



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

ATIVIDADE FÍSICA:
DO CLIMATÉRIO À MENOPAUSA

CAROLINE BRAGA PAZ
CAMPINAS – 1999



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**ATIVIDADE FÍSICA:
DO CLIMATÉRIO À MENOPAUSA**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física na modalidade de Treinamento em Esportes oferecido pela Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Vera Aparecida Madruga Forti.

CAROLINE BRAGA PAZ

CAMPINAS - 1999

“O corpo humano, invólucro temporário da alma imortal, é um templo onde a centelha divina se entroniza. A ginástica é um meio de embelezar esse templo, de modo que Deus se encontre bem dentro dele” (Platão).

*Dedico este trabalho às
pessoas mais importantes da
minha vida, meus pais.
Amo vocês!!*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida, pela minha família e pela oportunidade de aprendizado espiritual.

À Iáira M. Braga Paz, minha grande mãe, heroína e amiga, por ser minha companheira em todos os momentos da minha vida.

À João Luiz Marques Paz, meu grande pai, um ídolo, exemplo de luta e dedicação, pelo apoio incondicional e imenso sacrifício despendido à minha formação.

Aos meus queridos irmãos Washington Luiz, Robinson Carlos, Wellington George e Elton João Braga Paz, meus grandes amores, pelo carinho, apoio e ensinamentos.

À Joana Paula e Ceres Priscylla de Simões Miranda, minhas grandes amigas e irmãs, por fazerem parte da minha vida.

À Eliana Angélica Moutinho, pelo carinho, amizade e principalmente por tudo o que fez por mim.

Às meninas da D-14: Tânia Bandeira, Anélita Nogueira, Regina de Paula, Aletha Caetano e Patrícia Campos, pelo carinho, companheirismo, confidências e por todos os momentos que passamos juntas!

Às outras Gatas Lokas: Vivien Marques e Maristela Tetzfaj, pela amizade, cumplicidade e principalmente, pelos momentos maravilhosos e inesquecíveis!

À toda a turma 95 noturno, em especial aos amigos: Marcelo Antonelli, Sérgio Jatobá, Andrea Cesquin, Andréia de Lima, Gustavo de Santis e Roberto Rocha, pela amizade e por todos os momentos!

Ao Odilon Odasse, por me ajudar em situações difíceis e ser sempre um amigo verdadeiro e maravilhoso.

À Prof^ª. Dr^ª. Vera Aparecida Madruga Forti, pelo carinho, dedicação e orientação na realização deste trabalho.

Ao meu querido André de Albuquerque Vicente, exemplo de determinação e conquista, pelo seu amor, compreensão, confiança e por me fazer ainda mais feliz!

Aos seguranças da Moradia da UNICAMP: Gouveia, Barros, Marquinhos e em especial ao Santos, pela amizade, carinho e colaboração.

À todos os funcionários da Faculdade de Educação Física, pela dedicação e compreensão.

RESUMO

A finalidade desse trabalho é analisar como a Educação Física, com seu imenso leque de possibilidades, pode estar inserida na vida das mulheres que atravessam o período do climatério, e buscar resultados que comprovem a prática adequada de qualquer atividade física, como um método preventivo e amenizador de alguns sintomas ocorridos por alterações orgânicas deste período. Pretende-se, neste trabalho, focar a mulher climatérica como um ser integral e individual, que atravessa uma fase da vida cheia de incertezas, temores e inúmeros sintomas, e demonstrar que a atividade física pode minimizar tais sintomas, melhorando sua qualidade de vida, fazendo com que ela tenha condições de demonstrar à todos, a sabedoria e as vantagens da maturidade.

SUMÁRIO

1- Introdução	1
1.1- Abordagem antropológica.....	3
1.2- Aspectos bio-psico-sociais do climatério.....	10
1.3- Fisiologia do climatério.....	14
1.4- Sintomatologia do climatério.....	16
1.5- Terapia de reposição hormonal.....	28
1.6- Sexualidade e climatério.....	32
1.7- Atividade física e menopausa.....	35
2- Objetivo	45
3- Materiais e métodos	47
3.1- Indivíduos estudados.....	48
3.2- Materiais.....	48
3.3- Metodologia.....	51
4- Análise dos resultados	53
5- Considerações finais	61
6- Referências bibliográficas	65
7- Apêndice - Terminologia médica	68

1. Introdução

Atualmente, vivencia-se um fenômeno relativamente novo: o aumento progressivo da expectativa de vida. Diversas pesquisas comprovam que, desde a virada do século até 1980, a expectativa de vida da população brasileira passou de 33,7 a 63,5 anos. Avalia-se um aumento de 57% para a população mundial acima de 60 anos no período de 1980 a 2000, e de 69% para a população acima de 80 anos nesse período. Estima-se que no ano de 2020, o brasileiro viverá em média 72 anos.

Outras pesquisas também demonstram que, em 1990, ao redor de 467 milhões de mulheres no mundo tinham mais de 50 anos, e estima-se que por volta do ano 2030, elas serão cerca de 1,2 bilhões (ZABAGLIA, 1996).

Conclui-se com esta mudança, que boa parte das mulheres passarão a viver um terço de suas vidas na fase da pós-menopausa.

Diante disso, faz-se de suma importância a prevenção a longo prazo das consequências danosas de algumas doenças decorrentes do climatério e da menopausa.

Neste trabalho, discursaremos sobre uma abordagem antropológica entre o corpo feminino, a menopausa e o envelhecimento, faremos uma revisão bibliográfica sobre as características bio-psico-sociais presentes no climatério, indicando as modificações do corpo em relação ao funcionamento hormonal, sexual, emocional, sistema locomotor e cardiovascular e também mencionaremos como a atividade física, não incluindo o alto rendimento esportivo, pode proporcionar uma melhor qualidade de vida às mulheres climatéricas.

Para finalizar, analisaremos os dados coletados através de uma pesquisa de campo com 40 mulheres dos 40 aos 60 anos, praticantes ou não de alguma atividade física, nas cidades de São Paulo e Campinas.

1.1. Abordagem Antropológica

Dentre as inúmeras maneiras que um corpo feminino pode ser visto...

Atualmente, observamos que tanto os homens quanto as mulheres não conhecem o próprio corpo, têm a habilidade consertar o aparelho de rádio ou de televisão, mas na hora de tratar de seu corpo têm inúmeras dificuldades, limitações e são rodeados de preconceitos (PINOTTI, 1998).

Dissertar sobre o corpo feminino não está sendo uma tarefa simples, principalmente, diante de tantos livros, teses, revistas científicas e folhetos que encontram-se espalhados em minha mesa neste momento. Chego a perder-me em fantasias e realidades presentes na história da mulher ao longo dos anos.

Contudo, essa história não pode ser considerada como autêntica, já que não foi escrita por ela mesma, com seus sentimentos e emoções. Perdeu-se em lacunas e até hoje, a mulher ainda sofre as consequências de tantos anos de repressão. Busca sua identidade sendo mãe, esposa, trabalhadora, eletricista, técnica... e se não bastasse, ainda procura ser sedutora, bem humorada e com os padrões corporais de acordo com o estabelecido por sua cultura.

“Até hoje, ninguém sabe exatamente o que é ser mulher. Não basta ter olhos bonitos, cabelos compridos e se chamar Maria. Ser mulher é mais complicado, é preciso tempo e paciência para saber o que é isso. Com frequência, elas mesmas se desconhecem, olham para o espelho e se sentem feias, estranhas e diferentes. Pode ocorrer também, que o simples sorriso de um desconhecido lhes entregue, como por encanto, a nítida e luminosa sensação de ser mulher” (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994, p.7).

Numa tentativa de facilitar essa pesquisa, começarei pelo Gênesis, ou melhor, pela concepção bíblica cristã tão enraizada em nossa cultura e que denomina, desde os primórdios, a mulher como um ser inferior ao homem e muito tendenciosa aos prazeres e fraquezas da carne:

“Deus disse à mulher: não comereis do fruto da árvore que está no meio do jardim, nem nele tocareis, para que não morrais. E vendo a mulher, que aquela árvore era boa para se comer, agradável aos olhos e desejável para dar entendimento, tomou do seu fruto e comeu, e deu também à seu marido, que comeu com ela. E Deus então disse à mulher: multiplicarei grandemente a tua dor, a tua conceição, com dor terás filhos, e o teu desejo será para o teu marido e ele te dominará” (BÍBLIA, GÊNESIS, cap. 3, versos 3, 6 e 16).

Entretanto, no decorrer da história humana, observamos que a mulher permaneceu, por um longo período, estigmatizada pelo preconceito e pela marginalização. Segundo PINOTTI (1998), a sociedade via a mulher como uma cidadã de segunda classe, com inúmeros deveres e obrigações, mas pouquíssimos direitos e quase nenhum apoio para realizar os encargos que lhe eram atribuídos. Durante muitos anos, os valores da sociedade permaneceram baseados exclusivamente nas atividades masculinas ou melhor, em princípios que julgavam o corpo feminino como sendo: um corpo submisso, explorado, passivo enfim como se ouve, um corpo-objeto de cama e mesa (ROMERO, 1995). E não obstante, o fato de poder gerar filhos, ainda entitulou-a como o sexo frágil e indefeso da história.

Foi a partir dos anos 60, com o emprego da pílula anticoncepcional que a mulher passou a ter um pouco mais de controle sobre sua sexualidade, decidindo sobre seu desejo de engravidar ou não. Com isso, começou a ser mais valorizada e respeitada, e seus direitos começavam a tomar forma (ROMERO, 1995).

GUÉRIOS (1974, p.6) cita que a pioneira da educação feminina dos EUA – *Mary Lyon* – em 1825 disse: “Reflitam, estejam onde estiverem e façam-se respeitar ... Educai as mulheres que os homens serão educados”. Na verdade, muitos anos antes da “libertação” da mulher, já existia a conscientização da sua importância na sociedade. Porém, demorou muito tempo para que ela conseguisse seus direitos e sua igualdade perante os homens.

“A cadência do desenvolvimento de um povo é diretamente proporcional à cadência do desenvolvimento da mulher” (GUÉRIOS, 1974, p.6) pois, entre outros fatores, ela possui milhares de óvulos que são potencialmente necessários para assegurar a subsistência inteira da humanidade.

“... mulher de fases...” (RAIMUNDOS, 1999)

“E no entanto, o que diferencia a mulher do homem, não é nada que a possa levar a sentir-se inferior a ele, mas bem pelo contrário, o que lhe permite afirmar-se ao lado dele, porque se trata de um fato extraordinariamente importante e rico de consequências: o ritmo natural de sua vida, tanto fisiológica quanto psíquica. A vida da mulher conforma-se nisso, a um ritmo secreto, que a encerram num ciclo que incessantemente recomeça e incessantemente volta a chegar ao seu tempo e no qual todo o seu ser, com todas as suas manifestações, se sente harmoniosamente embalado” (DUBY, PERROT, [1994?], p.610).

Segundo PINOTTI (1998), é importante que a mulher conheça o seu corpo e também as diferentes fases de sua vida, a fim de que possa entender melhor as transformações físicas e psicológicas, que devem-se a uma maior ou menor secreção de hormônios e a um maior ou menor desenvolvimento dos seus órgãos.

E por falar em menopausa...

A menopausa é um problema moderno e até a virada do século XX, essa terminologia não existia. A expectativa de vida para as mulheres antepassadas era de 40 anos, dessa forma, aos 30 já eram consideradas velhas. Na época do Império Romano, a situação era pior: alcançavam o seu apogeu aos 25 e aos 30 anos era raro ainda estarem vivas. O medo de envelhecer, de perder a sexualidade e de morrer são as preocupações mais comuns da mulher na menopausa. Há quem afirme que os problemas corporais são frutos dessas fantasias. As pesquisas comprovam que as mulheres de baixa renda (faveladas, empregadas domésticas, etc) raramente se queixam dos famosos suores repentinos, de modificações na textura da pele ou de outros sintomas. Quanto mais alta é a classe social a que pertence a mulher, mais problemas com a menopausa ela tem. A luta pela sobrevivência e a vida dura mantêm a mulher ocupada, sem tempo para deprimir-se pela perda da juventude. A menopausa é característica do animal racional – o homem – ou para sermos mais exatos, da mulher. Isto reforçaria a tese de que certos sintomas têm origem psicológica. O conceito de menopausa também depende da cultura. Em certas sociedades primitivas, o fim da menstruação é um marco valorizador para a mulher. Significa que ela perdeu as últimas características femininas e está pronta para juntar-se

ao mundo dos homens, podendo participar de caçadas e jogos exclusivamente masculinos (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

A menopausa nas mulheres indianas da casta Rajput, grandes latifundiárias, é um evento assumido de modo positivo e muito desejado (HALBE, 1982).

Para CONFORT ([19--]), os homens não enfrentam a crise da menopausa como as mulheres, mas por volta dos 40 e 50 anos sentem-se forçados a questionar sobre todas as metas que se propuseram a atingir. A essa possível "crise" de identidade masculina, dá-se o nome de andropausa. Entretanto, esse termo carece de fundamentos biológicos, não possuindo validade como expressão científica, pois não são apresentadas alterações hormonais significativas como nas mulheres.

Atualmente, a indústria da beleza vem especificando-se com muita rapidez e eficiência, buscando produtos e serviços que prolonguem a juventude. Com isso, muitas mulheres deixam de aceitar o climatério, a menopausa e o envelhecimento como ocorrências naturais ao longo da vida.

Segundo GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS (1994), na menopausa a mulher tem duas opções: retira-se do mundo e continua jovem apenas nas suas lembranças ou segue viva e confiante, passando a aceitar e administrar sua nova vida. Mas, para que ela consiga realmente pensar e agir de acordo com a segunda opção, é importante que tenha o apoio e a compreensão do parceiro pois, segundo PINOTTI (1998) o homem, enquanto companheiro da mulher, precisa conhecê-la um pouco mais, a fim de colaborar para que ela tenha plenitude na sua saúde e na vida sexual.

Na perspectiva do envelhecimento...

“Saber envelhecer constitui a principal tarefa de um homem sábio e uma das mais árduas etapas da sublime arte de viver” (HENRI FRÉDÉRIC AMIEL).

CONFORT ([19--]) define a meia-idade como a “primavera da vida”, época em que as pessoas realizam planos e desfrutam de prazeres antes impossíveis, em virtude da falta de dinheiro, experiência e conhecimento. Também compara o envelhecimento com a adolescência, pelo fato das duas fases implicarem em luta contra a possível crise de identidade, preparatória para uma outra fase da vida.

O envelhecimento é um processo gradual e não acontece de um momento para o outro. Muitas mulheres temem passar por esse processo pois, associam-no com a perda da consciência, muito ameaçada pelas doenças degenerativas da velhice e que acarretam a perda das capacidades de deliberação e de assumir responsabilidades, levando a sua marginalização (MAIA, 1997).

O preconceito e o descaso público que assolam o atendimento médico no país, marginalizam o corpo envelhecido e contribuem para o aumento da diferenciação entre corpo velho e corpo idoso.

Normalmente, o corpo velho associado à pobreza é caracterizado como deteriorado, ausente de capacidades e habilidades, seu rendimento não é considerado aceitável e é desprovido de atendimento médico. Em contrapartida, o corpo idoso relacionado à riqueza, apresenta acúmulo de saberes, o seu corpo possível toma lugar do corpo jovem e possui toda a assistência médica que puder pagar.

Por outro lado, o que tem causado uma grande preocupação às mulheres, não é somente o medo de envelhecer, mas o de não ser aceita pelos outros e às vezes, por si mesma. Observa-se que a partir dos 40 anos, muitas delas não aceitam ser chamadas de senhoras e nem que subestimem suas forças e vitalidades cedendo-lhes lugares em ônibus e bancos.

Mas o que a mulher precisa compreender é que: se não se interessar pelo próprio corpo, ninguém vai se interessar por ela. Infelizmente, a mulher tem como prioridade principal a criança, seus filhos; depois vem a prioridade pelo marido e por último ela (PINOTTI, 1998). Se a saúde da mulher não estiver boa, ela não poderá cuidar dos filhos, nem do marido.

“A beleza está na forma, a estética é aparência que seduz o olhar do outro e imprime nesse olhar uma nova suavidade. Ao padronizar o corpo, negamos a singularidade do detalhe” (ROMERO, 1995, p.131).

Se as mulheres soubessem os verdadeiros desígnios e fatores da velhice, certamente a maior parte delas teria se preparado para a 2^o fase de sua vida assumindo posturas de ordem econômica, educacional e psicológica bem diferentes; culminando para uma velhice em que o intelecto, a sexualidade e a vitalidade permanecessem intactos (CONFORT, [19--]).

As mulheres precisam ter uma visão mais realista do conteúdo e do significado do envelhecimento, pois assim estarão evitando o suplício de uma velhice infeliz, que muitas vezes é confundida com a própria crise da adolescência, repleta de incertezas, inseguranças e sentimentos de rejeição e inutilidade (CONFORT, [19--]).

1.2. Aspectos Bio-Psico-Social do Climatério

O que é climatério?

“Talvez a lua também tenha alterado nosso juízo. Lua de boleros, lua de mel, lua de lunáticos e agora lua de mulher. Ela sabe, na menopausa, que é mais bela e mais jovem do que aquilo que está vendo, e que o espelho – como a lua refletida no lago – é pura miragem, só diz mentiras” (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994, p.8).

A palavra climatério origina-se do grego *klimater*, que significa ponto crítico da vida humana, é o período da vida da mulher situado entre a menacme e a senectude (GIORDANO, 1998). A senectude caracteriza-se fundamentalmente pela atrofia generalizada de órgãos e tecidos, em grau bastante variável entre os indivíduos e no próprio indivíduo (HALBE, 1982).

Já para BASTOS (1978), o climatério é o período da evolução genital feminina situado entre a maturidade sexual e a senilidade funcional. Segundo HALBE (1982), o climatério é o período de declínio fisiológico da função ovariana, com aumento da incidência dos ciclos anovulatórios com fase lútea inadequada, podendo ser a fase estrogênea mais ou menos normal; enquanto que a fase pós-menopausa é marcada pelos fenômenos causados pela progressiva insuficiência estrogênica e finalizada com a exclusão dos ovários. Compreende a fase de envelhecimento da mulher que é marcada pela transição do estágio reprodutor da vida ao estágio não reprodutor. Podendo também ser considerada um fenômeno bio-psico-social.

GIORDANO (1998) relata que o climatério abrange, aproximadamente, dos 45 aos 60 anos de idade. Esses dados são discordantes de BASTOS (1978) que relata que não é possível delimitar, com precisão, o período de duração do climatério, pois a partir dos 40 anos a mulher começa a apresentar distúrbios menstruais, que são detectados pela falta de menstruação ou por hemorragias, que indicam o início de uma nova fase. Já para RIBEIRO (1981) o que também dificulta essa delimitação, é o fato de que aquelas mulheres que têm melhor qualidade de vida e equilíbrio de seu corpo, tendem a envelhecer mais tarde; prorrogando dessa forma a fase do climatério.

Para GIORDANO (1998), o climatério é um fenômeno próprio da espécie humana e de algumas espécies de primatas. Acredita-se que os animais não têm climatério porque morrem antes de alcançá-lo, a morte estaria relacionada com a perda dos dentes e impossibilidade de ingerir alimentos de modo adequado. JEFFCOATE (1979) relata que a ovulação e a fertilidade nos animais inferiores, continuam até a idade avançada e também que 10% dos homens apresentam climatério, mas que segundo ele ocorreria em idade mais avançada do que nas mulheres.

No mundo animal, as macacas, apesar de idosas e grisalhas, continuam apresentando ovulações e menstruações, a tal ponto, que se afirmam não haver menopausa nesses animais. Entre as espécies, a macaca Rhesus que vive 30 anos, gasta somente 10% do seu tempo total de vida na fase senil não reprodutora, ao passo que na mulher que tem uma expectativa de vida por volta de 75 anos, essa fase consome 33% do tempo, entre climatério e senectude (HALBE, 1982).

A fase do climatério pode ser dividida em: climatério compensado, quando não observa-se nenhum sintoma; e climatério descompensado (também chamado de síndrome do climatério, moléstia menopausal e síndrome menopausal), quando há sintomas (HALBE, 1982).

O tratamento do climatério compensado baseia-se em duas medidas fundamentais:

- *discussão do significado físico e psico-social do climatério*: a educação sexual e a explicação dos principais sintomas ocorridos no climatério, como forma de esclarecê-la e prepará-la para os possíveis problemas.
- *medidas higieno-dietéticas*: alimentação a base de dietas hipocalóricas e hipogordurosas, complementadas por vitaminas e sais minerais; e prática de atividades físicas com o objetivo de preencher o tempo ocioso de forma útil e saudável, a fim de estimular o aparecimento de novas perspectivas de vida. A boa alimentação e os exercícios físicos ajudam a manter o peso corporal normal, que no climatério tende a aumentar e também a reforçar o trofismo ósteo-músculo-articular (HALBE, 1982).

Amenorréia...é a chegada a menopausa.

“A menopausa marca um crescimento e todo crescimento é doloroso. As dores do crescimento afetam jovens e velhos, porém os velhos são mais sábios e experientes. Podem, por isso, aproveitar suas dores para aprenderem algo mais sobre si mesmos, coisa que os jovens raramente fazem” (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994, p.17).

O termo menopausa deriva do grego “mens” que significa mês e “pauis”, parada: o fim dos fluxos menstruais (ZABAGLIA, 1996).

A menopausa é um fenômeno situado dentro do climatério e para facilitar o estudo e a compreensão, trataremos os tópicos como referentes somente ao climatério e não específicos a menopausa, já que encontra-se embutida no mesmo.

O surgimento da menopausa determina o início de um período de mudanças sociais, psicológicas e fisiológicas, sendo que culturalmente vêm carregado de estigmas, que dificultam a compreensão do corpo em relação ao próprio corpo e do corpo no espaço, e que conseqüentemente pioram a qualidade de vida.

A menopausa pode ocorrer de três formas: precoce, quando ocorre antes dos 40 anos; natural, ocorre fisiologicamente entre 45 e 52 anos e tardia, após os 55 anos. Levando-se em conta, influências individuais, raciais, ambientais, hereditárias e nutricionais (GIORDANO, 1998).

Para SPEROFF, GLASS, KASE (1980), a menopausa precoce é ocasionada por castração cirúrgica ou por radiação, caracterizada pela perda estrogênica abrupta, e conseqüentemente, rica em sintomas. Se a perda estrogênica for lenta, as reações vasomotoras serão mínimas. A menopausa tardia é ocasionada pela resistência geral ao envelhecimento dos tecidos-alvo, pelo estado geral de saúde, pela qualidade da dieta, pelo nível de atividade e pela quantidade de estrógeno produzido pelas vias não endócrinas periféricas.

A menopausa é caracterizada pela falta de menstruações por 12 meses. Nesse período, há uma queda acentuada do funcionamento ovariano e conseqüentemente, diminuição na produção dos hormônios estrógeno e

progesterona. Com isso, há uma modificação nas características femininas, como por exemplo, a voz torna-se um pouco masculinizada, diminui a lubrificação vaginal, o brilho dos olhos, os ombros tornam-se achatados, a cintura aumenta e pode haver um ligeiro crescimento de pêlos na face (JEFFCOATE, 1979; PINOTTI, 1998). Essas alterações acabam confundindo menopausa com velhice e incapacidade sexual, quando na verdade é apenas um fenômeno natural da vida.

A menopausa também pode ser considerada como uma forma de proteção à mulher para que não se reproduza depois de um certo período, pois seus ovários e óvulos estão envelhecidos e seu corpo pode não ter elasticidade suficiente para poder gerar um filho (PINOTTI, 1998).

1.3. Fisiologia do Climatério

Uma breve história...

Segundo GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS (1994), os ovários são glândulas sexuais femininas que produzem óvulos e hormônios sexuais. Esses hormônios ficam “adormecidos” dentro de nós até a época da puberdade, e a partir daí começam a dar as características femininas à mulher e a capacidade de reprodução. A mulher nasce com cerca de 400 óvulos, que ficam estocados nos ovários e são expelidos um de cada vez e uma vez por mês, na tentativa de serem fecundados.

O útero é um órgão oco e feito de músculos, com enorme capacidade de expansão. Na hora do parto, os músculos se contraem facilitando o nascimento

do bebê. É preparado, pelos hormônios uma vez por mês, com o objetivo de gerar uma nova vida. Sua irrigação forma um ninho aconchegante para o óvulo. Se for fecundado, o óvulo aloja-se ali e prossegue seu desenvolvimento até o nascimento do bebê. Quando não, a camada se desfaz e é expelida como menstruação. Ou seja, os hormônios preparam uma festa, enfeitam o salão e incentivam carinhosamente o óvulo a esperar seu pretendente – o espermatozóide. Quando o ilustre convidado é barrado na entrada por um diafragma ou uma camisinha, ou simplesmente se extravia, um cartão vermelho anuncia que a festa foi cancelada. É justamente aí que ocorre a menstruação. Quando o pretendente é recebido pelo óvulo, a festa acontece de modo fulgurante. A união de óvulo, espermatozóide e hormônios produz um final feliz que é o início da vida. As glândulas sexuais dão prosseguimento à celebração. Novos hormônios serão necessários para assegurar a manutenção das condições do útero até que o bebê nasça. Depois do nascimento, a história continuará se repetindo sempre, com a esperança de que novos bebês povoem a Terra.

Até que chega o dia em que o estoque acaba ou vence seu “certificado de validade”. E então os ovários dão por encerrado o expediente e adormecem para sempre. Com isso, termina a época de fertilidade na vida da mulher, e ela pára de menstruar, estabelecendo-se a menopausa.

Estudo das funções orgânicas no período do climatério

Os ovários têm como responsabilidades fisiológicas, a liberação periódica de óvulos e a produção dos hormônios esteróides, estradiol e progesterona. Ambas as atividades relacionam-se no processo contínuo repetitivo de maturação folicular, ovulação, formação e regressão do corpo lúteo. Os ovários são

envólucros que contém: folículo, corpo lúteo e estrona (SPEROFF, GLASS, KASE, 1980).

O principal hormônio feminino é o estrógeno que, a partir da adolescência, favorece o crescimento dos seios, a produção de óvulos e a menstruação. Até os quarenta anos, sua produção mantém-se constante, mas o início do climatério anuncia o seu decréscimo (BASTOS, 1978; HALBE, 1982; LUDUVIG, 1996).

Para GUNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE (1988), a regressão ou o término da produção de progesterona (depois que a ovulação cessa) associada a queda da produção de estrógeno são os fatores responsáveis pelos sintomas da menopausa.

1.4. Sintomatologia do Climatério

No início do climatério, os ovários apresentam corpos lúteos insuficientes, que indicam seu desaparecimento. Se a mulher ainda apresentar menstruação, seus ciclos serão anovulatórios. A esterilidade é estabelecida e a maturação folicular é inconstante e desaparece no final do climatério (BASTOS, 1978).

Segundo RIBEIRO (1981), a falência ovariana, com excreção de estrógeno diminuída e o aumento da produção das gonadotrofinas, que tentam equilibrar a inatividade das gônadas, provocam os sintomas patológicos verificados na pré e na pós-menopausa. O hipoestrogenismo pode causar secura, palidez e perda do enrugamento das paredes da vagina (GIORDANO, 1988).

Para RIBEIRO (1981), a menopausa encontra-se mais acentuada em seus sintomas, nas mulheres com níveis sócio-econômicos mais elevados. O problema

torna-se mais psico-emocional do que somático, pois a mulher com menos recursos financeiros, não têm tempo para preocupar-se com menopausa. O que não quer dizer, que essas não possam apresentar os sintomas da mesma.

A forma de se encarar esse período da vida é diferenciada em algumas culturas. As mulheres da Índia e Arábia anseiam pela chegada da menopausa, pois estarão livres de várias proibições por estarem menstruando. Nesses grupos, não há relatos de sintomas climatéricos. A síndrome do climatério foi recentemente descrita no Japão como a doença da modernidade, doença do luxo, afetando as mulheres que dispõem de muito tempo para procurarem médicos, apresentando queixas irrelevantes. Segundo esses articulistas, se tais mulheres ocupassem propriamente o tempo, tais eventos não seriam manifestos (GIORDANO, 1998).

De acordo com o autor, mesmo as mulheres que aparentemente têm um climatério sem complicações, não estão livres das consequências imediatas ou tardias. As modificações metabólicas e ósseas podem assumir caráter patológico. Por isso, faz-se necessário executar um trabalho que previna os possíveis sintomas indesejáveis, como também que minimize os apresentados.

A sintomatologia do climatério segundo alguns autores (DE LUCA, 1981; HALBE, 1982) pode ser dividida em:

⇒ **fator gonadal**: alterações do sistema nervoso autônomo, decréscimo da atividade ovariana (distúrbios do ciclo menstrual) seguido de deficiência hormonal (ondas de calor, sudorese, alterações metabólicas de alguns órgãos...)

- ⇒ **fator sócio-cultural:** tradição e pressão social como pontos fundamentais na adaptação da mulher à nova fase e em relação ao sentimento de feminilidade.
- ⇒ **fator psicológico:** aceitação do próprio corpo e das tensões dependem da estrutura e do caráter da mulher, dores de cabeça, insônia, fadiga, depressão e alterações comportamentais.
- ⇒ **fator metabólico:** vaginite, atrofia da pele e das mamas, osteoporose, arteriosclerose e etc.

Segundo FORTI (1999), as doenças cardiovasculares representam o principal problema para as mulheres que atravessam o período do climatério e da menopausa. Uma em cada nove mulheres, que encontram-se nessa fase, possui algum tipo de doença cardiovascular. O avançar da idade e a diminuição na produção de estrógeno e do metabolismo, favorecem o acúmulo de lípidos nas paredes arteriais, assim como, o aumento da produção de colágeno presente nesse período, provoca o aumento da rigidez das paredes dos vasos.

As mulheres na fase do climatério e da menopausa apresentam alguns sintomas:

Fogachos ou ondas de calor

Segundo FREDERICKSON, WILKINS-HAUG (1993), 80 a 90% das mulheres menopáusicas sentem as ondas de calor. Em algumas mulheres, os fogachos são incomuns e podem durar apenas poucos meses. Em outras, as ondas duram dias e noites simultâneos e incapacitam-nas de exercerem suas atividades cotidianas.

É a alteração mais típica presente na menopausa, consiste na ruborização do tronco e da face, na sensação subjetiva de calor, e é habitualmente seguida de

transpiração Tem duração aproximada de 15 a 60 segundos, chegando a repetir-se até 30 vezes ao dia, e tende a diminuir com os anos (GIORDANO, 1998).

Os fogachos são manifestações da instabilidade vasomotora desencadeados particularmente pela excitabilidade, nervosismo e atmosfera quente. A vasodilatação é acompanhada pela vasoconstrição de modo que após os fogachos, surgem os arrepios e tremores de frio (JEFFCOATE, 1979).

Alguns hábitos devem ser evitados quando os fogachos encontram-se muito intensos: álcool, café, banhos quentes, alimentos muito condimentados e sentar-se junto a lareira (JEFFCOATE, 1979).

Doenças cardiovasculares

PINOTTI (1998) relata que a mulher tem de oito a nove vezes menos chances de doenças cardíacas em relação ao homem antes da menopausa, e passa a ter riscos iguais depois. Nesta fase, as mulheres perdem a proteção do hormônio e as gorduras tendem a acumular-se com mais facilidade nos vasos sanguíneos podendo causar problemas cardíacos (arteriosclerose). De acordo com LUDUVIG (1996), as doenças cardiovasculares nas mulheres climatéricas matam mais do que acidentes de trânsito, todos os tipos de câncer do aparelho genital, sobretudo de mama e colo de útero, e até das fraturas consequentes da osteoporose. GIORDANO (1998) afirma que 40% das mulheres acima de 50 anos, apresentam níveis altos de colesterol, e recomenda uma dieta com menos calorias, menos gorduras e a prática regular de atividade física, para que os problemas possam ser prevenidos ou amenizados e as mudanças físicas recuperadas.

Tabela 1.1. Pacientes de risco para doença cardiovascular (GIORDANO, 1998, p.256).

Fumantes	História prévia de doença cardiovascular
Hipertensas	História de dor torácica
Tolerância elevada à glicose e diabetes	Baixo nível sócio-econômico
Dislipidemias	Hipercoagulabilidade sangüínea
Hiperandrogenismo	Uso crônico de corticosteróides
Idade avançada	Vida sedentária
Obesidade	Ooforectomia bilateral na pré-menopausa
Relação cintura-quadril maior que 0,85	Falência ovariana prematura.
História familiar de doença cardíaca	

Obesidade

Devido ao desequilíbrio hormonal sofrido durante o período do climatério, muitas mulheres sofrem modificações na forma de seu corpo e na sua aparência. A mulher, mesmo magra, pode acumular gorduras perdendo a cintura. Essas, por sua vez, tem um efeito negativo no corpo feminino pois produzem substâncias cancerígenas para os seios. A cintura pode chegar a tornar-se maior do que os quadris, conseqüentemente aumentando-se o risco de câncer (AYALA, 1994).

A obesidade é um fator muito importante pois, com o envelhecimento tende-se a praticar menos atividade física e a aumentar a ingestão de alimentos. Conseqüentemente, há o aumento do peso corporal. Para GIORDANO (1998), a obesidade tende a ser tanto mais evidente quanto melhor a situação econômica da paciente e menor a atividade física.

Nota-se que, algumas mulheres aumentam o peso corporal durante o período de reposição hormonal. Na verdade, os hormônios não engordam, mas as mulheres por sentirem-se bem com as ação dos mesmos, passam a comer melhor, conseqüentemente engordam. A mulher então, deve controlar a quantidade de comida ingerida e fazer exercícios físicos (PINOTTI, 1998).

Muitas vezes a gordura não é consequência de distúrbios glandulares, mas da falta de atividade física e da vida sedentária que a mulher leva. E, para a sociedade em que vivemos, nada mais comprometedor para a beleza feminina do que as gordura que se acumulam pelo corpo (NOGUEIRA, 1971).

Na menopausa, algumas mulheres engordam para reviverem o momento feliz da gestação. Ao invés de ocuparem suas barrigas com bebês, ocupam com gorduras, com o intuito de sentirem-se um pouco grávidas. Um outro ponto e fundamental pretexto para se deixarem engordar é o fato de encararem a menopausa como o fim da vida erótica. Quando isso acontece, não há sentido em preservar um corpo que homem algum irá aproveitar. Comer passa a ser o novo prazer, que vem ocupar o lugar do sexo. Há também mulheres que são capazes de engordar só para recuperarem o controle de seu corpo. Assim, perdem a beleza mas ganham o poder de decidir sobre si mesmas (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

Hirsutismo

Caracterizado pelo excesso de pêlos faciais e corporais. Associa-se com a perda da função menstrual cíclica. Primeiramente, há o aumento dos níveis de andrógenos (testosterona), que produzem um estímulo inicial de crescimento dos pêlos, e depois agem de maneira a sustentar um crescimento contínuo. Os

ovários anovulatórios são geralmente a origem desses andrógenos. Enquanto isso, os estrógenos atuam em sentido oposto, atrasando o início e a velocidade de crescimento e conduzindo a formação de pêlos mais finos e menos pigmentados (SPEROFF, GLASS, KASE, 1980).

Osteoporose

A osteoporose não é uma doença, é um processo degenerativo e silencioso. Para FREDERICKSON, WILKINS-HAUG (1993), a osteoporose é a diminuição da quantidade de estrutura óssea, perda de fibras protéicas e de cálcio, que proporcionam aos ossos força e resistência à fratura. Atinge cerca de 15 a 20% das mulheres, em geral brancas de pele e olhos claros, que não praticam atividade física, que fumam e que têm alimentação desbalanceada (LUDUVIG, 1996).

Para SPEROFF, GLASS, KASE (1980), aproximadamente 25% das mulheres de cor branca e com mais de 60 anos de idade, têm fraturas por compressão espinal (5 vezes mais frequentes do que em homens), devido à osteoporose. As mulheres negras possuem maior quantidade de tecido ósseo e nelas raramente, a osteoporose se desenvolve. A osteoporose engloba 80% de todas as fraturas do quadril, e 17% das mulheres com esse tipo de fratura morrem dentro de 3 meses.

Durante o climatério, os ossos ficam mais porosos e frágeis, o que leva ao encurvamento da coluna (a chamada “corcunda da viúva”) e ao aumento do risco de fraturas, principalmente nos quadris (FOLHETO DA BIOGALÊNICA, 1996). É perfeitamente normal perder 0,5% de massa óssea por ano, o que significa 10%

após vinte anos, mas com taxas maiores, os ossos certamente apresentaram consequências trágicas, podendo levar à morte (LUDUVIG, 1996).

Segundo HALBE (1982), os ossos da coluna e da pelve são os mais atingidos pela osteoporose, o crânio quase nunca sofre consequências. Em relação a coluna, observa-se principalmente, dor lombar, diminuição da altura e cifose.

Os hormônios sexuais também atuam na constituição do esqueleto. A escassez deles pode levar os ossos a perderem sua consistência e, conseqüentemente, tornarem-se frágeis (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

Segundo PINOTTI (1998), um terço das mulheres desenvolvem osteoporose depois da menopausa. Para isso, além da reposição hormonal (que fixa o cálcio nos ossos), se necessário as mulheres precisam ter uma boa alimentação (vegetais verde-escuros, alguns peixes, leite e seus derivados) para que haja cálcio suficiente na corrente sangüínea, tomar um pouco de sol (os raios solares ativam a vitamina D que ajuda a fixar o cálcio nos ossos) e fazer exercícios físicos para fortificar os ossos. É necessário também, o exame esporádico da densitometria óssea.

É comum no climatério o aumento dos níveis plasmáticos e urinários de cálcio e potássio, pois é prioridade do organismo manter os níveis sanguíneos de cálcio dentro dos limites constantes, sempre que as concentrações plasmáticas exigirem, o cálcio será retirado do osso, resultando em uma deterioração da qualidade óssea, podendo ser este a causa ou efeito da osteoporose (JEFFCOATE, 1979; PAIVA, 1997).

“A medida isolada mais importante para minimizar o ritmo de osteoporose, em mulheres pós-menopáusicas, é a suplementação do estrógeno. Os exercícios regulares que suportam peso, a suplementação de cálcio, a eliminação do tabagismo, a moderação na ingestão de cafeína e de álcool são medidas que ajudam a retardar a osteoporose” (FREDERICKSON, WILKINS-HAUG, 1993, p.126).

As dores ósseas, articulares e musculares podem relacionar-se com fenômenos de envelhecimento e de atrofia, agravados pela diminuição da atividade física, embora possam dever-se a osteoporose (HALBE, 1982).

Aparelho urinário

A uretra distal é sensível as variações fisiológicas do estrogênio, por isso algumas mulheres com deficiência estrogênica podem apresentar atrofia uretral com estreitamento. Por consequência, temos o aumento do volume residual e da incidência de infecção urinária com sintomas de polaciúria, disúria e incontinência urinária de esforço (HALBE, 1982).

Vaginite

O baixo nível de estrógeno, próprio do climatério, pode provocar alterações no epitélio de revestimento da vagina. Com isso, ocorre a diminuição da acidez vaginal e a capacidade de defesa do órgão, que fica exposto a infecção por agentes patogênicos (BASTOS, 1978).

Sangramentos anovulatórios

Caracterizados pela não ovulação, têm como consequências: menstruações irregulares, hirsutismo, ovário policístico e amenorréia. A anovulação crônica manifesta a infertilidade e um grande risco de desenvolvimento de carcinoma do endométrio e da mama. Causados principalmente, por um defeito no eixo central hipotalâmico-pituitário, função anormal no interior do próprio ovário e anormalidade nos sinais de retroalimentação (retroalimentação negativa: quando ocorre insuficiência dentro do sistema, ou seja quando o nível de um determinado hormônio não é suficiente para controlar a resposta de um outro hormônio à um determinado estímulo) (SPEROFF, GLASS, KASE, 1980).

Pele

Em virtude do aumento da idade média de vida das mulheres, as alterações da pele vem possuindo um papel significativo, pois refletem as condições de saúde, idade e beleza. O aparecimento das primeiras rugas torna-se a conscientização do avançar da idade, que pode deprimir e prejudicar a qualidade de vida.

Após a menopausa, há redução de espessura da epiderme. A pele perde a elasticidade e, com a diminuição da espessura, surgem as rugas mais evidentes na face. Aparecem manchas hipocrômicas, melanoses em áreas expostas ao sol e sardas (GIORDANO, 1998).

Após a perda de estrógenos, a epiderme torna-se mais delgada e o número de mitoses diminui (SPEROFF, GLASS, KASE, 1980).

Assim como, a excessiva retenção de líquidos acaba e há acentuada desidratação da pele, acompanhada por uma redução na síntese de vitaminas A e E. A pele perde o viço e torna-se enrugada e flácida, devido a rápida perda de colágeno (AYALA, 1994).

Esses sintomas acabam gerando algumas modificações no seu estado psico-social.

O modo como a mulher atravessou as etapas de sua vida (adolescência, maturidade, maternidade, etc) é fator determinante do modo como vai encarar o climatério. HALBE (1982) relata que uma mulher emocionalmente equilibrada e adaptada ao climatério, não sofra as perturbações psicogênicas características desse período. Mas ressalva que, as consequências trazidas pela deficiência estrogênica, como por exemplo a atrofia genital e as ondas de calor acentuadas, podem acabar influenciando o estado emocional da mulher.

O climatério é uma fase de transformação biológica que, como qualquer outra mudança, necessita de adaptação. E quanto maior for o processo ativo da mulher, em relação a essa nova fase, melhor será sua adaptação.

Os fatores responsáveis por essa transformação são inúmeros e difíceis de serem definidos, mas os de maior relevância podem ser caracterizados como somáticos, psicológicos, sócio-culturais, endócrinos e ambientais.

Certamente, o aspecto principal é o auto-conceito, que possibilita às mulheres ultrapassarem essa fase com segurança e prestígio ou com frustração e desânimo. Muitas são cercadas por perguntas, como por exemplo: O que farei agora? Quem realmente sou? Serei necessária? Serei muito velha para enfrentar novos desafios e perspectivas? Além desses, outros problemas também cercam a mulher climatérica, entre eles os efeitos da adaptação do uso da terapia de

reposição hormonal, a nutrição, a educação sexual que tiveram ao longo de suas vidas, a influência da menopausa nas relações sexuais e os problemas específicos da mulher só, entre elas solteiras, divorciadas e viúvas (HALBE, 1982).

Muitas vezes o sofrimento vem da sua negação. Todo o fim implica um recomeço e quando não há fim, o que atrasa é o começo (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

De acordo com muitos autores, algumas mulheres durante o climatério, passam por momentos difíceis de incompreensão e muita ansiedade, chegando a perder o equilíbrio de seu corpo e seu comportamento. Associam a incapacidade reprodutiva ao desaparecimento da beleza física e da juventude. Temem a insanidade, perda da feminilidade, obesidade, perda da afeição conjugal e algumas associam a menopausa com o aparecimento do câncer. Talvez isso seja culpa da própria sociedade ocidental que valoriza a juventude e discrimina a velhice.

“Se ela tiver desenvolvido as potencialidades, as manifestações depressivas, porventura presentes, serão desprezíveis. Se por outro lado, a mulher ficou como se diz vulgarmente “a janela e deixou a vida passar”, ela poderá ter crises existenciais. Admite-se que a maioria das mulheres consegue superar os conflitos, descobrindo novos valores e qualidades pessoais que não tiveram no passado oportunidade de expansão: maior participação no trabalho, cultivo de artes, leitura de bons livros, atividades sociais e religiosas poderão ocupar o dia, o mês, os anos da mulher no climatério” (GIORDANO, 1998, p.257).

Algumas mulheres associam menopausa com perda e acabam tornando-se vítimas de um engano, quando a transformam numa tragédia ou num álibi, para manifestar outros problemas de sua vida que a estão perturbando. Quando uma mulher tem dificuldades com seu marido, trabalho e filhos, tem maior possibilidade de "sofrer de menopausa", ou seja, de desenvolver os sintomas e considerá-la como uma doença (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

Algumas mulheres dizem que têm insônia durante a menopausa. A insônia está presente na depressão. Quando a mulher sente-se deprimida por não entender a nova fase que está atravessando, perde muito tempo pensando nesse assunto, e geralmente usa a insônia para refletir (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

A depressão não pode ser considerada um sintoma típico do climatério. Na verdade, o climatério é apenas um fator desencadeante às mulheres que possuem uma base de distúrbio mental ou familiar. Algumas também apresentam excitabilidade, nervosismo, irritabilidade, incapacidade de concentrar-se, cefaléias, vertigens e ruídos na cabeça (JEFFCOATE, 1979).

1.5. Terapia de Reposição Hormonal

Até pouco tempo, a mulher não possuía recursos para enfrentar a irritação, o mau-humor, a secura vaginal e as ondas de calor entre outros sintomas do climatério. Na década de 60, entretanto a situação começou a mudar, quando os cientistas iniciaram o uso da suplementação com estrógeno artificial nas mulheres

climatéricas, que passariam a não sentir os incômodos e a prevenir os males característicos desse período (LUDUVIG, 1996).

Para GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS (1994), os hormônios sintéticos não devem ser vistos como incômodos na vida da mulher, assim como os antibióticos, que são obrigatórios e que muitas vezes trazem terríveis efeitos colaterais. Na verdade, os hormônios devem ser utilizados como uma opção para que a mulher livre-se dos sintomas desagradáveis e de alguns riscos que possam ameaçar sua saúde, durante o climatério.

Através da reposição hormonal, a mulher pode optar por continuar menstruando ou não. Os hormônios podem ser administrados por via oral, injeção ou por meio de adesivos colocados na pele. E ainda, podem ter o acréscimo ou não de progesterona (PINOTTI, 1998).

Há mais de dez anos, quando teve início o uso da terapia de reposição hormonal, observou-se o aumento de três a quatro vezes a incidência de câncer de colo de útero. Entretanto, vários estudos comprovaram que quando se adiciona ao estrógeno uma quantidade mínima de progesterona, pelo menos uma semana por mês, o risco de câncer de útero deixa de existir (PINOTTI, 1998).

Verifica-se em todos os estudos, que é indiscutível o efeito benéfico do tratamento de reposição hormonal. A terapêutica contribui para a preservação da massa óssea, diminuição de riscos de doenças cardiovasculares e supressão de sintomas relacionados com a perda da atividade ovariana (GIORDANO, 1998). Também acredita-se na interrupção da terapêutica a cada 6–12 meses, para que se possa determinar a necessidade de um novo tratamento.

Segundo PINOTTI (1998), as mulheres que fazem uso da terapia de reposição hormonal têm três vezes menos risco de adquirirem câncer de útero do

que aquelas que não fazem. Como também o risco de sofrerem doenças cardiovasculares é menor para as mulheres que fazem uso da terapia. E além disso, o hormônio estrógeno previne a osteoporose. A ausência do estrógeno causa o aumento da reabsorção óssea sob a ação do paratormônio, razão pela qual, utiliza-se a reposição do estrógeno no tratamento da osteoporose (HALBE, 1982).

Segundo vários autores, a incidência de câncer de mama é maior nas mulheres que fizeram uso da terapia de reposição hormonal por um período superior a oito anos. Ainda existem dúvidas quanto ao risco-benefício do uso da terapia, indica-se portanto, a avaliação clínica geral da mulher antes e durante o tratamento.

Os hormônios influenciam na taxa de colesterol no sangue, impedindo que as gorduras se fixem nas paredes dos vasos. A queda da produção desses hormônios provoca o aumento do risco de entupimento das artérias, conseqüentemente, um passo para a arteriosclerose. De acordo com LUDUVIG (1996), o uso dos hormônios melhoraria a fração do colesterol bom (HDL) e reduziria a do ruim (LDL). Porém, sabe-se hoje, que a ação fundamental do estrógeno ocorre na dilatação dos vasos sanguíneos, evitando a contração que, associada às placas de gordura, podem ser fatais.

Os hormônios também têm influência sob os músculos da bexiga, que se não tiverem contração suficiente, podem causar incontinência urinária (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994). A hormonioterapia aumenta a gordura subcutânea e a retenção de água, conservando assim, a pele hidratada e jovem por mais tempo; possibilita a redução da atrofia vaginal, mantendo o órgão lubrificado e propenso ao aumento do prazer sexual; ajuda no fortalecimento do

maxilar, preservando a arcada dentária; e pode prevenir e amenizar os estágios iniciais do Mal de Alzheimer (doença degenerativa cerebral) (LUDUVIG, 1996).

SPEROFF, GLASS, KASE (1980) relatam as vantagens da terapia estrogênica:

- controle de reações vasomotoras (calor e sudorese).
- redução de reações emocionais no climatério (ansiedade, depressão, alterações de humor, insônia, irritabilidade, cefaléia, ansiedade, polaciúria – emissão freqüente de urina).
- redução na incidência de fraturas e prevenção à osteoporose.
- prevenção a doença cardíaca coronariana.
- reversão da atrofia epidérmica.

Em relação a sexualidade, PINOTTI (1998) diz que a reposição hormonal e as pomadas de hormônios femininos, fazem com que a vagina continue lubrificada normalmente.

Com a hormonioterapia, recomenda-se dieta pobre em gorduras e a prática de exercícios físicos (GIORDANO, 1998).

“A diferença da qualidade de vida entre as mulheres que usam e não usam a reposição hormonal é muito grande e cabe a classe médica e ao sistema de saúde oferecer à todas as mulheres, independentemente do poder aquisitivo, essa possibilidade, desde que elas queiram e possam receber a reposição hormonal” (PINOTTI, 1998, p.105).

A reposição hormonal trouxe às pioneiras usuárias da pílula anticoncepcional nos anos 60 e às suas seguidoras, a resolução dos trágicos sintomas trazidos pelo climatério. Não é de se admirar portanto, que na virada do

milênio, os consultórios dos cirurgiões plásticos e as academias de ginástica sejam invadidas pelas mulheres com mais de 40 anos, assim como haja um crescimento ainda maior da milionária indústria dos cosméticos (LUDUVIG, 1996).

Segundo HALBE (1982), a reposição hormonal também é importante quando observa-se que, os aumentos de lipo-proteínas de densidade muito baixa (LDMB) e/ou de densidade baixa (LDB) relacionam-se ao aumento da incidência de doença cardiovascular isquêmica, enquanto que, a lipo-proteína de densidade alta (LDA) ocasiona o efeito oposto. Portanto, as concentrações dessas lipo-proteínas dependem da dose e natureza dos estrógenos, que podem ser adquiridos através da reposição hormonal.

1.6. Sexualidade e Climatério

Segundo JONES, WENTZ, BURNETT (1990), a sexualidade assim como os aspectos físicos, também sofre os efeitos do envelhecimento. A resposta física dos indivíduos modifica-se com os anos, gerando diferenças na intensidade e na qualidade da resposta sexual. O processo de envelhecimento e a adaptação a essas respostas podem intensificar a sexualidade ou produzir uma disfunção sexual no indivíduo. As mulheres costumam alcançar o máximo de suas respostas no final dos 30 e início dos 40 anos, com mais rapidez e intensidade, o que denota uma maior segurança e confiabilidade.

Muitos autores referem-se a sexualidade no climatério, como uma consequência do significado que a mulher manteve ao longo de sua vida. Se possuía um relacionamento sexual instável, este pode piorar neste período, pois

ocorre uma diminuição da elasticidade da pele das mamas, da vagina e também da lubrificação vaginal.

Na verdade, o sexo vai depender muito mais do relacionamento amoroso do casal do que da intensidade dos sintomas físicos. A mulher não deixa de ter apetite sexual depois da menopausa. Muito pelo contrário, pode até sentir-se mais liberada, por não correr o risco de engravidar e não ter o incômodo da menstruação; como também, pode aumentar seu apetite sexual em função dos hormônios masculinos que secreta depois da menopausa. A qualidade do relacionamento sexual fica mais estável e se aprimora com o passar dos anos. O companheirismo, a doação e a maior intimidade tornam-se sinônimo de sexualidade. Não há mais lugar para a paixão, a inexperiência e a pressa. Segundo GIORDANO (1998), a atividade sexual como as demais, pressupõe aprendizado e aperfeiçoamento.

De acordo com GIORDANO (1998), a sexualidade se extinguirá com a morte, e não com a idade.

Calcula-se que, na Bretanha, 75% dos casais com 60 anos ainda praticam regularmente a atividade sexual. A vida sexual só diminui gradualmente como parte do processo de envelhecimento de ambos os parceiros (JEFFCOATE, 1979).

Segundo HITE (1979), há mulheres que sentem uma diminuição no desejo sexual, enquanto outras um aumento do apetite erótico durante a menopausa. Teoricamente, a libido deveria crescer neste período, pois a ação do andrógeno da mulher não é afetada. E muitas, procedem assim, principalmente as que não são deprimidas e encontram parceiros compatíveis. Um outro motivo para o

aumento da capacidade sexual seria o maior e mais complexo sistema de veias (varicoses), que se desenvolve na área genital com o envelhecimento.

Na menopausa, termina a capacidade de reprodução e pode haver diminuição da lubrificação vaginal, mas certamente cresce a excitação sexual e sua capacidade para o orgasmo. Esta fase está relacionada apenas com os órgãos reprodutores, enquanto que a sexualidade e a capacidade de experimentar prazer sexual são atributos que duram a vida toda (HITE, 1979).

De acordo com JONES, WENTZ, BURNETT (1990), o estado conjugal é um outro fator que interfere na atividade sexual de mulheres mais velhas. Muitas mulheres “satisfazem” seus parceiros e esquecem da própria necessidade sexual. A masturbação ainda é um assunto pouco abordado por essas mulheres, talvez pela própria criação. Entretanto, estes autores relatam que 25% das mulheres com 70 anos de idade ainda se masturbam.

Contudo, há mulheres mais velhas que não preferem ser sexualmente ativas, muitas vezes por causa de alguns medicamentos que afetam a libido, ou por doenças artríticas e modificações esqueléticas que possam limitar as posições sexuais ou até mesmo, por medo da relação sexual trazer consequências adversas à cardíacos(as) e hipertensos(as). A educação a respeito das modificações sexuais que ocorrem com o envelhecimento e principalmente com a chegada do climatério, podem tranquilizar e trazer maior segurança e confiança às mulheres que começam a experimentar essas alterações fisiológicas. As mulheres precisam compreender também que a necessidade de maior estímulo para a ereção do homem mais velho, não significa falta de desejo ou diminuição da feminilidade da mulher, pois o período refratário do homem depois dos 40 anos começa a alongar-se e a força da ejaculação

diminui de forma significativa. Assim como, o aumento da demanda sexual da mulher mais velha não deve ser ameaçador para o homem. Essas modificações relacionadas com a idade devem ser discutidas e compreendidas, a fim de produzir adaptação no relacionamento sexual com muito mais colaboração e prazer (JONES, WENTZ, BURNETT, 1990).

1.7. Atividade Física e Menopausa

Atualmente, a educação física é um componente integrante da concepção atual de educação como um processo unitário. E sendo uma ciência da educação, tem o dever de formar, desenvolver, preparar e educar o indivíduo “como um todo” (ser bio-psico-social) desde a infância até a velhice, fornecendo-lhes meios para enfrentar da melhor forma possível todas as necessidades e constantes mudanças da vida (GUÉRIOS, 1974).

Para FISCHER ([1987?]), a atividade física aumenta a resistência física e a capacidade pulmonar, com isso aumenta-se também a atividade dos anticorpos e a capacidade de resistência do organismo contra agentes estranhos.

A atividade física nos afazeres caseiros e na profissão tendem a diminuir a partir dos 40 anos, eliminando estímulos importantes para a circulação e o metabolismo. Apesar dos sintomas da menopausa serem basicamente devido ao desequilíbrio hormonal, elas aumentam muito com a falta de atividade. O êxito do tratamento por meio de exercícios comprova a importância da atividade física para a manutenção e melhora do metabolismo (GUNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE, 1988).

O fundamental é que a mulher deseje ser feliz climatério e na menopausa, buscando dentro dela a força que necessita para superar as “possíveis” barreiras que encontram-se nesta fase da vida. E além disso, também precisa contar com o apoio da família e de profissionais competentes, que tenham senso de análise para ajudá-la a atravessar este período, pois é um processo fisiológico que necessita a adaptação do corpo às novas condições.

“Deve-se mostrar à mulher que a auto imagem não está unicamente alicerçada na função reprodutora, mas baseada no ser humano, com todos os valores possuídos. A possível crise do climatério pode ser entendida como oportunidade de crescimento” (GIORDANO, 1998, p.246).

Os anos ditos de declínio poderão ser de ascensão, se a mulher preocupar-se em fazer novos planos e compreender que cada faixa etária possui características e belezas não encontradas nas demais. Segundo SPEROFF, GLASS, KASE (1980), ninguém pode esperar ficar jovem para sempre. A mulher climatérica precisa estar ciente das modificações de seu corpo e praticar atividades físicas que a tornem mais seguras no aspecto emocional, sexual e físico.

Torna-se de grande importância a prática de exercícios físicos neste período da vida, a fim de manter o sistema osteoarticular, muscular, cardiovascular, respiratório e metabólico em atividade. Lembrando que os exercícios deverão ser adaptados à capacidade física individual de cada mulher (FORTI, 1999).

Para GUNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE (1988), as doenças chamadas “da civilização” causam perturbações que levam ao stress e originam

distúrbios gerais nos mecanismos neurosecretório, neuromuscular e neurohumoral, como por exemplo: tensão constante, vida agitada e cargas psíquicas. Nas mulheres, essas perturbações manifestam-se sobretudo nos órgãos genitais, quadril, articulação sacro-íliaca e coluna lombar. Para isso, recomenda-se como forma de tratamento e principalmente de prevenção a prática da atividade física. Os exercícios aquáticos são muito importantes para esses tipos de perturbações, uma vez que reagem muito bem sob a ação de movimentos desconstruturantes dentro da água.

O êxito terapêutico nem sempre é alcançado, principalmente tratando-se da irritabilidade, depressão, melancolia, choro, medo, pavor, entre outros (RIBEIRO, 1981). Diante disso, deve-se utilizar as inúmeras “possibilidades” da educação física como uma oportunidade à mulher de conhecer a si mesma, suas inquietações, medos, frustrações, etc, proporcionando atividades que promovam sua recuperação e bem-estar.

Alguns problemas circulatórios, digestivos e respiratórios podem ser combatidos através de exercícios físicos apropriados. A atividade física também proporciona às articulações e ao organismo em geral, vigor e mobilidade, que fornecem à mulher maior elegância e graciosidade nos gestos (FISCHER, [1987?]). Assim como potencializa alguns parâmetros biológicos como: débito cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, padrão respiratório, ritmo de metabolismo basal, massa muscular, velocidade de condução nervosa, entre outros (FORTI, 1999).

Antigamente, a beleza para os gregos era considerada uma religião, que tinha como santuário os “gymnasium”, onde eram vividos o aperfeiçoamento da

agilidade e da beleza dos corpos. Os gregos massageavam a pele com óleos tonificantes e praticavam esportes salutareos (FISCHER, [1987?]).

GUÉRIOS (1974) enumera uma lista dos benefícios que a educação física pode proporcionar à todos os indivíduos, independente da faixa etária, sexo, condição financeira e corporal:

- oportunidade para o perfeito equilíbrio orgânico, possibilitando o alcance de um estado de saúde satisfatório.
- oportunidade para o desenvolvimento mental e equilíbrio emocional.
- oportunidade para prevenir e remediar atitudes viciosas ou defeitos corporais corrigíveis.
- oportunidade para a aquisição de hábitos higiênicos ou educar para a saúde.
- oportunidade de desenvolvimento de atitudes sociais desejáveis, de qualidade de caráter e ideal de conduta.
- oportunidade de despertar o interesse pelo exercício físico e a compreensão de sua necessidade.
- oportunidade de desenvolvimento da capacidade de segurança na execução das atividades.
- oportunidade de desenvolvimento do sentido muscular.
- oportunidade de desenvolvimento do sentido rítmico e da capacidade de expressão corporal e criadora.
- oportunidade de desenvolvimento da atenção, raciocínio e espírito de iniciativa, além da força de vontade.
- oportunidade de adquirir habilidades que lhes serão eficientes no bom uso das horas de lazer e em etapas posteriores da vida.
- oportunidade para a sociabilidade e a criatividade.

- oportunidade de desenvolvimento da liderança e do espírito de civismo e patriótico.
- oportunidade de aprendizagem dos valores morais e espirituais.

Para GUNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE (1988), a atividade física é quase sempre o tratamento mais indicado para problemas circulatórios e metabólicos, levando em consideração os dados fisiopatológicos da menopausa, como desmotivação para fazer os exercícios e dificuldades reumáticas para se movimentar que acabam provocando o medo de sofrer qualquer tipo de dor ou incômodo. Deve-se insistir particularmente neste ponto, para que a mulher não se sinta desanimada e resolva interromper as atividades, incorporando a terrível sensação de envelhecer e conseqüentemente de tornar-se impotente diante de qualquer atividade. Os exercícios devem ser expressivos, graciosos e harmoniosos a fim de que salientem-se na mulher, a saúde, a beleza e a alegria de viver (GUÉRIOS, 1974).

“O Movimento é fonte de vida, o ritmo é fonte de beleza; com o primeiro o corpo adquire saúde, resistência, destreza e vitalidade; com o segundo ele conquista a harmonia das formas, a graça da atitude, a olímpica beleza dos gestos graciosos e se desenvolve dentro das mais rigorosas proporções” (NOGUEIRA, 1971, p.74).

Segundo LUDUVIG (1996), a solução para o climatério pode não estar somente nos medicamentos. A acupuntura, a medicina chinesa, o tai-chi e a yoga estão sendo utilizados como métodos complementares de tratamento. As posturas tradicionais e os exercícios de respiração aumentam a irrigação sanguínea das glândulas envolvidas na menopausa (hipófise, tireóide,

paratireóide, ovários e supra-renais) o que estimularia o equilíbrio hormonal da mulher. Além do mais, essas atividades relaxam e proporcionam confiança para enfrentar os “altos e baixos” desse período.

Algumas atividades podem ajudar a mulher a manter-se saudável e feliz, como por exemplo: a ginástica, que enrijece a musculatura e modela o corpo, tornando-o mais atraente; a natação, que além de tonificar os músculos também aumenta a capacidade respiratória; a dança, que promove flexibilidade, alongamento e graciosidade; o andar de bicicleta, que estimula principalmente os músculos da barriga e das pernas; a ginástica facial, que estimula os músculos da face e previne as rugas (GOLDIN, COSLOVSKY, MARTINS, 1994).

Para GUÉRIOS (1974), os exercícios de equilíbrio (que se executam num reduzido ponto de apoio) trazem grandes benefícios às mulheres pois, exercitam e aperfeiçoam o controle neuromuscular, o sentido de equilíbrio, o autodomínio, aumentam a autoconfiança, aperfeiçoam a serenidade (desenvolvem a coordenação nervosa) e contribuem para melhorar a flexibilidade. Enquanto que, os exercícios de relaxamento são importantes para prevenir a fadiga, repousar os músculos fatigados, proporcionar maior amplitude à respiração e à circulação, controlar o sistema neuromuscular, corrigir os maus hábitos da respiração e diminuir a excitabilidade nervosa ou tensão muscular.

NOGUEIRA (1971) enfatiza a agilidade como criação, vida e saúde, que proporciona maior elegância aos movimentos e mais harmonia ao corpo; contribui para o equilíbrio dos órgãos; e também fornece à mulher a sensação de leveza, característica da espiritualidade.

É importante também, que o marido tenha conhecimento do significado da menopausa e de seus sintomas, assim como, da necessidade de possuir maior

tolerância e compreensão. Tudo deve ser feito para que os sintomas sejam aliviados e as mulheres possam transmitir sua experiência de vida, cumprindo da melhor maneira seu papel social, materno e conjugal enquanto viverem, independente da idade cronológica.

O FOLHETO DA BIOGALÊNICA (1996) cita algumas recomendações no período do climatério:

- beber bastante água, principalmente após exercícios físicos.
- adotar uma dieta rica em cálcio, ingerindo laticínios e vegetais verdes.
- usar roupas leves e procure ambiente frescos e ventilados.
- fazer refeições mais freqüentes e mais leves.
- praticar exercícios leves regularmente; as caminhadas, a natação e a dança ajudam a fortalecer músculos e ossos.
- evitar o fumo e o álcool em excesso.

GUNTHER, KOHLRAUSCH, TEIRICH-LEUBE (1988) dividiram os exercícios físicos para o tratamento da menopausa em dois grupos:

I Grupo:

- movimento da bacia para atuar sobre a coluna lombar e músculos do abdômen, quadril e costas.
- exercícios do tórax e do ombro para atuar sobre a coluna dorsal, melhorando os movimentos respiratórios e relaxando os músculos contraídos da nuca e do ombro.
- movimentos em grande amplitude das articulações das pernas e dos pés para relaxar os músculos contraídos e auxiliar a corrente venosa e linfática.

II Grupo:

- massagem do tecido conjuntivo: pinçar o tecido com a ponta dos dedos. Esse tipo de massagem já comprovou seu mérito sobretudo nos distúrbios noturnos como parestesias das mãos e dos pés, dores na região occipital, câibras nos pés e nas panturrilhas e também quando há rigidez no sacro ao acordar.
- vibrações e aplicações de sacudidelas; entre outros.

GUÉRIOS (1974) cita que os jogos são excelentes atividades para firmar os traços fundamentais do caráter; desenvolver e aperfeiçoar qualidades físicas, psíquicas, morais, intelectuais, rítmicas, sociais e de liderança; estabelecer princípios que desenvolvam hábitos saudáveis e favorecer a auto-expressão e a criatividade.

Atualmente, as pesquisas demonstram que a prática da atividade física até a idade avançada, mantém o funcionamento do organismo em alto nível, assim como exercícios de alta intensidade podem ser executados com êxito, desde que sejam tomadas as devidas precauções com a aplicação de exames médicos e avaliações físicas (GUÉRIOS, 1974).

A má alimentação decorrente da falta de instrução, tempo, opções e condições financeiras; a vida estressante e o sedentarismo tão enraizados em nossa sociedade capitalista tecnológica, causam efeitos acumulativos e desastrosos ao organismo, mas que podem ser prevenidos ou amenizados com um modo de vida que inclua a prática regular de atividade física, englobando exercícios físicos, atividades recreativas, dança, música e qualquer outro movimento do corpo que proporcione prazer, motivação, auto-conhecimento e bem-estar.

Diversas pesquisas demonstram que os indivíduos que praticam algum tipo de exercício físico, têm um risco duas a três vezes menor de infartar, do que as pessoas sedentárias. Este fato decorre de que, a prática regular pode reduzir a pressão arterial e o peso corporal e conseqüentemente, o nível de gordura no sangue, normalizar os mecanismos de coagulação sanguínea, reduzindo as possibilidades de formação de coágulos na superfície das coronárias, entre outros benefícios.

Segundo relatam KATCH, MCARDLE (1990), exercitar-se regularmente pode conservar e retardar a perda de massa óssea, livrando o indivíduo dos efeitos nocivos da osteoporose, como também, melhorar a força muscular, composição corporal, flexibilidade articular (o enrijecimento das articulações é, geralmente, resultado da inatividade e não da artrite), capacidade aeróbica e funções neurais e pulmonares. Além disso, o exercício regular contrabalança os efeitos do fumo, do excesso de peso e pode reduzir em 50% a possibilidade de morte às pessoas com hipertensão.

A figura 1.1 mostra as porcentagens das funções fisiológicas: força muscular, flexibilidade, sistema nervoso, funções cardiovasculares, peso e gordura corporal em relação a idade. Observa-se um rápido aumento dessas funções orgânicas até os 20, 30 anos de idade, a partir daí ocorre um declínio gradual da capacidade funcional. No entanto, a importância maior está no fato de um indivíduo ativo de 60 anos poder alcançar um nível funcional correspondente a um sedentário de 30 anos, se tiver uma vida saudável (KATCH, MCARDLE, 1990).

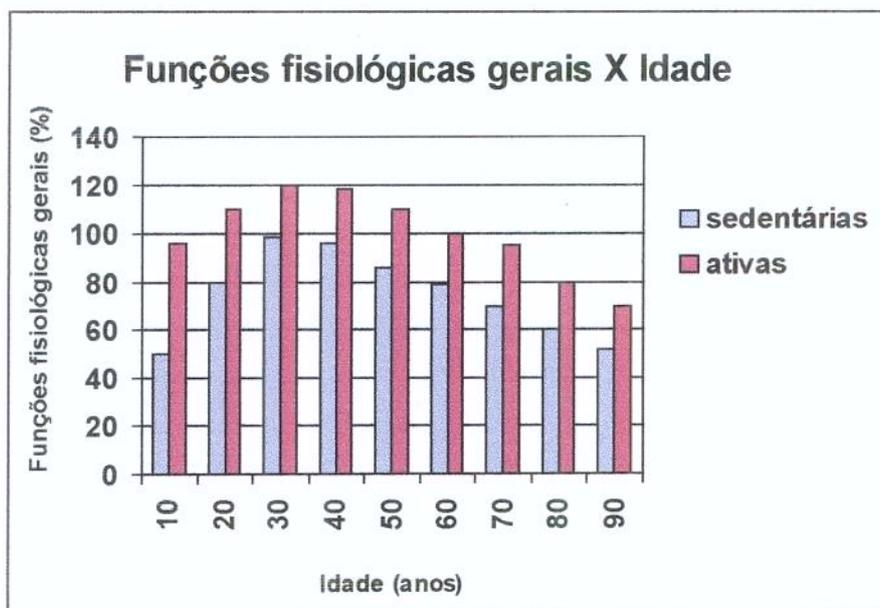


Figura 1.1. Porcentagem das funções fisiológicas gerais em função da idade, (modificado de KATCH, MCARDLE (1990, p. 270).

Diante destas constatações, podemos inferir a grande importância da atividade física em qualquer idade, sexo e período da vida, contanto que sejam propostos exercícios compatíveis com a capacidade e bagagem cultural de cada indivíduo.

2. Objetivo

Os objetivos deste trabalho foram investigar o grau de importância da atividade física na vida das mulheres que atravessam o período do climatério e da menopausa e também, o nível de esclarecimento destas mulheres sobre este período de suas vidas.

3. Materiais e Métodos

3.1. Indivíduos Estudados

- 40 mulheres com faixa etária entre 40 e 60 anos sendo:
 - 10 do Grupo da Terceira Idade Cora Coralina, São Paulo.
 - 10 do Parque Estadual Horto Florestal, São Paulo.
 - 10 do Parque Municipal Taquaral, Campinas.
 - 10 da Rua Icamaguã, São Paulo.

Tabela 3.1. Distribuição por faixa etária das mulheres analisadas nesta pesquisa.

NÚMERO DE MULHERES	FAIXA ETÁRIA
12	40 – 45 anos
9	46 – 50 anos
11	51 – 55 anos
8	56 – 60 anos

3.2. Materiais

- Roteiro de questões que foram aplicadas nas mulheres:

Questionário

Nome: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Número de filhos: _____

1- Você pratica alguma atividade física? Qual?

2- A quanto tempo pratica? Com que frequência semanal?

3- O que a levou à prática dessa(s) atividades(s)?

- a) iniciativa própria
- b) orientação médica
- c) amigos e parentes

4- O que influenciou-a para a escolha dessa(s) determinada(s) atividade(s)?

5- Qual o principal motivo que a faz praticar essa(s) atividade(s)?

- a) retardar o envelhecimento e prevenir os sintomas da menopausa
- b) manter a forma física e a beleza
- c) melhorar o estado geral de saúde

6- Quais os benefícios que a atividade física trouxe à você? Porquê?

- a) melhora no estado geral de saúde
 - b) maior disposição para outras atividades
-
-

7- Quais os aspectos que mais sofreram mudanças a partir dos 40 anos?

- a) físico
- b) psicológico / emocional
- c) conjugal / sexual

8- Você entrou na menopausa? Com quantos anos?

9- Cite os principais pontos positivos e negativos que encontrou com a chegada da menopausa?

10- Teve alguma orientação sobre o significado e os sintomas do climatério (menopausa)? E sobre os métodos que previnem e amenizam tais sintomas?

11- Qual a principal influência da família nesta fase?

12- Faz uso da terapia de reposição hormonal? Porquê?

13- A partir dos 40 anos, o que mudou em relação a sexualidade?

- a) aumento do apetite sexual
- b) diminuição do apetite sexual
- c) não houve mudança

3.3. Metodologia

A pesquisa de campo desenvolveu-se através da aplicação de um questionário em 40 mulheres escolhidas aleatoriamente, de quatro lugares distintos nas cidades de Campinas e São Paulo.

Em São Paulo, os locais escolhidos para a aplicação do questionário foram: o Grupo da Terceira Idade Cora Coralina, o Parque Estadual Horto Florestal e a Rua Icamaquã, e em Campinas, foi o Parque Municipal Taquaral.

O Grupo da Terceira Idade Cora Coralina, localiza-se no bairro Tremembé da Zona Norte. Composto por mulheres a partir dos 50 anos de idade, o grupo reuni-se uma vez por semana para executar uma das atividades: bingo, viagem, artesanato, chá beneficente, yoga, coral e bazar da pechincha. Sendo as aulas de yoga ministradas por profissionais especializados.

O Parque Estadual Horto Florestal localiza-se no bairro Horto da Zona Norte é frequentado por pessoas de todas as idades, como também dos bairros próximos. As principais atividades são a caminhada e a corrida em volta dos lagos e nas trilhas. O Parque também oferece pedalinhos, visita ao Museu da Madeira “Otávio Vechi”, localizado no próprio parque e também alguns shows.

A Rua Icamaquã localiza-se no bairro Horto da Zona Norte foi escolhida para a pesquisa pelo fato da grande maioria de suas moradoras serem casadas, com mais de 40 anos de idade, e não possuírem um vínculo direto com a atividade física, como as encontradas nos demais locais da pesquisa.

O Parque Municipal Taquaral localiza-se no bairro Taquaral, área nobre de Campinas, sendo o mais famoso parque da região, é frequentado por pessoas de

todas as idades, sendo a maioria pertencente a classe média-alta. As principais atividades são a caminhada e a corrida ao redor da Lagoa.

O tempo de duração da aplicação do questionário foi de aproximadamente dez minutos. Anteriormente, foram esclarecidos às mulheres os objetivos da pesquisa e as dúvidas que apresentaram-se, salientando sobre o absoluto sigilo em relação a suas identidades.

4. Análise dos Resultados

Analisando a questão 1, referente a prática de algum tipo de atividade física (excluindo os afazeres domésticos), os resultados podem ser visualizados na Figura 4.1.

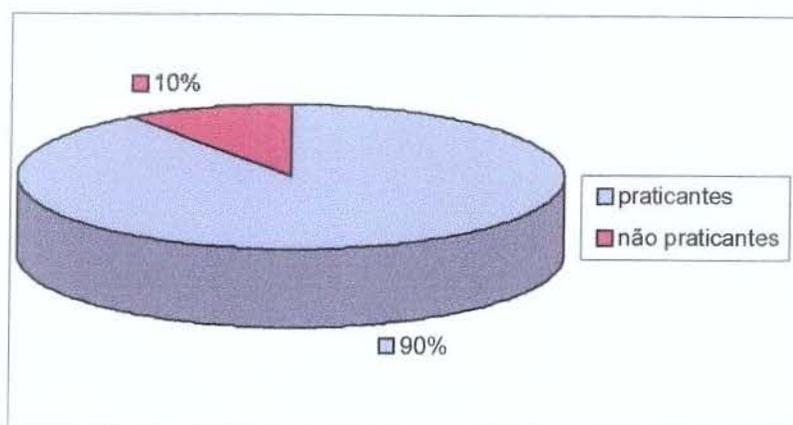


Figura 4.1. Porcentagem de mulheres praticantes ou não de atividade física.

Em relação a qual atividade física é mais praticada pelas mulheres (questão 1), a Figura 4.2 nos mostra que a caminhada é a atividade física mais executada nestes grupos. Os resultados obtidos eram esperados, visto que os questionários foram aplicados em locais que enfatizavam a prática da caminhada e da yoga. Vale ressaltar que algumas delas praticavam mais de uma atividade.

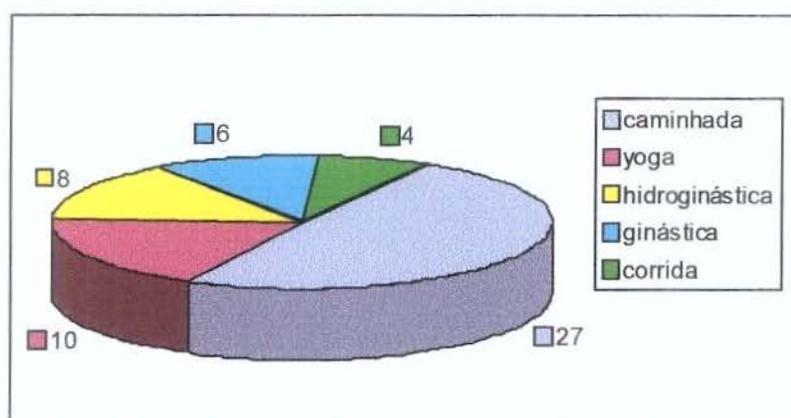


Figura 4.2. Atividades físicas mais praticadas pelas mulheres.

Analisando a questão 2, referente ao tempo de prática da atividade física. Observamos que 50% das mulheres ativas praticavam atividade física a pelo menos 5 anos (Figura 4.3).

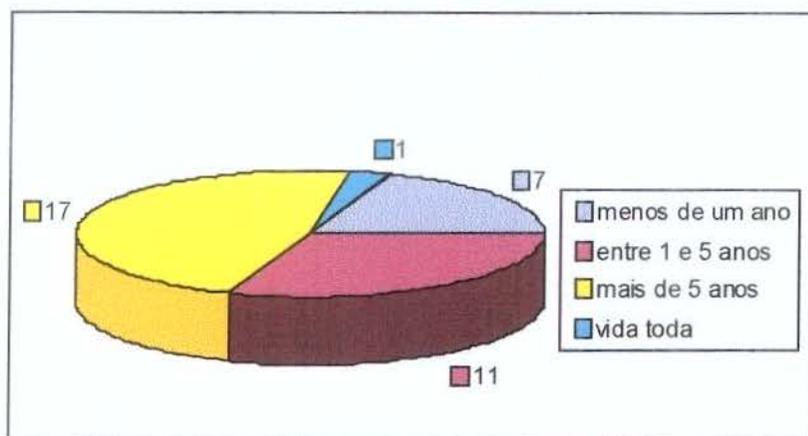


Figura 4.3. Tempo de participação nas diferentes atividades físicas.

Em relação também a questão 2, sobre quantos dias na semana essas mulheres praticavam atividade física, dentre as 36 ativas, observamos que aproximadamente 44% das mulheres praticam mais que 5 sessões semanais e 56% praticam menos que 4 sessões semanais, conforme podemos visualizar na Figura 4.4.

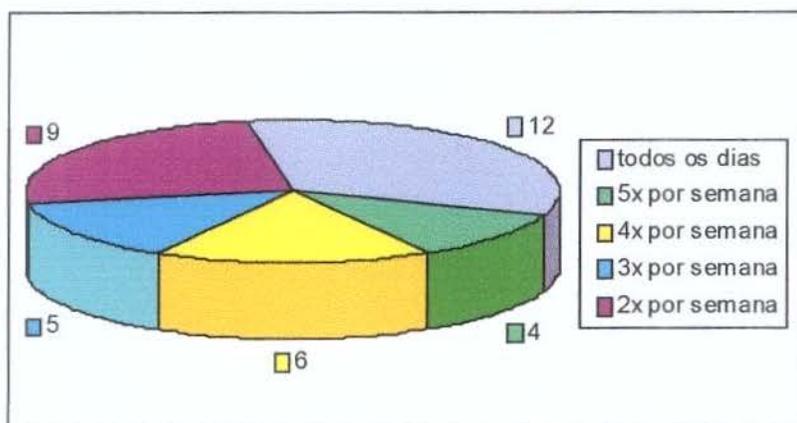


Figura 4.4. Frequência de participação em programas de atividades físicas.

Quando analisamos a questão 3, referente aos fatores que as levaram à prática da atividade física, observamos entre a maioria das mulheres uma preocupação com a saúde e a orientação médica como fator, muitas vezes, determinante para o início da prática de atividades físicas (Figura 4.5).

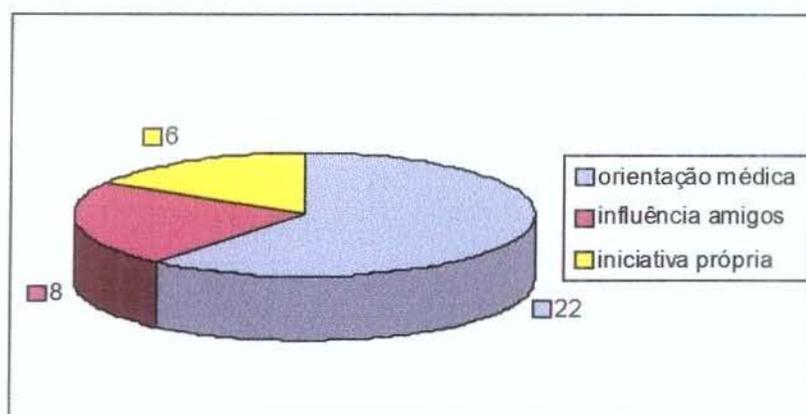


Figura 4.5. Fatores que interferiram na procura por uma atividade física.

Em relação a questão 4, referente a influência na escolha para determinada atividade física, as mulheres ativas escolheram a caminhada e a corrida, pois podem ser praticadas a qualquer hora do dia, são gratuitas, os parques encontram-se próximos às suas residências, possuem a vantagem de estarem em contato com a natureza e não precisam de qualquer tipo de habilidade para praticarem. O grupo da Terceira Idade diz que a yoga traz tranquilidade e equilíbrio à vida, e também o fato de estarem executando todas as outras atividades em grupo traz às mulheres alegria, amizade, companheirismo e socialização.

Quando questionadas a respeito de qual o principal motivo que as fez praticar essas atividades (questão 5), observamos que mais de 50% das

mulheres ativas praticam algum tipo de atividade física com o intuito de melhorar o estado geral de saúde, conforme podemos visualizar na Figura 4.6.

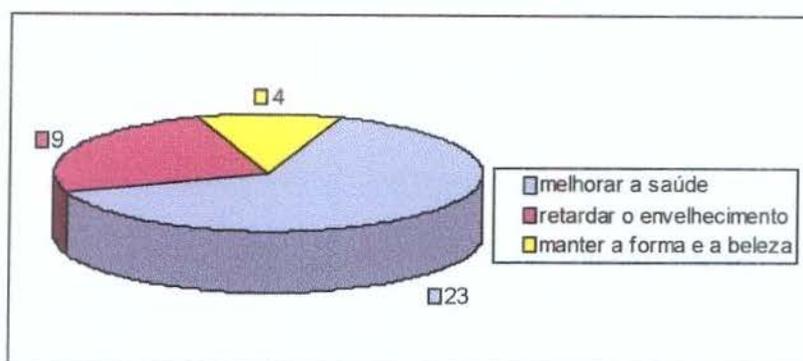


Figura 4.6. Principal motivo da procura de um programa de atividades físicas.

Em relação a questão 6, dos benefícios que a atividade física trouxe ao seu dia-a-dia, das 36 mulheres ativas, 24 relataram melhora do estado geral de saúde, principalmente, o fato de terem emagrecido, da maior eficiência no funcionamento dos sistemas respiratório, digestivo e circulatório, como também, a melhora de dores musculares, da postura e a diminuição das tensões. Também relataram uma maior disposição para outras atividades diárias, algumas mulheres constataram que ficaram mais alegres, com maior entusiasmo pela vida, por sentirem-se mais jovens, com a pele mais vibrante e a memória com melhores resultados (Figura 4.7).

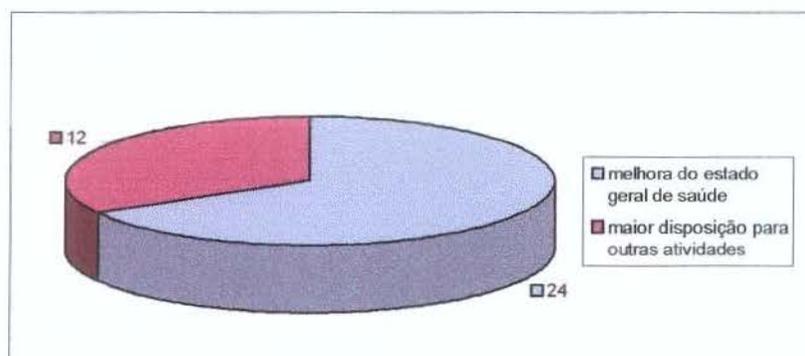


Figura 4.7. Análise da questão dos benefícios da prática de atividades físicas.

Quando questionadas a respeito de quais foram os aspectos que mais sofreram mudanças a partir dos 40 anos (questão 7), observamos que quase 50% apontaram a opção conjugal/sexual. Muitas ainda ressaltam que não possuem mais “paciência para aturar” seus maridos e que a vida conjugal tornou-se monótona e rotineira (Figura 4.8).

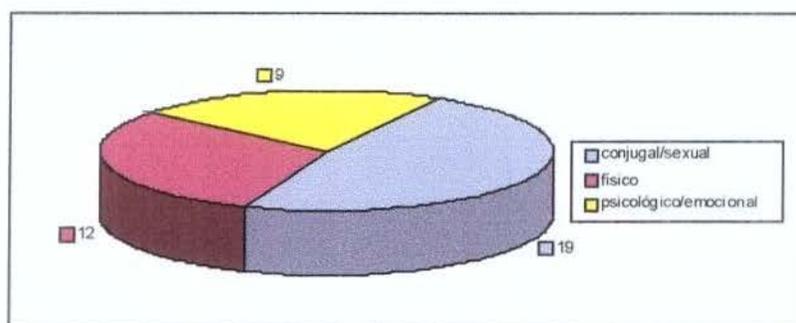


Figura 4.8. Aspectos modificados a partir dos 40 anos.

Quanto a questão 8, em relação a não terem mais menstruações (já terem entrado na menopausa) e com quantos anos, verificamos que 24 mulheres já estão na menopausa, relatando que entraram nesta fase, com uma média de 47 anos. As outras mulheres responderam que estão na fase do climatério, conforme podemos visualizar na Figura 4.9.

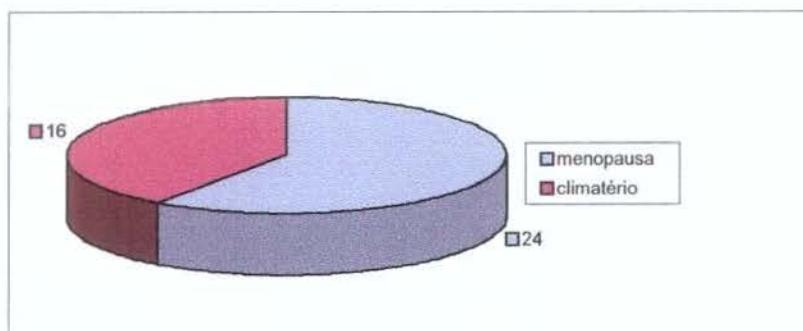


Figura 4.9. Relação de mulheres que estão na fase do climatério e da menopausa.

Analisando a questão 9, quanto aos principais pontos positivos e negativos encontrados com a chegada da menopausa, todas foram unânimes ao responderem sobre a ausência do incômodo da menstruação e da preocupação de engravidar, tendo esses fatores como pontos positivos. Já em relação aos fogachos, a sudorese, as cefaléias, as depressões e as palpitações elas citaram como fatores negativos da menopausa e do climatério.

Em relação a questão 10, sobre as orientações recebidas nesta fase da vida, a maioria das mulheres não tiveram nenhuma orientação satisfatória a respeito desta fase, como também pouca informação sobre os métodos que podem prevenir e amenizar os terríveis sintomas da menopausa e do climatério.

Quando questionadas a respeito da influência da família (questão 11), elas responderam que a falta de compreensão do marido e dos filhos diante de suas cefaléias e depressões, é o principal fator negativo que as mulheres encontraram em relação a família. Também relataram que a família não possui esclarecimentos sobre as mudanças que ocorrem com a mulher no período da menopausa, e que isso acaba agravando o quadro clínico, pois sente-se sozinha e desamparada para enfrentar essa nova fase.

Analisando a questão 12, sobre a terapia de reposição hormonal (Figura 4.10), das 40 mulheres entrevistadas, observamos que 70% das mulheres fazem uso da terapia de reposição hormonal (TRH), porque desejam evitar a osteoporose e os problemas cardíacos, enquanto que as que não fazem uso da

TRH, receiam que através da reposição possam vir a ter problemas de câncer e obesidade.

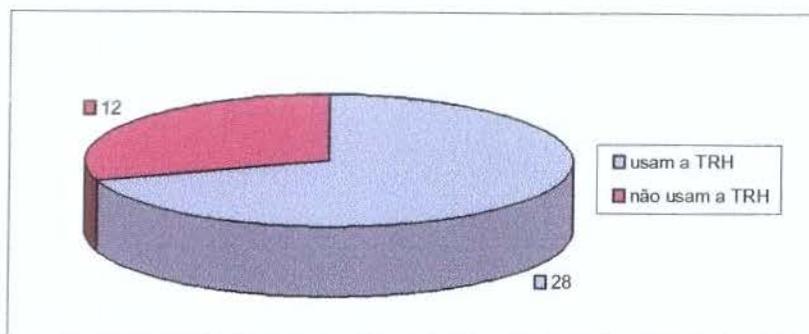


Figura 4.10. Número de mulheres que usam ou não a Terapia de Reposição Hormonal.

Em relação a questão 13, se houve alguma mudança a partir dos 40 anos em relação a sexualidade, a maioria das mulheres respondeu que não houve mudanças no seu apetite sexual, consideram-se muito mais experientes e desinibidas para o sexo do que em épocas anteriores. Mas por outro lado, queixam-se da falta de estímulo, da procura e da compreensão por parte do marido, em relação a necessidade nos dias de hoje da utilização de preservativo. Juntamente com essa problemática conjugal/sexual, somam-se problemas familiares e financeiros, dentre outros. Segundo as voluntárias entrevistadas, estes são alguns dos fatores que as fazem refletir como sendo o aspecto que mais sofreu mudanças a partir dos 40 anos.

5. Considerações Finais

Para analisarmos como a educação física está envolvida na vida da mulher que atravessa o período do climatério e da menopausa, precisamos primeiro, observar a cultura em que essa mulher está inserida, analisando as fases de sua vida, o significado e os sintomas do climatério, para então podermos relacioná-los com a prática da atividade física.

Diante desses fatos observamos que:

- A maioria das mulheres entrevistadas estão conscientizando-se cada vez mais da importância da prática da atividade física. Apesar delas terem iniciado por recomendação médica, já consideram que a prática regular de atividades físicas pode ser um método para viverem melhor. Desta forma, parece que faz algum tempo que os benefícios da atividade física tornaram essas mulheres adeptas à sua prática.
- A preocupação com a saúde é o principal motivo da prática da atividade física. Algumas mulheres disseram que começaram a praticar atividade física pois perceberam, após a menopausa, o aumento do peso e das dores pelo corpo.
- A melhora geral da saúde e a maior disposição para outras atividades foram os principais pontos citados pelas entrevistadas, a respeito dos benefícios da atividade física. A maioria infere que com a prática, sentem-se mais alegres, dispostas, menos suscetíveis a doenças e mais tranquilas.
- Em relação à influência de outras pessoas à prática das atividades, observamos que uma boa parte das mulheres, ainda dependem do incentivo de outras pessoas para praticarem seus exercícios, sejam amigos, parentes ou orientação médica.
- Dentre as atividades, a maior opção foi pela caminhada, pois esta não possui o compromisso de horários e nem mensalidade.

- ❑ O aspecto conjugal/sexual foi o que ocorreu maior modificação, em virtude do desgaste e da rotina que assolam os anos de casamento. Muitas queixam-se que seus maridos não as procuram sexualmente com a mesma assiduidade que antes, e que quando isso ocorre, eles não têm a preocupação com as carícias preliminares como antigamente.
- ❑ Sem dúvida, os pontos positivos e negativos assinalados pelas mulheres, em relação a menopausa, eram esperados, de acordo com a revisão bibliográfica.
- ❑ A grande maioria das mulheres entrevistadas afirmou não saberem exatamente o significado do climatério, algumas até desconhecem o termo. Observa-se que a falta de informação é uma característica que se destaca nesta pesquisa, pois as mulheres não têm consciência dos sintomas do climatério e dos métodos que podem preveni-los e amenizá-los. Alegaram que os médicos dão explicações confusas e muito superficiais sobre as mudanças corporais, comportamentais e hormonais.
- ❑ Em relação a família, notou-se uma certa carência das mulheres em maior compreensão e tolerância por parte dos filhos e do marido, que não conhecem e entendem as suas modificações e necessidades nesta nova fase. Observamos também, que o medo de engordar e desenvolver o câncer através do uso da terapia de reposição hormonal, é uma grande barreira que as impede de realizarem essa reposição.

Diante destas considerações, concluímos que assim como a mídia, as orientações médicas também têm conseguido fazer com que as mulheres climatéricas conscientizem-se de que, a prática da atividade física é muito importante para a melhora da condição física, principalmente da saúde.

Portanto, parece caber aos profissionais da área da saúde, incluindo os da educação física, atender essa população carente de informações e atividades, proporcionando-lhes maiores opções de atividades que poderão levar a melhora da qualidade e da perspectiva de vida.

Atividades físicas regulares e bem orientadas podem proporcionar às mulheres que estão entrando na menopausa, um envelhecimento mais saudável e feliz, ampliando a consciência sobre as suas específicas possibilidades e necessidades.

6. Referências bibliográficas

- AYALA, L. A revolução dos hormônios. In - **Revista Saúde**. Editora Azul, São Paulo, nº132, p.75 à 82, 1994.
- BASTOS, A.C. Fisiopatologia do climatério. In - **Noções de ginecologia**. Editora Atheneu, São Paulo, 5ª edição, p.86 à 91, 1978.
- CIVITA, V. **Pequeno dicionário de medicina**. Editora Abril, São Paulo, 1971.
- CONFORT, A. A meia-idade. **A boa idade**. Editora Difusão, São Paulo, p.162 à 165, [19--].
- DE LUCA, L.A. Climatério e menopausa. In - **Ginecologia: Semiologia Clínica e Laboratorial**. Editora Sarvier, São Paulo, p.239 à 243, 1981.
- DUBY, G.; PERROT, M. Palavras de mulheres: a humanidade da mulher. In - **História das mulheres no Ocidente**. Edições Afrontamento, Lisboa, p.610 à 612, [1994?].
- FISCHER, N.G. **Ginástica para a mulher moderna**. Editora Tecnoprint, Rio de Janeiro, [1987?].
- FOLHETO DA BIOGALÊNICA **Menopausa e climatério: Orientação às pacientes**. São Paulo, Cecom - UNICAMP, nº 11.648, EC 30 jun/96 BR.
- FORTI, V.A.M. **Influência do treinamento físico aeróbio sobre as respostas cardiovasculares e respiratórias em mulheres na menopausa com e sem terapia de reposição hormonal**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Educação Física, 1999.
- FREDERICKSON, H.L.; WILKINS-HAUG, L. Menopausa. In - **Segredos em ginecologia e obstetrícia**. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, p.124 à 128, 1993.
- GIORDANO, M.G. Climatério. In - **Ginecologia endócrina e da reprodução**. Editora BYK, São Paulo, p.245 à 262, 1998.
- GOLDIN, A.; COSLOVSKY, S.; MARTINS, V. In - **Eclipse de lua: um dossiê sobre a menopausa**. Editora Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1994.
- GUÉRIOS, E.F.M. **Educação física feminina**. Editora Edgard Blucher, São Paulo, 1974.
- GUNTHER, H., KOHLRAUSCH, W., TEIRICH-LEUBE, H. A menopausa. In - **Ginástica médica em ginecologia e obstetrícia**. Editora Manole, São Paulo, p.82 à 102, 1988.
- HALBE, H.W. Climatério. In - **Ginecologia Endócrina I**. Editora Roca, São Paulo, Vol. 1, p.165 à 206, 1982.

- HITE, S. Mulheres mais velhas. In – **O Relatório Hite**. Editora Difel, São Paulo, 4º edição, p.385 à 400, 1979.
- JEFFCOATE, N. Aspectos clínicos da ovulação e da menstruação. In – **Princípios de ginecologia**. Editora Manole, São Paulo, 4º edição, p.98 à 120, 1979.
- JONES, H.W.; WENTZ, A.C.; BURNETT, L.S. **Novak: Tratado de Ginecologia**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 11º edição, 1990.
- KATCH, F.I., MCARDLE, W. Envelhecimento, exercício e saúde cardiovascular. In – **Nutrição, controle de peso e exercício**. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 3º edição, p.269 à 294, 1990.
- LUDUVIG, M.M. As duas faces do hormônio da juventude. In – **Revista Saúde**. Editora Azul, São Paulo, nº156, p.28 à 42, 1996.
- MAIA, E.M.C. **Avaliação da espessura da pele após terapia de reposição hormonal em mulheres menopausadas com dois esquemas terapêuticos cíclicos**. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas, 1997.
- NOGUEIRA, P. **Educação Física Feminina Integral**. Editora Cia. Brasil, São Paulo, 1971.
- PACIORNIK, R. **Dicionário médico**. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 3º edição, 1985.
- PAIVA, L.H.S.C. **Densidade mineral óssea de usuárias de acetato de medroxiprogesterona injetável como anticoncepcional comparada à não usuárias, no menacme e na pós-menopausa**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas, 1997.
- PINOTTI, J.A. **Saúde da mulher**. Editora Contexto, São Paulo, 2º edição, 1998.
- RIBEIRO, E.R. Evolução da sexualidade. In – **Ginecologia básica**. Editora Sarvier, São Paulo, p.52 à 60, 1981.
- ROMERO, E. **Corpo, mulher e sociedade**. Editora Papyrus, Campinas, 1995.
- SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. **Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade**. Editora Manole, São Paulo, 2º edição, 1980.
- ZABAGLIA, S.F.C. **Associação entre o perfil lipídico e a densidade mineral óssea em mulheres menopausadas**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Ciências Médicas, 1996.

7. Apêndice

(Civita, 1971; Paciornik, 1985)

Androstenediona: esteróide androgênico.

Corpo lúteo: massa celular, de função endócrina, que se forma nos ovários após a ovulação, a partir dos restos do folículo De Graaf, pela proliferação das células granulosas e acúmulo de lipídeos que lhe dão a cor característica. O corpo lúteo menstrual é transitório, e funciona como glândula endócrina durante a segunda metade do ciclo menstrual, quando o óvulo liberado não foi fecundado. Secretando progesterona, favorece a proliferação da mucosa antes da próxima menstruação.

Esteróides: substâncias de um grupo com estrutura química semelhante, que inclui alguns hormônios naturais (como o estrógeno ovariano, a testosterona dos testículos e algumas drogas, como a digitalina). Em geral, quando falam de esteróides, os médicos se referem a corticosteróides (esteróides produzidos pela córtex da supra-renal). O córtex da supra-renal produz 3 tipos básicos de corticosteróides: os glicocorticóides, os mineralocorticóides e os andrógenos. Os glicocorticóides, dos quais o mais importante é o cortical (hidrocortisona), exercem ação antiinflamatória, entre outros efeitos. Os mineralocorticóides desempenham papel vital no equilíbrio químico do corpo; entre os mais importantes figura a aldosterona, que regula o fluxo de urina e a excreção de sais. Os andrógenos são hormônios sexuais que afetam as características secundárias e o desenvolvimento de ossos e músculos.

Estradiol: esteróide estrogênico. Existe sob 2 formas: alfa e beta; esta última é considerada como o hormônio segregado normalmente. Também denominado diidrofoliculina.

Estriol: esteróide estrogênico encontrado na urina das mulheres grávidas. Utilizado no tratamento da insuficiência estrógena.

Estrógenos: são hormônios femininos de certo grupo. Durante a primeira metade do ciclo menstrual, os estrógenos são produzidos pelos ovários; sob sua influência, o forro interno do útero se prepara para a fixação do ovo fecundado. Na realidade, os estrógenos são produzidos também na segunda metade do ciclo (depois da ovulação), mas a primeira influência neste período é exercida por outro hormônio, a progesterona. Os estrógenos começam a ser secretados em quantidade considerável algum tempo depois da puberdade. Como resultado de

sua ação é que começam a operar-se transformações no corpo da menina a partir dos 10 anos em média. A primeira dessas alterações é a proeminência aumentada dos mamilos. Subseqüentemente, vai ocorrer deposição de gordura e crescimento do tecido glandular mamário. Os estrógenos também estimulam aumento de peso e estatura, alterações na forma do esqueleto da pélvis, crescimento de pêlos pubianos e axilares. Pouco depois, ainda sob sua influência, os mamilos e as auréolas (disco que circunda os mamilos) se tornam mais pigmentados, ao mesmo tempo, processam-se nos órgãos internos transformações que culminam com a primeira menstruação. Quando chegada a menopausa, entre os 40 e 50 anos, a produção de estrógenos declina e disso resultam processos regressivos nos órgãos genitais. Mas o prazer sexual não é afetado, já que os estrógenos parecem não interferir nisso. Há muitos estrógenos, entre eles o estradiol, o estrona e o estriol.

Estrona: esteróide estrogênico, cristalino, branco, produto de oxidação do estradiol, encontrado no ovário e na urina de mulher grávida.

Folículo: um ovário que parou na prófase da meiose, evoluindo por uma camada única de pré-granulosa (epitelial primitiva) e uma matriz exterior menos organizada de células mesenquimatosas (as células pré-tecais).

Glândulas endócrinas: são as que liberam diretamente na corrente sanguínea os mensageiros químicos chamados hormônios. As mais importantes são a hipófise, a tireóide, as paratireóides, o pâncreas, as supra-renais e as gônadas (glândulas sexuais). A hipófise tem sido chamada a “regente da orquestra glandular” por regular o funcionamento de outras glândulas endócrinas. Os hormônios hipofisiários estimulam as outras glândulas a liberar suas secreções. Na maioria dos casos, existe um controle retroativo; a produção dos hormônios das glândulas subordinadas vai atuar sobre a hipófise e determinar a regulação de suas secreções. O hormônio tireotrófico, por exemplo, é secretado pela hipófise para estimular a tireóide na produção de tiroxina. A tiroxina é essencial para o crescimento normal e também acelera o metabolismo e a produção de energia. Uma pessoa com excesso de tiroxina no sangue acaba perdendo peso, apresentando ritmo cardíaco acelerado e movimentos nervosos. Para evitar a super produção acima de certo nível, a tiroxina atua sobre a hipófise, que então diminui a produção do hormônio tireotrófico. Mas se o nível de tiroxina

no sangue cair abaixo de certo limite, a hipófise passa a liberar mais hormônio tireotrófico, para restabelecer o equilíbrio. Mecanismos retroativos semelhantes regulam a produção dos importantes esteróides das supra-renais, dos hormônios sexuais e, de modo mais complexo e obscuro, da insulina. Pacientes diabéticos produzem pouca insulina.

Hipófise: pequeno órgão situado na sela túrcica, ligado ao hipotálamo pela haste pituitária. A hipófise é composta por 2 lobos principais: o anterior (ou adenoipófise) de estrutura glandular; e posterior (ou neuroipófise) de estrutura nervosa. Produz numerosos e importantes hormônios, que regulam o perfeito funcionamento da tireóide, gônadas, córtex supra-renal e outras glândulas de secreção interna. Sinônimo.: glândula pituitária. No grupo dos hormônios hipofisiários incluem-se o ADH (hormônio antidiurético) que quando escasseia leva à um distúrbio chamado diabetes insípida. Outro importante hormônio é a ocitocina, que estimula as contrações uterinas e a secreção de leite pelas glândulas mamárias. A parte anterior da hipófise produz entre outros: o hormônio de crescimento, que estimula o desenvolvimento corpóreo de crianças e adolescentes; o ACTH (hormônio adrenocorticotrófico – que desempenha papel vital sobre as glândulas supra-renais, para que produzam esteróides, entre eles a cortisona; o TSH (hormônio tireotrófico – que provoca a formação e a liberação de tiroxina, hormônio da glândula tireóide); o FSH (hormônio folículo-estimulante) e o LH (hormônio luteinizante), sendo que esses dois últimos estimulam os ovários durante os diferentes estágios do ciclo menstrual e que, provavelmente, também exercem efeitos sobre as glândulas sexuais masculinas.

Hipotálamo: porção do diencéfalo que forma o assoalho e parte da parede lateral do 3º ventrículo. Compreende o quiasma óptico, os corpos mamilares, o túber cinéreo, o infundíbulo e a hipófise. Relaciona-se com funções viscerais.

Ovários: são glândulas sexuais femininas e, no embrião, eles provém do mesmo tecido que dá origem as glândulas sexuais masculinas, os testículos. A mulher possui dois ovários situados perto do útero e um de cada lado. Cada um deles se liga ao útero por um tubo chamado Trompa de Falópio, que conduz os óvulos para o útero. Cada ovário mede aproximadamente 3 cm de comprimento por 1,5 cm de largura. A superfície de cada aparece enrugada e cinza-rosada. Há milhares de óvulos em cada ovário, dos quais apenas pequena porção chegará a

ser liberada durante a vida da mulher. O óvulo amadurece e migra para a superfície do ovário durante cada ciclo menstrual. Na superfície, torna-se uma protuberância que vai afinando como a parede de uma bolha, até romper-se e liberar o óvulo, que pouco depois será recolhido pela Trompa de Falópio. E, pouco a pouco, será impelido pelo interior da Trompa até chegar ao útero. Os ovários são importantes fontes de hormônios, inclusive o grupo chamado estrógeno. Por ação dos estrógenos é que a mulher adquire características sexuais como a das mamas. Produz também progesterona. Os ovários são estimulados por ação da hipófise.

Óvulo: célula germinativa feminina contida no Folículo de Graaf. Antes da maturidade, ainda no interior do ovário, o óvulo é chamado de oócito.

Progesterona: é um hormônio feminino, produzido pelas glândulas adrenais, pela placenta (após o nascimento) e pelos ovários. Nos ovários, é o corpo lúteo que supre a fonte de progesterona. Após um óvulo ser liberado do ovário, no meio do ciclo menstrual, esse corpo lúteo permanece no lugar que o óvulo previamente ocupava. Durante a segunda metade do mês, é estimulado pela hipófise para produzir progesterona. A produção de progesterona aumenta durante a última parte do mês, e sob a influência do hormônio, a parede do útero passa por uma mudança (chamada reação decidual) que é a forma mais apropriada para o recebimento ou nutrição do ovo. Se um óvulo fertilizado se fixa nessa parede, essa reação decidual persiste; se não, a parede quebra-se e a menstruação ocorre. Acredita-se que sua ocorrência esteja associada com uma queda no nível de progesterona e estrogênio. Se a gravidez continua, o nível de progesterona (a maioria proveniente da placenta) permanece alto até depois do parto.

Testosterona: hormônio sexual masculino produzido pelos testículos. Usado no tratamento de uma alteração rara, o hipogonadismo (pouca atividade testicular).