas*, 26:73-82, 1997.**
- UTIAN, W.H. & BOGGS, P.P. - The North American Menopause Society 1998. Menopause Survey. Part I: Postmenopausal women's perceptions about menopause and midlife. ***Menopause* , 6:122-8, 1999.**
- VAN KEEP, P.A & HUMPHREY, M. - Psycho-social aspects of the climacteric. pp. 5-8. In: Consenso Relativo às investigações sobre menopausa. Um Sumário da opinião internacional. – Eds. Van Keep. P.A.; Greenblatt R.B. & Albcaux-Fernet, MTP Press, Lancaster, Inglaterra, 1977.
- VIHTAMAKI, T.; SAVILAHTI, R.; TUIMALA, R. - Why do postmenopausal women discontinue hormone replacement therapy? ***Maturitas*, 33:99-105, 1999.**

- VON MÜHLEN, D.G.; KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRET-CONNOR, E. - A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. ***Maturitas***, **22**:71-8, 1995.
- WEHBA, S. - Considerações a respeito dos benefícios e riscos da terapêutica de reposição hormonal no climatério. ***Reprodução***, **9**:205-6, 1994.
- WILBUSH, J. - Climateric expression and social context. ***Maturitas***, **4**:195-205, 1982.
- WILBUSH, J. - Surveys of climateric semeiology in non-Western populations: a critique. ***Maturitas***, **7**:289-96, 1985.
- WILD, R.A. - Estrogen: effects on the cardiovascular tree. ***Obstet. Gynecol***, **87**(suppl.2):275-355, 1996.
- YOUNG, J.Z. - **An introduction to the study of man**. Oxford, Claredon Press, 1971.

8. *Bibliografia de Normatizações*

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses. BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

9. *Anexos*

9.1. Anexo 1: EXEMPLO DE MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO

Setor censitário

Nome: São Bernardo

9.2. Anexo 2:FICHA DE ITINERÁRIO

Entrevistadora _____ Setor _____

Página _____ de _____

Rua/Av. e número	Nome	Idade (45-60)	N.º CL	CL	N.º Quest.	OBS.

9.3. Anexo 3:Check List

Nome: _____

Endereço: _____ Tel _____

Nº estudo _____

1. Idade: |__| |__|

2. Nacionalidade - Nato:

9.4. Anexo 4: CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO ORAL

Prezada Sra. estamos realizando uma pesquisa sobre menopausa, com mulheres residentes na cidade de Campinas, que tem o seguinte nome “Pesquisa sobre a saúde da mulher em Campinas”. A pessoa responsável pela pesquisa é a Dra. Adriana Orcesi Pedro, do Departamento de Ginecologia da UNICAMP. Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo. Se aceitar este convite, sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre a senhora e sobre suas opiniões acerca de diversos assuntos relacionados à menopausa. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 30 a 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.

A Sra. aceita participar do estudo respondendo o questionário ?

Entrevistadora: para todas as mulheres que aceitarem participar, aplicar o questionário.

9.5. Anexo 5:QUESTIONÁRIO

PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS

Nº. DO SETOR

Nº.

☐ CPS ☐ BG ☐ NA ☐ JE ☐ SZ

ENTREVISTADORA: _____

DATA: _____

OBSERVAÇÕES:

=====

1a. REVISÃO:

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

2a. REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

3a. REVISÃO

NOME _____ RESULTADO _____ DATA _____

=====

DIGITAÇÃO

1a. VEZ

2a. VEZ

SEÇÃO 1
ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS E REPRODUTIVOS

I.1.1 ENTR. DIGA: Gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua vida em geral.

1.1 Qual é a sua idade? _____ ANOS

1.2 Há quanto tempo a Sra. mora em Campinas?
_____ MESES OU _____ ANOS [88] SEMPRE MOREI
PASSE À 1.4

1.3 Antes de morar em Campinas, em que cidade e Estado a Sra. morou por mais tempo?
CIDADE: _____ ESTADO: _____

1.4 Foi à escola?
[1] SIM [2] NÃO
PASSE À 1.6

1.5 Qual a última série que completou?
_____ SÉRIE DO _____ GRAU [88] NÃO SABE/
NÃO LEMBRA

1.6 Qual a sua religião?

[1] CATÓLICA ROMANA	[5] RELIGIÕES ORIENTAIS
[2] PROTESTANTE TRADICIONAL (PRESBITERIANA, BATISTA, METHODISTA)	[6] EVANGÉLICA (CRENTE, ASSEMBLÉIA, CONGREGAÇÃO, UNIVERSAL)
[3] ESPÍRITA KARDECISTA	[7] JUDAICA / ISRAELITA
[4] UMBANDA / CANDOMBLÉ	[10] OUTRA. Qual? _____
[8] NENHUMA ==> PASSE À 1.9	

1.7 Desde quando a Sra. segue essa religião?

[1] DESDE QUE NASCI	[3] HÁ MAIS DE 1 ANO ATÉ 5 ANOS
[2] HÁ MENOS DE 1 ANO	[4] HÁ MAIS DE 5 ANOS

1.8 Com que frequência a Sra. vai a(o) _____ ? (VER 1.6 - IGREJA, CULTO,
TERREIRO)

[1] PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA	[4] ESPORADICAMENTE
[2] DUAS VEZES POR MÊS	[5] NÃO FREQUENTA
[3] UMA VEZ POR MÊS	[8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

1.9 A Sra. trabalha o dia todo, meio período, menos de meio período ou não trabalha?

- [1] O DIA TODO
- [2] MEIO PERÍODO
- [3] MENOS DE MEIO PERÍODO
- [4] NÃO TRABALHA

1.10 A Sra. fuma atualmente, já fumou no passado ou nunca fumou?

- [1] FUMA ATUALMENTE ==> PASSE À 1.12
- [2] FUMOU NO PASSADO
- [3] NUNCA FUMOU ==> PASSE À 1.14

1.11 Há quanto tempo a Sra. parou de fumar?

____|____| MESES OU ____|____| ANOS

1.12 Quantos cigarros a Sra. fuma/fumava por dia?

____|____| CIGARROS [88] OUTROS: _____
_____ |____|

1.13 Há quanto tempo a Sra. fuma/Por quanto tempo fumou?

____|____| MESES OU ____|____| ANOS

1.14 Entre estas que eu vou ler, qual a Sra. considera que é a sua cor ou raça: branca, parda, mulata, preta, oriental ou indígena?

- | | |
|--------------|--------------------------|
| [1] BRANCA | [5] ORIENTAL |
| [2] PARDA | [6] ÍNDIGENA |
| [3] MULATA | [7] OUTRA. Qual? _____ |
| [4] PRETA | _____ ____ |

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

- | | |
|---------------------------|-------------------|
| [1] SOLTEIRA |] PASSE
À 1.17 |
| [2] CASADA | |
| [3] AMASIADA/VIVE JUNTO | |
| [4] SEPARADA/DIVORCIADA | |
| [5] VIÚVA | |

1.16 A Sra. alguma vez viveu com um marido/companheiro?

- | | |
|-----------|--------------|
| [1] SIM | [2] NÃO |
| | PASSE À 1.21 |

1.17 Com que idade a Sra. começou a viver com um marido/companheiro pela primeira vez?

| | ANOS

1.18 Atualmente a Sra. mora com um marido/companheiro?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 1.20

1.19 A Sra. teve um marido/companheiro antes desse com quem vive atualmente?

[1] SIM

[2] NÃO

1.20 No total, quanto tempo a Sra. vive/viveu junto com um marido ou companheiro?

| | ANOS OU | | MESES OU | | DIAS

1.21 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?

| |

[88] NENHUMA

PASSE À 1.1.3

1.22 Quantos abortos a Sra. teve?

| |

[88] NENHUM

1.23 Quantos filhos nasceram vivos?

| |

[88] NENHUM

1.24 Quantos filhos nasceram mortos?

| |

[88] NENHUM

1.25 Quantos filhos estão vivos hoje?

| |

[88] NENHUM

1.26 Atualmente está grávida?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À F.1.1

1.27 A Sra. esteve grávida nos últimos 12 meses?

[1] SIM

[2] NÃO

I.1.2 ENTR. VERIFICAR O NÚMERO DE GRAVIDEZES COM 1.22, 1.23, 1.24, 1.25 E 1.26. EM CASO DE INCONSISTÊNCIA REPITA AS PERGUNTAS E CORRIJA A QUE ESTIVER INCONSISTENTE.

F.1.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.25:

[1] 1.25 ? 88

[2] 1.25 = 88

PASSE À 1.1.3

1.28 Qual é a idade do seu filho ou filha mais novo(a)?

| | ANOS

OU

| | MESES

1.29 Quantos filhos estão atualmente morando com a Sra. na sua casa?
 |____|____| FILHOS [88] NENHUM

1.30 Tem algum neto morando com a Sra.?
 [1] SIM [2] NÃO

I.1.3 ENTR. DIGA: Vamos conversar um pouco sobre métodos anticoncepcionais, para evitar filhos.

1.31 A Sra. já usou alguma vez?	1. SIM	2. NÃO
a) Pílula (comprimido)		
b) DIU (aparelho)		
c) Injeção		
d) Laqueadura (operação da mulher)		
e) Vasectomia (operação do homem)		
f) Camisinha		
g) Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré)		
h) Diafragma		
i) Tabela		
j) Outro: Qual? _____ ____		

1.32 Qual método para evitar filhos está usando atualmente?
 TEXTUAL: _____ |____| [88] NENHUM

I.1.4 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre outros assuntos.

1.33 Com que idade a Sra. teve sua primeira menstruação? |____|____| ANOS

1.34 Com que idade a Sra. teve sua primeira relação sexual?
 |____|____| ANOS [3] NUNCA TEVE
 PASSE À 1.39

1.35 Nos últimos 12 meses a Sra. está tendo relações sexuais?
 [1] SIM [2] NÃO
 PASSE À 1.37

1.36 Por que a Sra. não está tendo relações sexuais?

- [1] NÃO TEM PARCEIRO
- [2] O PARCEIRO É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE
- [3] ELA É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE
- [4] IMPOTÊNCIA DO PARCEIRO
- [5] PARCEIRO NÃO PROCURA MAIS
- [6] ELA NÃO PROCURA MAIS O PARCEIRO
- [7] POR QUE SENTE DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL
- [10] NÃO SENTE DESEJO DE TER RELAÇÕES
- [11] O CASAL NÃO SE DÁ BEM
- [12] POR QUE TEM MEDO DE ENGRAVIDAR
- [13] OUTRO. Qual? _____
- _____

PASSE
À 1.39

1.37 Atualmente, quantas vezes por mês a Sra. tem relações sexuais?

____|____| VEZES

1.38 Atualmente a Sra. tem prazer nas relações, sempre, às vezes ou nunca?

[1] SEMPRE

[2] ÀS VEZES

[3] NUNCA

1.39 A Sra. fez alguma dessas cirurgias ginecológicas que eu vou ler?

CIRURGIA	1. SIM	2. NÃO	8. NÃO SABE / NÃO LEMBRA
a) Laqueadura (operação da mulher)			
b) Retirada do útero			
c) Retirada de um ovário			
d) Retirada de dois ovários			
e) Outras. Quais? _____ _____			

F.1.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.39b:

[1] 1.39 b = 1

[2] 1.39 b = 2

PASSE À 1.41

1.40 Quando a Sra. tirou o útero, ainda estava menstruando todos os meses, estava irregular ou já não estava menstruando?

[1] MENSTRUAVA TODOS OS MESES

[2] ESTAVA IRREGULAR

[3] JÁ NÃO ESTAVA MENSTRUANDO

[8] NÃO LEMBRA

1.41 Qual é a sua altura? |_____|.|_____|_____| CM

I.1.5 ENTR. SE A ENTREVISTADA NÃO SOUBER QUAL É A SUA ALTURA, PEÇA SEU CONSENTIMENTO E FAÇA A MEDIDA.

1.42 Qual é o seu peso? |_____|_____|.|_____|_____|_____| kg

SEÇÃO 2

ATITUDE FRENTE À MENOPAUSA

I.2.1 ENTR. DIGA: Agora gostaria de conversar um pouco sobre a menopausa. Eu irei ler algumas afirmações sobre a menopausa e vou pedir que a Sra. dê sua opinião pensando nas mulheres em geral. Por favor, diga se concorda ou discorda do que eu irei ler.

Pensando nas mulheres em geral ...	1. Concordo	2. Discordo	3. Mais ou menos
2.1 A mulher sente-se mais velha após a menopausa.			
2.2 Na menopausa a mulher pode ficar mais estressada (esgotada).			
2.3 Na menopausa aparecem sintomas que incomodam.			
2.4 Na menopausa a mulher freqüentemente tem mais problemas emocionais (depressão, tristeza, nervosismo, irritabilidade).			
2.5 Os parceiros de mulheres que estão na menopausa acham que elas ficam menos atraentes ("bonita").			
2.6 Para a mulher, a fase da menopausa é um período desagradável ("ruim").			
2.7 Durante a menopausa a mulher sente-se menos feminina ("mulher").			
2.8 Na menopausa a mulher freqüentemente não se sente bem.			
2.9 A mulher sente-se menos atraente após a menopausa ("bonita").			
2.10 Após a menopausa, as mulheres têm menos vontade de ter relações sexuais.			
2.11 As mulheres não podem controlar aquilo que causa todos os problemas na menopausa.			
2.12 A menopausa traz coisas boas.			
2.13 Os problemas da menopausa desaparecem sozinhos.			

Pensando nas mulheres em geral ...	1. Concordo	2. Discordo	3. Mais ou menos
2.14 As mulheres que ficam imaginando que vão ter sintomas na menopausa, acabam tendo.			
2.15 É agradável saber que a gravidez não é possível após a menopausa.			
2.16 Após a menopausa, a mulher acha o sexo mais prazeroso.			
2.17 Em geral, as mulheres na menopausa acham que as mudanças físicas são normais.			
2.18 A mulher sente-se mais madura e autoconfiante na menopausa.			
2.19 Após a menopausa, as relações sexuais ficam melhores.			
2.20 Para os problemas da menopausa, a mulher deve preferir tratamentos naturais (isto é: dieta, exercícios, vitamina) ao invés dos hormonais.			
2.21 A ausência de menstruação após a menopausa é um alívio.			
2.22 Após a menopausa, a mulher se sente mais livre e mais independente.			
2.23 As mulheres na menopausa deveriam consultar um médico.			
2.24 Os sintomas da menopausa não devem ser tratados com medicação.			
2.25 As mulheres com sintomas da menopausa devem tomar hormônios.			
2.26 O tratamento hormonal traz mais vantagens que desvantagens.			
2.27 A menopausa deve ser tratada com medicação.			

SEÇÃO 3
ESTADO MENOPAUSAL E SINTOMAS

I.3.1. ENTR. DIGA: Agora vou fazer algumas perguntas sobre suas menstruações.

3.1 A Sra. tem menstruações todos os meses?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À I.3.3

3.2 Sempre foi assim ou mudou de uns tempos prá cá?

[1] SEMPRE FOI ASSIM

[2] MUDOU

PASSE À 3.4

3.3 Por que a Sra. acha que mudou?

[1] PORQUE ESTÁ PERTO DA MENOPAUSA/JÁ ESTÁ NA MENOPAUSA

[2] PORQUE FEZ UMA CIRURGIA

[3] PORQUE ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO/ ANTICONCEPCIONAL

[8] NÃO SEI

[4] OUTRO. Qual? _____ |__|__|

3.4 Há quanto tempo foi a sua última menstruação natural (sem que precisasse tomar remédios para menstruar)?

|__|__| ANOS OU |__|__| MESES OU |__|__| DIAS

PASSE À 3.6

3.5 Com que idade a Sra. teve sua última menstruação?

|__|__| ANOS

I.3.2. ENTR. CONFERIR A IDADE COM P1.1. E CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA.

3.6 A Sra. já consultou um médico por causa dessas mudanças em sua menstruação?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.8

3.7 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

- [1] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [2] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [3] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [4] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGÜENTAR
- [5] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [6] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [7] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [10] OUTRO. Qual? _____ ☐
- _____ ☐

PASSE
À 1.3.3

3.8 O médico receitou alguma medicação?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 1.3.3

3.9 Qual?

TEXTUAL _____ ☐
_____ ☐

3.10 A Sra. toma essas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

[1] TOMA ATUALMENTE

[2] JÁ PAROU

[3] NUNCA TOMOU

I.3.3 ENTR. DIGA: Eu vou ler alguns sintomas e gostaria que a Sra. me dissesse se alguma vez sentiu cada um deles.

ENTR: FAÇA A PERGUNTA 3.11 PARA CADA ITEM, DE “a” ATÉ “i”. PARA CADA ITEM QUE A MULHER RESPONDER SIM, FAÇA A 3.12

SINTOMAS	3.11 Alguma vez sentiu?	3.12 Durante o último mês, quantas vezes sentiu?
Ondas de calor? (fogacho)	1 SIM 2 NÃO	____ VEZES 88 NENHUMA
Suor intenso? (sudorese)	1 SIM 2 NÃO	____ VEZES 88 NENHUMA
Batedeira? (palpitação)	1 SIM 2 NÃO	____ VEZES 88 NENHUMA
Tontura?	1 SIM 2 NÃO	____ VEZES 88 NENHUMA

SINTOMAS	3.11 Alguma vez sentiu?	3.12 Durante o último mês, quantos dias sentiu?
e) Nervosismos/ ansiedade?	1 SIM 2 NÃO	____ DIAS 88 NENHUM
f) Irritabilidade?	1 SIM 2 NÃO	____ DIAS 88 NENHUM
g) Dor de cabeça? (cefaléia)	1 SIM 2 NÃO	____ DIAS 88 NENHUM
h) Depressão (tristeza, melancolia)	1 SIM 2 NÃO	____ DIAS 88 NENHUM
i) Insônia? (dificuldade para dormir)	1 SIM 2 NÃO	____ DIAS 88 NENHUM

F.3.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.11 E 3.12:

[1] PELO MENOS 1 ITEM DE 3.11 = 1

[2] TODOS OS ITENS DE 3.11 = 2 =====> PASSE À 3.19

I.3.5 ENTR. VEJA O QUE A MULHER RESPONDEU NA 3.11, então diga: A Sra. me disse que alguma vez já sentiu (CITE OS SINTOMAS QUE ELA SENTIU). DEPOIS FAÇA A 3.13.

3.13 Quando começou a sentir esses sintomas, a Sra. consultou um médico por causa de algum deles?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.15

3.14 Qual desses sintomas foi o principal que a levou a consultar o médico?

TEXTUAL _____ ☐

PASSE À 3.16

3.15 Por que a Sra. nunca consultou o médico?

- [1] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [2] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [3] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [4] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGÜENTAR
- [5] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [6] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [7] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [10] NÃO TEM TEMPO / TEM MUITO TRABALHO
- [11] OUTRO. Quais? _____ ☐

PASSE
À 3.19

3.16 O médico receitou alguma medicação?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.19

3.17 Qual?

TEXTUAL _____ ☐

_____ ☐

3.18 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

[1] TOMA ATUALMENTE

[2] JÁ PAROU

[3] NUNCA TOMOU

3.19 A Sra. sofre de perda da urina quando tosse, ri ou levanta peso, sempre, às vezes ou nunca?

[1] SEMPRE

[2] ÀS VEZES

[3] NUNCA

PASSE À F.3.2

3.20 Desde quando?

[1] COMEÇOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES (PERGUNTAR SE HOVE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

[2] DESDE 2-3 ANOS (PERGUNTAR SE HOVE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

[3] HÁ MAIS DE 3 ANOS (PERGUNTAR SE HOVE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

[4] DESDE O PARTO DE ALGUM DOS MEUS FILHOS

[5] DESDE UMA CIRURGIA (GINECOLÓGICA)

[6] SOFREU DISTO A VIDA INTEIRA / TEM PREGUIÇA DE IR AO BANHEIRO

[8] NÃO LEMBRA

3.21 A Sra. já consultou um médico por esta perda da urina?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.23

3.22 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

[1] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA

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

[3] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM

[4] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGUENTAR

[5] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO

[6] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO

[7] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO

[8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

[10] NÃO TEM TEMPO / TEM MUITO TRABALHO

[11] OUTRO. Quais? _____

PASSE
À F.3.2

3.23 O médico receitou alguma medicação?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À F.3.2

3.24 Qual?

TEXTUAL _____ | |
_____ | |

3.25 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

[1] TOMA ATUALMENTE

[2] JÁ PAROU

[3] NUNCA TOMOU

F.3.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.35 (pág. 5):

[1] 1.35 = 1 OU 2

[2] 1.35 = 0

PASSE À 3.33

3.26 A Sra. notou alguma mudança em sua vida sexual nos últimos 12 meses?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.33

3.27 Que mudanças a Sra. sentiu?

[1] DIMINUIÇÃO NO INTERESSE SEXUAL

[2] AUMENTO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

[3] DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

[4] SECURA VAGINAL

[5] DEPRESSÃO / TRISTEZA

[6] ANSIEDADE

[7] SENTIMENTO DE NÃO SE SENTIR ATRAENTE

[10] DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL

[11] OUTRO. QUAL? _____ | |

_____ | |

3.28 A Sra. já consultou um médico por causa dessas mudanças?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.30

3.29 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

- [1] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [2] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [3] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [4] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGUENTAR
- [5] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [6] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [7] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [10] OUTRO. Quais? _____ |__|
_____ |__|

PASSE
À 3.33

3.30 O médico receitou alguma medicação?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 3.33

3.31 Qual?

TEXTUAL _____ |__|
_____ |__|

3.32 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

[1] TOMA ATUALMENTE

[2] JÁ PAROU

[3] NUNCA TOMOU

3.33 De modo geral, hoje como a Sra. classifica sua saúde: excelente, boa, não muito boa ou péssima?

[1] EXCELENTE

[2] BOA

[3] NÃO MUITO BOA

[4] PÉSSIMA

SEÇÃO 4
CONHECIMENTO SOBRE MENOPAUSA

I.4.1 ENTR. DIGA: Vamos falar novamente sobre a menopausa.

4.1 O que é a menopausa para a Sra.?

[1] PARADA DA MENSTRUACÃO

[2] SÃO AS ONDAS DE CALOR

[3] NERVOSISMO / IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO / TRISTEZA / ANSIEDADE

[4] DISTÚRBIOS/DESEQUILÍBRIOS HORMONAIS

[5] ENVELHECIMENTO / PASSAGEM / TRANSFORMAÇÃO / MUDANÇA

[6] NÃO PODER ENGRAVIDAR

[8] NÃO SABE

[7] OUTROS. O que? _____

4.2 A Sra. acha que está na menopausa ou não?

[1] SIM

[2] NÃO

[8] NÃO SEI

4.3 A Sra. acha que pode engravidar?

[1] SIM

[3] NUNCA PENSEI NISSO

[2] NÃO

[8] NÃO SEI

4.4 Onde a Sra. recebeu a maioria das informações sobre menopausa? (UMA ALTERNATIVA SÓ)

[1] MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE

[2] REVISTAS / JORNAIS / LIVROS

[3] TELEVISÃO / RÁDIO

[4] AMIGOS / PARENTES / CONHECIDOS

[5] NUNCA RECEBEU INFORMAÇÕES

- 4.5 O médico alguma vez lhe deu informações sobre algum dos seguintes aspectos da menopausa.

O médico deu informações sobre:	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO LEMBRA
a) Sintomas físicos como ondas de calor ou suores noturnos?			
b) Mudanças que as mulheres podem sentir em sua vida sexual como: diminuição do interesse sexual, relações dolorosas ou secura vaginal?			
c) Sintomas emocionais como irritabilidade, nervosismo, depressão?			
d) Menstruações irregulares?			
e) Tratamentos que podem ajudá-la em relação aos sintomas da menopausa?			
f) Osteoporose ou problemas com os ossos?			
g) Doenças do coração/circulação?			

F.4.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 4.5

[1] PELO MENOS 1 ITEM DE 4.5 = 1

[2] TODOS OS ITENS DE 4.5 ? 1 ==> PASSE À 4.7

- 4.6 Em relação a essas informações que o médico lhe deu, a Sra. se sentiu bastante esclarecida, esclarecida, pouco esclarecida ou nem um pouco esclarecida?

[1] BASTANTE ESCLARECIDA

[2] ESCLARECIDA

[3] POUCO ESCLARECIDA

[4] NEM UM POUCO ESCLARECIDA

- 4.7 Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios, ou fica igual?

[1] MAIS HORMÔNIOS

[2] MENOS HORMÔNIOS

[3] FICA IGUAL

[8] NÃO SABE DIZER

I.4.2 ENTR. DIGA: Eu irei ler alguns dos possíveis efeitos que podem estar associados a menopausa. (APÓS LER, MOSTRE À ENTREVISTADA O CARTÃO COM A LISTA DE SINTOMAS).

1. Risco de osteoporose ou perda óssea.
2. Aumento do risco para as doenças do coração/circulatórias.
3. Diminuição do interesse sexual ou problemas relacionados ao sexo.
4. Depressão ou irritabilidade.

4.8 Do que a Sra. tem ouvido falar ou leu, qual desses efeitos mais a preocupa?

4.9 E qual o segundo efeito que mais a preocupa?

4.10 O médico alguma vez falou sobre o tratamento da menopausa?

[1] SIM

[2] NÃO

PASSE À 4.12

4.11 Sobre que tipos de tratamento o médico falou para a Sra.?

[1] REPOSIÇÃO HORMONAL

[2] EXERCÍCIOS

[3] DIETA

[4] VITAMINAS/CÁLCIO

[5] TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

[6] CREMES VAGINAIS

[8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

[7] OUTRO. Quais?

4.12 Alguma vez a Sra. pediu para tomar hormônios ou o médico que lhe receitou?

[1] O MÉDICO RECEITOU

[2] ELA PEDIU

[3] ELA PEDIU E O MÉDICO RECEITOU

[4] NUNCA PEDIU E NEM O MÉDICO RECEITOU ==> PASSE À 4.16

[8] NÃO LEMBRA ==> PASSE À 4.16

4.13 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

[1] TOMA ATUALMENTE ==> PASSE À 4.16

[2] JÁ PAROU

[3] NUNCA TOMOU ==> PASSE À 4.15

4.14 Por que a Sra. parou de usar essa medicação?

- [1] DEVIDO AOS EFEITOS COLATERAIS
- [2] DEVIDO A PREOCUPAÇÃO COM O RISCO DE CÂNCER
- [3] DEVIDO A MELHORA DOS SINTOMAS
- [4] PELO CUSTO DOS REMÉDIOS
- [5] PORQUE ENGORDOU
- [6] OUTRO. Qual? _____

PASSE
À 4.16

4.15 Por que a Sra. decidiu não tomar essa medicação?

- [1] DEVIDO AOS EFEITOS COLATERAIS
- [2] RISCO DE CÂNCER
- [3] NÃO QUERIA TOMAR REMÉDIOS DIARIAMENTE
- [4] ACHAVA QUE NÃO ERA NECESSÁRIO
- [5] ACHAVA QUE NÃO IRIA RESOLVER SEUS PROBLEMAS
- [6] MEDO DE ENGORDAR
- [7] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES
- [10] NÃO QUERIA VOLTAR A MENSTRUAR
- [11] OUVIU FALAR COISAS RUINS SOBRE ESSES REMÉDIOS
- [12] MENOPAUSA É NATURAL E NÃO NECESSITA TRATAMENTO
- [13] NÃO TINHA DINHEIRO PARA COMPRAR
- [14] O MÉDICO ACHOU QUE NÃO SERIA NECESSÁRIO
- [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

4.16 Agora eu vou ler para a Sra. o nome de alguns medicamentos hormonais usados para a menopausa. Por favor, diga se os conhece ou ouviu falar:

MEDICAMENTOS	1. SIM	2. NÃO
a) Premarim		
b) Dilena; Climene; Premarin + Provera; Premelle; Premarim MPA		
c) Hormônios masculinos (andrógenos)		
d) Estracomb; Ginedisc; Estraderm; System; Climaderm		

4.17 Quais seriam, na sua opinião, as principais razões para as mulheres tomarem hormônios na menopausa? (ATÉ 3 RESPOSTAS)

[1] ALÍVIO DOS SINTOMAS

[2] PREVENIR A FRAQUEZA NOS OSSOS (OSTEOPOROSE)

[3] PREVENIR AS DOENÇAS DO CORAÇÃO / CIRCULATÓRIAS

[4] PREVENIR OS PROBLEMAS DE BEXIGA

[5] PREVENIR A SECURA VAGINAL

[6] MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

[8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

[7] OUTROS. Quais? _____ |__|__|

SEÇÃO 5
CLASSIFICAÇÃO DE STATUS SOCIOECONÔMICO

I.5.1 ENTR. DIGA: Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua casa.

5.1 Quem é o chefe-da-família na sua casa? |__|
| 1 | A PRÓPRIA ENTREVISTADA | 2 | OUTRA PESSOA. Quem? _____

5.2 Qual é o último ano de escola que _____ (ver 5.1. chefe-da-família) cursou?

1) Não estudou / primário incompleto.....	0 pontos
2) Primário completo / ginásial incompleto.....	5 pontos
3) Ginásial completo / colegial incompleto.....	10 pontos
4) Colegial completo / universitário incompleto	15 pontos
5) Universitário completo	21 pontos

TOTAL DE PONTOS = _____

5.3 Na sua casa tem:

a) Aparelho de vídeo cassete/VCR?	1 Não 2 Sim (10 pontos) _____
b) Máquina de lavar roupa?	1 Não 2 Sim (8 pontos) _____
c) Geladeira?	1 Não 2 Sim (7 pontos) _____
d) Aspirador de pó?	1 Não 2 Sim (6 pontos) _____

TOTAL DE PONTOS = _____

5.4 Quantos _____ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em casa?

Números de item possuídos/pontos

Item	Nenhum	1	2	3	4	5	6 ou +	PONTOS
a) Carro	0	4	9	13	18	22	26	_____
b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	_____
c) Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	_____
d) Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	_____
e) Rádios	0	2	3	5	6	8	9	_____

TOTAL DE PONTOS = _____

ENCERRE A ENTREVISTA

I.5.2 ENTR.: SOME O TOTAL DE PONTOS DA PERGUNTA 5.2, 5.3, 5.4.

TOTAL GERAL DE PONTOS = _____ + _____ + _____ = _____ PONTOS

I.5.3 ENTR.: Utilizando o total de pontos, assinale a alternativa correta:

| 1 | CLASSE A: = 89 PONTOS OU MAIS

| 2 | CLASSE B = 59-88 PONTOS

| 3 | CLASSE C = 35-58 PONTOS

| 4 | CLASSE D = 20-34 PONTOS

| 5 | CLASSE E = 0-19 PONTOS