

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**COMORBIDADES EM MULHERES NA MENOPAUSA EM
ARACAJU-SERGIPE-BRASIL**

YASMIM DÓRIA CARDOSO GOIS

Aracaju
Fevereiro – 2022

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**COMORBIDADES EM MULHERES NA MENOPAUSA EM
ARACAJU-SERGIPE-BRASIL**

Dissertação de Mestrado submetida à
banca examinadora para a obtenção do
título de Mestre em Saúde e Ambiente, na
área de concentração Saúde e Ambiente.

YASMIM DÓRIA CARDOSO GOIS

Orientadores:

**Dra. Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo
Dr. Rubens Riscala Madi**

Aracaju
Fevereiro – 2022

G616c Gois, Yasmim Doria Cardoso
Comorbidades em mulheres na menopausa em Aracaju-Sergipe-Brasil / Yasmim Doria Cardoso Gois; orientação [de] Prof.^a Dr.^a Verônica Sierpe Jeraldo, Prof. Dr. Rubens Riscala Madi – Aracaju: UNIT, 2022.

59 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2022
Inclui bibliografia.

1. Menopausa. 2. Comorbidade. 3. Saúde da mulher. I. Gois, Yasmim Doria Cardoso. II. Jeraldo, Verônica Sierpe (orient.). III. Madi, Rubens Riscala (orient.) IV. Universidade Tiradentes. V. Título.

CDU: 618.173

SIB- Sistema Integrado de Bibliotecas

COMORBIDADES EM MULHERES NA MENOPAUSA EM ARACAJU-SERGIPE-BRASIL

Yasmim Dória Cardoso Gois

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente, na área de concentração Saúde e Ambiente.

Aprovada por:



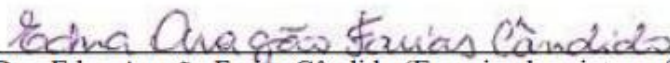
Dra. Verônica de Lourdes Sierpe Jeraldo (Orientadora)



Dr. Rubens Riscala Madi (Orientador)



Dra. Isabella Barros Almeida (Examinadora externa/Faculdade Estácio de Sergipe)



Dra. Edna Aragão Farias Cândido (Examinadora interna/PSA/UNIT)

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista a minha filha Maria Gabriela, que foi meu combustível de amor em todos os momentos dessa caminhada, obrigada por todo carinho que recebi durante a elaboração desse sonho.

EPÍGRAFE

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar”.

Paulo Freire

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus por me permitir concretizar mais uma realização profissional com afinco e determinação, sempre presentes em todos os momentos vivenciados na minha vida.

À minha família, em especial ao meu amado esposo Cleudo Evandro por toda paciência, dedicação nos momentos mais difíceis dessa jornada, meu grande incentivador de todos os meus projetos, TE AMO. Agradeço imensamente a minha amada filha Maria Gabriela, minha maior incentivadora para vencer os obstáculos da vida e força para lutar pelo amanhã, desculpas pela minha ausência em alguns momentos, AMO VOCÊ...Meus pais, obrigada pelo apoio e paciência durante este período da minha vida. Vocês foram fundamentais para tornar meu sonho uma realidade. AMO VOCÊS. Obrigada por existirem na minha vida, minha mãe Maria Aparecida e meu pai Valdson. Aos meus irmãos Erica Cibele e Max Eric, que admiram meus trabalhos e conquistas sempre, AMO VOCÊS meus irmãos. Também estendo meus agradecimentos a minha sogra Glaucia Regina por todo carinho, rede de apoio quando mais precisei e torcida nessa longa caminhada, gratidão, AMO VOCÊ. Obrigada a Selma Gois por sempre interceder por mim em suas orações, me incentivando que os caminhos as vezes são difíceis, mas que a gente sempre vence sendo forte e corajosa!

À minha querida orientadora Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo, serei eternamente grata por me acolher como sua orientanda, transmitir seus conhecimentos e ensinar-me a ser uma pesquisadora. Tenho certeza de que foi a melhor escolha para traçar este árduo caminho. Espero chegar a ter a sua desenvoltura e potencial na pesquisa, lhe admiro muito!

Ao meu orientador Rubens Riscala Madi, pelo qual tenho tanta estima consideração e apreço, obrigada por me amparar no LBT com tanto carinho e por não medir esforços em transmitir seus ensinamentos.

A todos do Laboratório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (LDIP) e Laboratório de Biologia Tropical (LBT), por sempre darem apoio, ajuda e trocas de experiências.

À Universidade Tiradentes, por permitir minha entrada como pesquisadora, contribuindo, dessa forma, para um melhor entendimento do evento estudado nesse grupo social.

A todos os colegas e aos amigos que fiz durante o Mestrado.

Agradeço a CAPES (PROSUP) pelo apoio financeiro para execução da pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, ajudaram-me a concluir este trabalho científico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 SAÚDE DA MULHER	16
3.2 CLIMATÉRIO	18
3.3 MENOPAUSA E PÓS-MENOPAUSA.....	19
3.4 CICLOS OVARIANOS DA MULHER	20
3.5 COMORBIDADES ASSOCIADAS AO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA	22
3.6 SOCIODEMOGRAFIA E CLIMATÉRIO DAS MULHERES.....	25
4 MATERIAL E MÉTODOS	26
4.1 TIPO DE ESTUDO	26
4.2 ÁREA E LOCAL DO ESTUDO	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	27
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
4.7 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	28
4.8 ANÁLISE DE DADOS	28
5 RESULTADOS.....	29
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	40
8 REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	49
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO.....	53
ANEXO 3- APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES (UNIT).....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das 417 mulheres das Unidade de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	29
Tabela 2. Histórico de Morbidade, hábitos de vida relatados por 417 pacientes usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	30
Tabela 3. Histórico de hábitos de vida das pacientes usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	30
Tabela 4. Informações ginecológicas, das pacientes usuárias das USF Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	31
Tabela 5. Dados sociodemográficos das mulheres entre 40 e 60 anos atendidas nas Unidades de Saúde da Família referências em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	32
Tabela 6. Informações sobre o histórico de doenças familiar, pessoal, doença atuais, e hábito de vida das mulheres entre 40 e 60 anos atendidas nas Unidades de Saúde da Família referências em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.....	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estágios do envelhecimento reprodutivo da mulher.....	21
Quadro 2. Distribuição e cálculo amostral de mulheres cadastradas em 3 unidades de Saúde da Família, referências em Saúde da Mulher de Aracaju/SE, 2015.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Esquema representativo do ciclo de vida da mulher entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva.....	20
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE – Acidente Vascular Encefálico
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DCV – Doenças Cardiovasculares
DAC – Doença Arterial Coronariana
FSH – Hormônio Folículo Estimulante
GnRH – Hormona Libertadora de Gonadotrofinas
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS – Sociedade Internacional de Menopausa
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IMC – Índice De Massa Corporal
LH – Hormônio Luteinizante
NAMS – Sociedade Norte-Americana de Menopausa
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPD – Programa de Prevenção de Diabetes
STRAW – Oficina de Estágios do Envelhecimento Reprodutivo
USF – Unidades de Saúde da Família

RESUMO

Na fase do climatério ocorre a transição do período reprodutivo para o não reprodutivo em que há diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários, por outro lado a menopausa é um evento que acontece dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher ou a passagem de 12 meses desde a última menstruação. A avaliação clínica das mulheres que passam por essas fases, torna-se uma medida fundamental para adotar estratégias preventivas e de promoção de saúde a fim de se evitarem morbidades e comorbidades, possibilitando dessa forma uma melhor qualidade de vida. Esse estudo teve como objetivo avaliar as comorbidades associadas ao envelhecimento reprodutivo e fatores sociodemográficos em mulheres entre 40 e 60 anos cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-Sergipe. A pesquisa foi realizada nas três unidades referência em Saúde da Mulher do Município de Aracaju-Sergipe que são Unidade de saúde da família (USF) Dona Sinhazinha, Francisco Fonseca e Carlos Fernandes. O desenho do estudo foi de tipo transversal com coleta de dados sociodemográficos, história de morbidade, hábitos de vida e dados ginecológicos de uma amostra de mulheres entre 40 e 60 anos adultas em menopausa registradas e atendidas nas USFs referência em Saúde da Mulher. Para a análise dos dados as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio-padrão. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio dos testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado de Pearson. Participaram deste estudo 416, distribuídas de forma a atender a proporcionalidade da população de cada USF. A média de idade foi de $50,4 \pm 5,7$ anos, 56,6% se encontravam na menopausa e 42,2% das mulheres eram casadas. Quanto a renda mensal, verificou-se renda significativamente estatística de <1 Salário Mínimo (31,3% vs 10,1%, $p=0,015$). Quanto as doenças de histórico familiar, a maioria 73,4 % relatou hipertensão. Dessas participantes, 44,1% referiram que fazem atividade física. Quanto a idade da menarca, a média de idade das entrevistadas foi de $13,1 \pm 1,8$ anos e sexarca com média de $18,8 \pm 4,3$ anos. Com relação as doenças de histórico familiar houve um percentual significativamente maior com diagnóstico de osteoporose (25% vs 12,2%, $p<0,001$), cardiopatia (24,6% vs 36,5%, $p=0,010$) e neoplasia (43,2% vs 33,1%, $p=0,043$). Os resultados apontam que uma melhor compreensão das características da população na fase do climatério e menopausa pode auxiliar em ações que tenham como objetivo diminuir os sintomas e comorbidades nas mulheres, proporcionando uma melhor qualidade de vida nesse período.

Palavras-chave: Menopausa; comorbidade; saúde da mulher.

ABSTRACT

In the climacteric phase, the transition from the reproductive to the non-reproductive period occurs, which is increased, on the other hand, the climacteric change and the change of the menopausal woman is or an event that happens within the last menstruation of 12 months since the last menstruation. The clinic that goes through these women becomes fundamental for the evaluation, makes the evaluation phases preventive in order to avoid the promotion of morbidity and comorbidities and a measure of a better quality of life. This study aimed to assess comorbidities associated with reproductive aging and sociodemographic factors in women between 40 and 60 years old enrolled in Family Health Units in the city of Aracaju-Sergipe. The research was carried out in the three reference units in Women's Health in the Municipality of Aracaju-Sergipe, which are the Family Health Unit (USF) Dona Sinhazinha, Francisco Fonseca and Carlos Fernandes. The study registry was of a cross-sectional type, with the collection of sociodemographic data, history of morbidity, lifestyle habits and gynecological data from a sample of women between 40 and 60 years old, menopausal adults and treated at the reference FHUs in Women's Health. For the analysis of the categorical variables of the data by means of absolute and relative frequency. The discontinuous variables were by means of mean and deviation. A hypothesis of independence between categorical variables was tested using the Exact Fisher and Pearson Chi-Square tests. A total of 416 people participated in this study, distributed in order to meet the proportionality of the population of each FHU. The mean age was 50.4 ± 5.7 years, 56.6% were menopausal and 42.2% of the women were married. As for monthly income, there was a statistically significant income <1 Minimum Wage (31.3% vs 10.1%, $p=0.015$). As for family history of diseases, most 73.4% reported hypertension. Of these participants, 44.1% reported that they practice physical activity. As for the age of menarche, the average age of the interviewees was 13.1 ± 1.8 years and the average age of sexarche was 18.8 ± 4.3 years. Regarding diseases with a family history, there was a significantly higher percentage with diagnosis of osteoporosis (25% vs 12.2%, $p<0.001$), heart disease (24.6% vs 36.5%, $p=0.010$) and neoplasia (43.2% vs 33.1%, $p=0.043$). The results indicate that a better understanding of the characteristics of the population in the climacteric and menopause phase can help in actions aimed at reducing symptoms and comorbidities in women, providing a better quality of life in this period.

Keywords: Menopause; comorbidities; women's health.

1 INTRODUÇÃO

Quando a mulher nasce apresenta cerca de um milhão de folículos primordiais que é reduzido a aproximadamente cem mil no momento do primeiro ciclo menstrual denominado de menarca. Essa diminuição do estoque folicular se intensifica normalmente após os 39 anos, culminando na senescência ovariana completa e, conseqüentemente, na menopausa (DUNNERAM *et al.*, 2019).

Na transição do período produtivo ou fértil para o não reprodutivo, conhecida como climatério, há diminuição dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários. Nesse momento a sexualidade da mulher ganha importância e prioridades em relação à reprodução feminina; por outro lado a menopausa é um evento que acontece dentro do climatério e representa a última menstruação da vida da mulher ou a passagem de 12 meses desde a última menstruação. O climatério e a menopausa estão intrinsecamente interligados, e podem trazer algumas alterações na vida da mulher, por exemplo, as neurogênicas, assim como distúrbios menstruais (ALVES *et al.*, 2015).

No período do climatério os aspectos psicológicos dessas mulheres passam a ter uma importância maior, pois, o fato de estar nesta fase e especialmente na pós-menopausa, pode representar um período de perda da feminilidade, produtividade e ao mesmo tempo trazer desconforto físico para a mulher. Diversos sintomas podem aparecer, e o tipo e a intensidade variam de mulher para mulher e serão vivenciados de acordo com a história de vida de cada uma, levando em conta as condições sociais, econômicas, fatores hereditários e culturais (BRASIL, 2008; SOUZA *et al.*, 2015).

Durante o desenvolvimento da mulher e especificamente na puberdade, os acontecimentos que marcam esse período são vistos como uma parte natural da vida da mulher, um estágio marcado pela menarca, na qual ocorrem alterações físicas hormonais e emocionais. Por outro lado, o climatério também deve ser tratado como uma fase natural, tendo a menopausa como seu principal evento no qual diversas manifestações podem se fazer presentes, como alterações menstruais, neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, urogenitais, tegumentares, além das alterações sexuais, mamárias, visuais, dentária e a obesidade (BRASIL, 2010; CURTA; WEISSHEIMER, 2020).

Diversos sinais e sintomas fazem parte do quadro que acompanha esse período da menopausa da mulher e que, incluem os sintomas vasomotores tais como as ondas de calor e suores noturnos, atrofia vulvovaginal associada à secura vaginal e dispareunia, distúrbios de sono e insônia. Além disso, pode ocorrer estreitamento e encurtamento da vagina, diminuição da libido, fadiga, infecções urinárias, dor de cabeça, dor musculoesquelética, humor adverso (depressão), ansiedade, alterações na função

cognitiva (piora da memória e concentração), ganho de peso, aumento de rugas na pele e perda de cabelo (SANTORO *et al.*, 2015; ALLSHOUSE *et al.*, 2018).

Contudo, além desses vários sintomas, existem duas comorbidades que estão ligadas a esse período da menopausa, são elas: as doenças cardiovasculares e a osteoporose, embora o seu surgimento é a longo prazo e intensificado pela deficiência hormonal (LORENZI *et al.*, 2009; CANNARELLA *et al.*, 2019).

A avaliação clínica da mulher deve ser voltada ao seu estado de saúde atual, as fases que englobam o climatério, a menopausa ou pós-menopausa são consideradas importantes e envolvem uma equipe multidisciplinar. Portanto, é necessário estar atento a essas fases, principalmente no período pós-menopáusico, auxiliando no conhecimento das mulheres, e de como a ela percebe as próprias condições de saúde; além disso, a avaliação clínica dessas mulheres, torna-se uma medida fundamental para adotar estratégias preventivas e de promoção de saúde a fim de se evitarem morbidades e comorbidades, possibilitando dessa forma uma melhor qualidade de vida nas mulheres nessa fase (CHEMERINSK *et al.*, 2020; SZYMONA *et al.*, 2019).

Ainda existe uma necessidade de conhecimento em relação ao processo de envelhecimento feminino em populações específicas, assim como a autopercepção de saúde dessas mulheres e a influência de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais e sociodemográficos. Dado o exposto, este trabalho poderá contribuir com dados importantes sobre a saúde da mulher no contexto geográfico do estado de Sergipe, contribuindo para ações específicas de educação em saúde como a importância do cuidado pessoal e biopsicossocial, assim como esclarecimentos diversos sobre o climatério e a menopausa. A pesquisa se torna ainda mais importante devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as comorbidades e fatores sociodemográficos em mulheres pré ou menopausadas cadastradas em Unidades de Saúde da Família no município de Aracaju-Sergipe-Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população de estudo de acordo com suas características sociodemográficas;
- Descrever as doenças relatadas pelas mulheres no período de menopausa e não-menopausa;
- Analisar as possíveis associações entre a menopausa com os dados sociodemográficos, comorbidades e hábitos de vida.

3 REVISÃO DE LITERATURA

São abordados na fundamentação teórica os seguintes temas: saúde da mulher, climatério, menopausa e pós-menopausa, ciclos ovarianos da mulher, comorbidades associadas ao climatério e menopausa, e condições sócio demográficas das mulheres.

3.1 Saúde da mulher

Em todas as fases da vida da mulher, existem fatores como lazer, alimentação, renda, meio ambiente, condições de trabalho e moradia que podem interferir na saúde da mesma. A situação das mulheres no dia-a-dia ainda pode ser agravada devido a fatores que podem estar relacionados com a discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades, a exemplo, do trabalho doméstico e a outras situações como raça, etnia e situação de pobreza (BRASIL, 2004).

De acordo com Ohara *et al.* (2008), quando se referem à saúde da mulher existem três fases distintas que podem ser contempladas. Primeiramente, a fase reprodutiva, no qual pode ser incluído o planejamento familiar, o pré-natal da mulher, o parto a fase puerperal, o aleitamento materno, as intercorrências obstétricas, a vigilância epidemiológica de morte materna e a sexualidade. Já na segunda fase, a mulher passa pelo planejamento familiar, pré-natal, gestação, e pela prevenção das ginecomastias, do câncer do colo de útero e câncer de mama, o tratamento da infertilidade, a sexualidade, o climatério, a menopausa e a pós-menopausa. A terceira fase que se refere à mulher no aspecto social, no qual se incluem a violência contra a mulher, a discriminação, as vulnerabilidades e o desemprego.

Para muitas mulheres, envelhecer é um fator de angústia e insegurança, seja pelo medo de enfermidades-adoecimento ou pelo maior conhecimento do processo de envelhecimento. As mulheres no climatério, especialmente após a menopausa, sentem que perderam a fertilidade e muitas vezes são incapazes de manter o ritmo de vida e/ou desempenhar novas atribuições, acarretando em interferências nas relações sociais e culturais. Além da interrupção dos ciclos menstruais, é possível que as mulheres desenvolvam alterações que levem ao aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial, neoplasias benignas e malignas, obesidade, incontinência urinária, osteoporose e doenças autoimunes (FEBRASGO, 2010). Diante de todos os sintomas e transformações que possam enfrentar neste período, é normal que muitas mulheres apresentem também problemas emocionais como depressão (BRASIL, 2008).

Em quase todos os países, as mulheres vivem mais do que os homens, embora apresentem maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e maiores comorbidades (OMS, 2019). Este paradoxo na expectativa de vida feminina, no entanto, deve diminuir em todo o mundo até 2030. Já o aumento de mortalidade entre os homens, especialmente entre os menores de 45 anos, tem sido historicamente associado a um maior envolvimento em acidentes e outras situações de risco. No entanto, a mudança dos perfis dos fatores de risco observados globalmente, foi particularmente relacionado a diminuição do tabagismo, que conferiu maiores ganhos de sobrevida aos homens (KONTIS *et al.*, 2017).

Ao mesmo tempo em que esses fatores de risco de mortalidade mudaram, a situação econômica global mudou drasticamente, especialmente nos últimos tempos. As medidas de austeridade em resposta às crises econômicas têm e continuarão a exacerbar as desigualdades socioeconômicas para todos. Essas crescentes desigualdades socioeconômicas podem ajudar a explicar o enfraquecimento da vantagem de sobrevivência feminina (KHANG *et al.*, 2019).

A estrutura dos determinantes sociais da saúde (CNDSS) busca entender como as desigualdades de saúde materialistas e estruturalistas persistem ao longo da vida. Esta é uma estrutura útil para compreender como a saúde e a longevidade das mulheres diferem em relação aos homens e entre si. Uma abordagem dos CNDSS afirma que os resultados de saúde dependem da organização e distribuição de recursos socioeconômicos em qualquer sociedade (KRIEGER *et al.*, 1997).

O "gradiente social de saúde" refere-se às associações inversas acentuadas observadas entre a mortalidade/morbidade. As medidas relacionadas, por exemplo, a renda individual e familiar, condições de emprego que são usadas para determinados padrões de graduação social estão sendo consideradas como inerentemente relacionadas ao gênero. A adversidade econômica será a explicação mais importante. Em outros, esse eixo não será suficiente e a compreensão do papel da raça e do gênero será indispensável para explicar o desfecho e contribuir para a elaboração de políticas públicas (CHOR, 2013).

Contudo, apesar do fato de, em quase todas as sociedades, as mulheres, quando comparadas com os seus homólogos masculinos, tiveram o acesso reduzido aos recursos socioeconômicos - nomeadamente educação e/ou emprego - que garantem boa saúde e bem-estar. isso pode resultar de preconceitos e práticas culturais que podem começar cedo no curso de vida (por exemplo, padrões de alimentação discriminatórios, violência de gênero, divisões de trabalho desiguais) e persistir na meia idade e mais tarde (por exemplo, disparidade salarial de gênero, impotência política (MARMOT *et al.*, 2008).

Ao implementar políticas de saúde, os gestores não devem considerar as mulheres como um grupo social homogêneo e único. Esses gestores de saúde devem estar atentos à diversidade feminina e receber treinamento para atender corretamente suas necessidades, sem perder as diretrizes gerais do sistema (VIEGAS; VARGAS, 2016).

A Carta Magna de 1988 representa um marco fundamental na ruptura com os princípios do patriarcado. Essas conquistas institucionais e jurídicas refletem o novo momento político vivido pelo movimento feminista, que materializa os preceitos da igualdade jurídica entre homens e mulheres. No entanto, observa-se que o apoio jurídico não leva em consideração as diferenças nas relações e estruturas de gênero que discriminam as mulheres em vários graus. Em termos de acesso aos serviços de saúde, de acordo com o Plano Integral de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de Aids e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, “há evidências de que raça/cor muitas vezes se transforma em exclusão” (BRASIL, 2007a, p. 16).

3.2 Climatério

De acordo com Silva (2006), o termo climatério significa no grego original *kli-makter-eros*, que denota um período crítico da vida. O climatério é um ciclo da vida da mulher de inúmeras mudanças e transformações não somente no aspecto físico e emocional, mas também no papel social da mulher.

Na fase do climatério, acontecem intensas mudanças sejam elas físicas ou emocionais que podem influenciar a sua qualidade de vida (MORAES *et al.*, 2015). Muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de administração de hormônios, outras apresentam sintomas que variam dependendo de sua origem e intensidade (DE LORENZI *et al.*, 2009).

Segundo a OMS (2008), o climatério é definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.

Diversos sintomas podem aparecer neste período e podem ser classificados de acordo com a cronologia, sendo de curto ou longo prazo (MUCIDA, 2006). Em curto prazo estão os sintomas vasomotores, sendo os mais comuns os fogachos e palpitações, as manifestações de atrofia do sistema geniturinário, ressecamento de pele e mucosas e ainda alterações psíquicas, que podem ir de cansaço à insônia e

depressão nessa fase de vida da mulher. E dentre aqueles que se manifestam em longo prazo estão o surgimento da osteoporose e doenças cardiovasculares (APPOLINÁRIO *et al.*, 2001; GONCALVES E MERIGHI, 2005; ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A fase do climatério por ser uma etapa de significativas alterações na vida das mulheres que faz com que muitas delas não consigam diferenciar do envelhecimento em si, isso leva algumas a se sentirem ameaçadas diante da iminente incapacidade de reprodução, a distância da feminilidade e de seus parceiros (ZAMPIERI *et al.*, 2009).

A Sociedade Brasileira de Climatério considera esta fase como uma endocrinopatia com características de alterações funcionais morfológicas e hormonais e o divide em três fases: fase pré-menopausal, fase perimenopausal fase pós-menopausal. A idade em que ocorre a fase da menopausa parece geneticamente programada para cada mulher, mas pode sofrer influência de fatores socioeconômicos e culturais, paridade, tabagismo, altitude e nutrição entre outros (SCHNEID *et al.*, 2015).

Segundo Lorenzi (2006), os efeitos da fase da menopausa podem ser amenizados adotando-se a ideia de que se deve enfrentar como um fator natural procurando manter uma alimentação equilibrada, evitar o estresse e praticar regularmente exercício físico.

3.3 Menopausa e Pós–Menopausa

De acordo com a *North American Menopause Society* (NAMS, 2014), a menopausa é considerada como um acontecimento fisiológico normal da mulher, presente no ciclo da vida delas. É caracterizado pelo último período menstrual espontâneo, após ou seguido de um ano de amenorreia, fisiologicamente há perda da função folicular dos ovários, sem outra causa patológica ou psicológica. Ressalta-se que a perda da função folicular, promove a incapacidade da produção de estrogénios, e consequentemente origina a amenorreia.

A função folicular dos ovários começa a diminuir de forma gradual a partir da idade de 40 anos. A menopausa é caracterizada pelo decréscimo natural da frequência da ovulação e pelas alterações menstruais decorrentes. Nesta fase, ocorre uma maior secreção das hormonas luteinizante (LH), e folículo estimulante (FSH). Esta secreção é devida à estimulação exercida pela hormona libertadora da gonadotrofina ou gonadoliberina (GnRH), e à diminuição da produção de estrogénios, devido à insensibilidade e insuficiência dos folículos ováricos (MCPHEE; GANONG, 2011).

O período estabelecido entre a perda da função reprodutiva, o aparecimento da menopausa, e a adaptação do organismo perante esta falha, é designado como climatério, como representado na figura 1 (MCPHEE; GANONG, 2011).

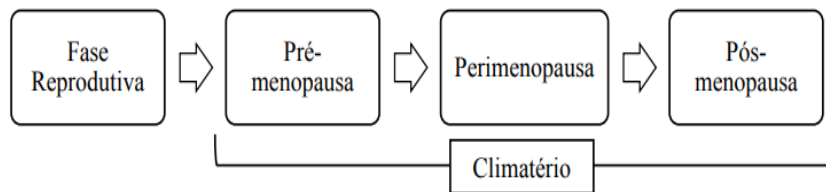


Figura 1 - Esquema representativo do ciclo de vida da mulher entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva.

Fonte: MCPHEE; GANONG, 2011.

Na pré-menopausa existe a ocorrência da irregularidade na menstruação, do desaparecimento da regularidade das ovulações, e da falência da produção de corpo lúteo, devidas a alterações somáticas sofridas a nível funcional dos ovários (GIACOMINI; MELLA, 2006).

A perimenopausa engloba o estado da transição do fim do período reprodutivo para a pré-menopausa. Durante esta fase, ocorre o aparecimento de amenorreia superior a 60 dias, e na pós-menopausa é característico a amenorreia ser superior a 12 meses, após o último período menstrual (HARLOW *et al.*, 2012).

Na pós-menopausa é possível observar o aparecimento de certas patologias, originadas pela diminuição dos níveis de estrogênio e de testosterona. A pós-menopausa coincide com o período final da perimenopausa e o aparecimento dos sintomas do climatério (GIACOMINI; MELLA, 2006).

É importante destacar que existem fatores que contribuem para o aparecimento antecipado da menopausa, como por exemplo, o tabagismo, a realização de histerectomia ou ooforectomia, e os transtornos autoimunes (CONEY, 2017).

Com o hipoestrogenismo e com o aparecimento dos primeiros sintomas da menopausa, a mulher sente a necessidade de saber mais sobre esta fase da sua vida. Para tal, houve uma necessidade de formar várias organizações, como a IMS – Sociedade Internacional de Menopausa, a NAMS – Sociedade Norte-Americana de Menopausa entre outras, com o intuito de auxiliar e fornecer todo o tipo de informação sobre a menopausa e terapêutica associada (NEVES; CASTRO, 2013).

3.4 Ciclos ovarianos da mulher

De acordo com o aumento da expectativa de vida, muitas mulheres passam um terço de sua vida após a menopausa, expostas a vulnerabilidades das repercussões trazidas pelo envelhecimento ovariano e pelas consequentes alterações hormonais, principalmente as que estão relacionadas ao hipoestrogenismo. Esta última, é uma

condição na qual os níveis de estrogênio no organismo estão abaixo do normal, podendo causar sintomas como ondas de calor, menstruação irregular ou fadiga (NAMS, 2004).

Na pesquisa desenvolvida por Andrade et al. (2016), os autores destacam que as mudanças apresentadas na menopausa acabam afetando também aspectos psicológicos da mulher, e consequências como insegurança em relação ao seu corpo, que passa por transformações decorrentes das fases do envelhecimento ovariano. É uma fase complexa, na qual surgem reflexões sobre desejo sexual, a beleza feminina, conduzindo às inquietações e incertezas que somadas aos demais problemas oriundos do climatério, dificultam no enfrentamento do processo e que por consequência atrapalham as atividades diárias.

Para Carvalho et al. (2018), de acordo com o aumento da expectativa de vida, mais mulheres têm chegado à idade na qual os sintomas do climatério e menopausa surgem. No Brasil, no que se refere a população feminina, que representa 51,5% da população total, 32% das mulheres encontram-se incluídas na faixa de idade entre 35 e 65 anos, e diante disso, estão susceptíveis a enfrentar a diminuição das funções ovarianas, e queda nas concentrações de estrógeno e progesterona.

O estudo denominado *The Stages of Reproductive Aging Workshop* (STRAW), conduzido por Soules et al. (2001), foi o primeiro no qual foi observado que pequenas mudanças na menstruação poderiam marcar o início das flutuações hormonais. Baseados nestas alterações foram criadas as definições pré-menopausa, transição menopausal precoce, transição menopausal tardia e pós-menopausa. O avanço desta classificação ocorreu com o *Penn Ovarian Aging Study* (PENN-5), realizado por Gracia et al (2005), que por intermédio de determinações séricas dos hormônios luteinizantes (LH), folículo estimulante (FSH), inibina, estradiol, testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona, criaram o novo conceito de envelhecimento ovariano.

As diferenças entre os dois estudos de STRAW e PENN-5 podem ser observados no Quadro 1:

Quadro 1 - Estágios do envelhecimento reprodutivo da mulher.

Período	STRAW	PENN-5
Pré-menopausa Inicial Tardia	Ciclos regulares	Ciclos regulares 1 ciclo com intervalo ≥ 7 dias
Transição menopausal Inicial Tardia	1 ciclo com intervalo ≥ 7 dias 2 – 11 meses amenorreia	2 ciclos com intervalo ≥ 7 dias 3 – 11 meses amenorreia
Pós-menopausa	≥ 12 meses de amenorreia	≥ 12 meses de amenorreia

Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW, Pen Ovarian Aging Study (PENN).

Fonte: Adaptado de Gracia et al. (2005).

De acordo com Gracia et al. (2005), o estágio reprodutivo tem início na menarca que é o primeiro ciclo menstrual, ou primeiro sangramento menstrual, e se estende até os 36-37 anos; a partir desse momento, inicia o estágio da transição menopausal precoce, caracterizado por irregularidades menstruais (aumento do ciclo menstrual em 7 dias), decorrentes de sutis alterações hormonais, como redução da inibina ovariana, aumento compensatório do FSH, sem ainda se evidenciar qualquer alteração sanguínea do LH e estradiol.

Com o passar da idade, as concentrações sanguíneas de inibina, FSH e LH aumentam e de estradiol diminuem, caracterizando o estágio da transição menopausal tardias, onde se notam significativas alterações menstruais como amenorreias (ausência menstrual) de 3 a 11 meses (GRACIA *et al.*, 2005). Após 2 meses consecutivos de amenorreia, forma-se o diagnóstico de menopausa, última menstruação da vida da mulher, que no Brasil ocorre aos 48,7 anos (ALDRIGHI, 2005). Portanto o momento do envelhecimento ovariano denominado de pós-menopausa é aquele que começa um ano após o último período menstrual (OMS, 2008).

A mulher passa por alguns ciclos na vida com momentos importantes como a menarca que é o primeiro ciclo menstrual que de acordo com Bacarat (2007) é conhecido por implicações reprodutivas representando o início de uma etapa extremamente associada com a feminilidade. Segue por esta fase até chegar no período do climatério e menopausa, sendo esta, outro marco importante em sua vida.

Existe uma grande diversidade das alterações hormonais e podem estar associadas ao processo de envelhecimento, repercutindo, assim, nos aspectos fisiológicos e psicossociais da vida da mulher (LORENZI *et al.*, 2009). Modificações importantes nessa fase acontecem naturalmente, e a intensidade com que elas ocorrem na mulher podem ser influenciadas pelas condições socioculturais e o estilo de vida das mulheres que vivenciam o climatério, menopausa e pós-menopausa (BERNI *et al.*, 2007).

3.5 Comorbidades associadas ao climatério e menopausa

Devido ao aumento da longevidade, a mulher poderá passar mais de um terço de sua vida após o climatério, o que implica na preocupação com o tratamento dos sintomas que acompanham esse período e das comorbidades associadas ao envelhecimento, se tornando esta etapa de uma importância crescente na saúde das mulheres, objetivando melhor qualidade de vida (VALENÇA *et al.*, 2010).

A fase da menopausa e climatério tem início normalmente entre 35 e 40 anos de idade e estende-se até os 65 anos, que marca o declínio dos níveis de estrogênio, o

que acarreta em repercussões na saúde da mulher, entre elas o aumento do risco de doença cardiovascular. A junção entre esse risco e as alterações hormonais do climatério sugere que o estradiol possua função protetora no que se refere ao desenvolvimento de doença coronariana (BRASIL 2008; DASGUPTA *et al.*, 2012).

A queda nos níveis de estrogênio no organismo pode trazer algumas repercussões, como por exemplo, as alterações metabólicas e endócrinas. Nesse período de transição, a mulher possui tendência ao aumento da massa corpórea e modificação da distribuição de gordura corporal, com acúmulo na região do tronco e abdômen, constituindo o padrão androide. Além do aumento de peso, outras condições podem influenciar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em mulheres no climatério, como hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, diabetes mellitus, sedentarismo, alimentação inadequada e o histórico familiar (BRASIL, 2008; LEE, 2013).

É necessário que a mulher seja avaliada quanto ao risco cardiovascular no período do climatério, pois é uma importante forma de identificar os principais fatores e marcadores de risco, potenciais alvos terapêuticos que justificam a implementação de estratégias custo-efetivas de prevenção das doenças cardiovasculares (ROCHA, 2016).

É importante ressaltar que além da interrupção dos ciclos menstruais no climatério e menopausa, as mulheres podem apresentar além das doenças cardiovasculares, elevação das taxas de colesterol, diabetes mellitus, neoplasias benignas e malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças autoimunes (OMS, 2008).

Analisar a saúde da mulher na fase do climatério e menopausa significa conhecer como ela própria identifica suas condições de saúde tornando-se uma informação importante para o planejamento e execução de ações com foco na prevenção, visando assim retardar morbidades e comorbidades para permitir uma melhor qualidade de vida nessa fase de vida das mulheres (SILVA *et al.*, 2018).

Monteleone *et al.* (2018) afirmam que os sintomas da menopausa podem ser angustiantes, principalmente quando as mulheres têm papéis importantes na sociedade, dentro da família e no local de trabalho. Mudanças hormonais que começam durante a transição da menopausa afetam muitos sistemas biológicos.

A autopercepção da mulher em relação a sua saúde é um indicador que tem sido utilizado de forma crescente em estudos epidemiológicos de acordo com sua validade e confiabilidade e que vem incorporando no somente seus aspectos físicos mais também os cognitivos e emocionais (PERRUCIO *et al.*, 2012; FREIDONY *et al.*, 2015). A autopercepção fornece informações importantes da população de estudo não apenas em relação as comorbidades, mas também por fornecer informações sobre o bem-estar,

nível de satisfação com a vida, capacidade funcional e qualidade de vida das pessoas (CONFORTIN *et al.*, 2015; REICHERT *et al.*, 2012).

No estudo de Silva *et al.* (2018) sobre os fatores associados a autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas revelou uma elevada prevalência de autopercepção negativa da saúde (saúde regular ou ruim) entre as mulheres climatéricas. Já no estudo de Machado *et al.* (2012) que avaliou a presença de multimorbidades em mulheres brasileiras com a mesma faixa etária também observaram-se resultados similares para autoavaliação negativa de saúde.

Um estudo populacional canadense mostrou que apesar das multimorbidades não se limitarem apenas aos idosos, o envelhecimento está associado com chances elevadas do indivíduo acumular doenças, no mesmo verificaram-se multimorbidades em um quarto da população entre 45 e 64 anos de idade e em um terço dos indivíduos acima de 65 anos (AGBORSANGAYA *et al.*, 2012).

Os fatores que podem prejudicar a autopercepção da mulher quanto à sua saúde incluem o acesso aos serviços de saúde, renda, a presença de doenças crônicas e a influência do ambiente no qual o indivíduo está inserido (LIMA-COSTA *et al.*, 2004). É importante reconhecer os fatores de risco que podem causar danos à saúde. Esses fatores podem ser tratados por ações na área de saúde, evitando assim morbidades. Além disso, conhecer os fatores associados a autopercepção negativa de saúde auxilia na adoção de medidas preventivas e nos esforços para melhoria dos serviços de saúde (CDC, 2003).

A menstruação irregular e a menopausa precoce são morbidades que podem ser afetadas por vários fatores, incluindo fatores de risco modificáveis. Sabe-se que as mudanças nos níveis de hormônios femininos estão associadas a comportamentos de saúde, obesidade e estresse. Por exemplo, esse estudo demonstrou que fumar pode causar hipoestrogenismo. Além disso, foi demonstrado que o alto estresse afeta a atividade do eixo HPA, enquanto o IMC elevado tem demonstrado influenciar a globulina ligadora de hormônios sexuais, índice de andrógeno livre, testosterona e níveis de insulina (BAE *et al.*, 2018).

Assim, estudos anteriores relataram uma associação significativa entre estilo de vida e menstruação. No entanto, enquanto a maioria desses estudos sobre menstruação e menopausa foram realizados em países ocidentais, apenas alguns foram realizados na Ásia, onde as mulheres têm IMC relativamente baixo e prevalência alta de tabagismo (KWEON *et al.*, 2014; LEE *et al.*, 2016).

3.6 Sociodemografia e Climatério das Mulheres

No Brasil, a proporção de indivíduos que finalizaram a educação básica obrigatória, ou seja, o ensino médio completo elevou-se de 45%, em 2016, para 47,4%, em 2018 (IBGE, 2019). É sabido que o baixo nível educacional pode limitar o acesso às informações, provavelmente devido ao comprometimento da capacidade de leitura, fala e interpretação (RODRIGUES *et al.*, 2012). Sievert *et al.* 2011 evidenciaram que a menor escolaridade influencia na percepção dos sintomas menopausais e queixas de mulheres no climatério, isso pode ser reflexo da menor compreensão da sintomatologia do climatério, menopausa e pós-menopausa, ocasionando uma resposta não adequada diante das manifestações clínicas.

O nível de escolaridade relaciona-se ao período do climatério por prover conhecimento às mulheres que vivenciam as alterações dessa fase, o que permite reduzir, por conseguinte, dúvidas, ansiedade e apreensão, além de melhorar a capacidade de reconhecer os sintomas indicativos da menopausa e consigam lidar melhor com esse período complexo de suas vidas (LUI FILHO *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2017).

Por outro lado, a baixa renda familiar pode colaborar para a inatividade física das mulheres climatéricas, e, também, para os hábitos de vida em geral. Esse fato, aliado à faixa etária mais avançada, predispõe ao sedentarismo e às enfermidades mais frequentes nesse período de vida. Acredita-se que o aparecimento de doenças osteomusculares com o aumento da idade cronológica pode contribuir para a redução de atividades físicas (OLIVEIRA, 2017).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo realizado a partir de dados quantitativos coletados ao longo do ano de 2017 com mulheres adultas registradas e atendidas em Unidades de Saúde da Família referência em Saúde da Mulher. Foram coletados dados de uma população amostral em subconjunto predefinido que possuem características comuns.

4.2 Área e Local do Estudo

A cidade de Aracaju situa-se no litoral de Sergipe, apresenta Índice de Desenvolvimento Humano (2010) de 0,770 e população, segundo o censo demográfico de 2010, de 571.149 habitantes, sendo 305.665 mulheres, das quais 97.463 estão na faixa etária entre 40-60 anos (IBGE, 2010).

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, a capital de Sergipe conta com uma rede assistencial básica composta por 43 Unidades de Saúde da Família (USF), e de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica, até março de 2016, existiam 107 Equipes de Saúde da Família responsáveis pela cobertura de 369.150 usuários cadastrados (BRASIL, 2016). Dentre as USFs existentes no município de Aracaju, somente três USFs são consideradas de referência em saúde da mulher. Essas Unidades de Saúde além de atender as mulheres cadastradas da região territorial também recebem encaminhamentos de outras unidades Básicas de Saúde que tenham necessidade de atendimento especializado.

4.3 População e Amostra

Participaram deste estudo mulheres assistidas pelo Programa Estratégia Saúde da Família (USF) das três unidades referência em Saúde da Mulher do Município de Aracaju-Sergipe. A amostra foi definida por meio dos dados disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde (ARACAJU, 2015) e a amostra calculada segundo Barbetta, 2010, atendendo a proporcionalidade da população de cada USF. A distribuição é apresentada no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição e cálculo amostral de mulheres cadastradas em 3 unidades de Saúde da Família, referências em Saúde da Mulher de Aracaju/SE, 2015.

	Total de mulheres cadastradas	Amostra N (%)
USF 1	1.044	67 (16%)
USF 1	3.579	121 (29%)
USF 1	1.838,	228 (55%)
Total	6.461	419 (100)

4.4 Princípios Éticos da Pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes sob o número de parecer 1.813.269 e CAAE 58431716.7.0000.5371 (Anexo 2).

4.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas mulheres que estivessem disponíveis no período da coleta dos dados. Foram excluídas mulheres portadoras de distúrbios psiquiátricos e/ou condições fisiológicas que limitassem a capacidade de comunicação como exemplo a surdez, de acordo com diagnóstico verificado nos registros de prontuários.

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos pela aplicação de roteiro de entrevista composto por 32 questões para obter informações socioeconômicas, sociodemográficas, histórico de morbidades, hábitos de vida e dados ginecológicos. Antes da aplicação, este roteiro foi validado por seis avaliadores independentes e experts na temática correlata (método de expertise). Os avaliadores foram contatados via carta-convite, sendo enviado a estes o roteiro da entrevista juntamente com o instrumento de validação, após seu aceite. Para efeito de análise, estes profissionais avaliaram o roteiro da entrevista de acordo com critérios de pertinência, clareza, objetividade, precisão, vocabulário e abrangência.

4.7 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada de acordo com a agenda programada das consultas obstétricas de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família. As mulheres elegíveis que compareceram às USFs a fim de realizarem exame preventivo (Papanicolau) ou consultas ginecológicas, e que se encontravam esperando atendimento médico, foram convidadas individualmente a participar da pesquisa. Uma vez o convite aceito, os instrumentos de coleta de dados foram aplicados nos consultórios de Enfermagem e de Ginecologia a portas fechadas.

4.8 Análise de Dados

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio-padrão. A hipótese de independência entre variáveis categóricas foi testada por meio dos testes Exato de Fisher e Qui-Quadrado de Pearson. A hipótese de igualdade de medianas foi testada por meio do teste de Mann-Whitney. As variáveis significativas ao nível de 20%, com % de ausentes inferior a 10% e sem frequência nula foram utilizadas para estimar razão de chances brutas e ajustadas (e seus respectivos intervalos de confiança) por meio de regressão logística múltipla e utilização do método de Backward Selection de seleção de variáveis. O nível de significância adotado foi de 5% e o software adotado foi o R Core Team 2021 (versão 4.1.0).

5 RESULTADOS

Nesse estudo foi realizada a análise de 417 entrevistas de mulheres em três USF do Estado de Sergipe. A idade média das mulheres participantes desta pesquisa foi de 50,4 anos (DP 5,7), a maioria era casada (42,2%), tinha renda de um salário mínimo (49,3%), se autodeclararam pardas (63%) e 38,9% possuíam ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de 417 mulheres atendidas em três Unidade de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	n	%	Média	DP
Idade			50,4	5,7
Estado Civil				
Casada	176	42,2		
União Estável	41	9,8		
Solteira	126	30,2		
Separada/Divorciada	45	10,8		
Viúva	29	7,0		
Mantenedora do Lar	281	67,4		
Renda Mensal				
<1 Salário Mínimo	65	15,7		
1 Salário Mínimo	204	49,3		
2 a 3 Salários Mínimo	130	31,4		
4 a 5 Salários Mínimo	10	2,4		
>5 Salários Mínimo	5	1,2		
Cor Autodeclarada				
Branca	60	14,4		
Negra	75	18,0		
Parda	262	63,0		
Amarela	15	3,6		
Indígena	4	1,0		
Nível de Escolaridade				
Sem Escolaridade	22	5,3		
Ensino Fundamental Incompleto	55	13,3		
Ensino Fundamental Completo	161	38,9		
Ensino Médio Incompleto	128	30,9		
Ensino Médio Completo	25	6,0		
Ensino Superior Incompleto	8	1,9		
Ensino Superior Completo	13	3,1		
Pós-graduação	2	0,5		

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

Com relação ao histórico familiar de doença a 73,4% relata ter hipertensão, 58,5% diabetes mellitus e 38,8% tem histórico familiar de neoplasias entre outros. A cerca das doenças que já apresentaram, algumas mulheres apresentaram alguma doença tais como depressão e cardiopatias, que foram as mais prevalentes. A cerca das doenças atuais, a maioria apresentava alguma doença na época da entrevista, como doença hipertensiva, diabetes mellitus e depressão. Destas 44,1% realiza alguma atividade física, 17,7% usa álcool ou fuma (8,4%), com número de cigarros por dia

(média de $14,1 \pm 6,6$) e com tempo de uso médio de $27,3 \pm 12,6$ anos. A maioria relata ingestão de fibras e de gorduras (Tabela 2 e 3).

Tabela 2 - Histórico de morbidade e hábitos de vida relatados por 417 mulheres atendidas em três Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	N	%	Média	DP
Relato de Doença Familiar	390	93,5		
Diabetes Mellitus	244	58,5		
Hipertensão	306	73,4		
Osteoporose	81	19,4		
Doença Arterial Coronariana	21	5,0		
Cardiopatias	124	29,7		
Infarto Agudo do Miocárdio	143	34,3		
Acidente Vascular Encefálico	126	30,2		
Incontinência Urinária	15	3,6		
Neoplasia	162	38,8		
Depressão	31	7,4		
Doenças e Sintomas Relatados	94	22,5		
Doença Arterial Coronariana	3	0,7		
Cardiopatias	19	4,6		
Infarto Agudo do Miocárdio	8	1,9		
Acidente Vascular Encefálico	8	1,9		
Incontinência Urinária	9	2,2		
Neoplasia	5	1,2		
Depressão Anterior	26	6,2		
Relatos de Doenças e Sintomas apresentadas atualmente	265	63,5		
Diabetes Mellitus	71	17,0		
Hipertensão	176	42,2		
Osteoporose	15	3,6		
Doença Arterial Coronariana	4	1,0		
Cardiopatias	20	4,8		
Infarto Agudo do Miocárdio	5	1,2		
Acidente Vascular Encefálico	1	0,2		
Incontinência Urinária	9	2,2		
Neoplasia	7	1,7		
Atual Depressão	58	13,9		

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

Tabela 3 - Histórico de hábitos de vida relatados por 417 mulheres atendidas em três Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	n	%	Média	DP
Realizam Atividade Física	184	44,1		
Uso de Alcool	74	17,7		
Fumantes	35	8,4		
Quantos cigarros por dia			14,1	6,6
Tempo de uso (anos)			27,3	12,6
Ingestão de Fibras	369	88,7		
Ingestão de Gorduras	227	54,6		

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

A idade média da menarca das mulheres entrevistadas foi de $13,1 \pm 1,8$ anos e a média da sexarca foi de $18,8 \pm 4,3$ anos. A minoria ainda apresenta e tem regularidade na menstruação, dessas 40,4% tem fluxo leve a moderado. Estão menopausadas 56,6%, com idade média de menopausa aos $47 \pm 5,3$ anos, com tempo médio de pausa há $6,6 \pm 5,3$ anos. Ainda 97,8% fez exame preventivo, sendo que em 98,8% das mulheres o motivo foi rastreamento de alterações relacionado ao exame citopatológico ou preventivo. Quatro mulheres de grupo de estudo estão grávidas (1%) e 10 (2,4%) mulheres realizaram radioterapia para tratamento de algum tipo de câncer (Tabela 4).

Tabela 4 - Informações ginecológicas de 417 mulheres atendidas em três Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

.	n	%	Média	DP
Idade da Menarca			13,1	1,8
Idade da Sexarca			18,8	4,3
Apresenta Menstruação	172	41,2		
Regularidade da Menstruação	94	31,9		
Fluxo/++++				
1	10	6,4		
2	63	40,4		
3	32	20,5		
4	51	32,7		
Menopausa				
Sim	236	56,6		
Não	181	43,4		
Idade da Menopausa			47,0	5,3
Há quanto tempo			6,6	5,3
Fez Exame Preventivo	408	97,8		
Motivo do Exame				
Rastreamento	405	98,8		
Repetição	2	0,5		
Seguimento	3	0,7		
Está Grávida	4	1,0		
Realizou Radioterapia	10	2,4		

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

A Tabela 5 apresenta os dados sociodemográficos associados às fases de pré menopausa e menopausa das mulheres entrevistadas, em relação à sua faixa etária, estado civil, renda mensal, cor autodeclarada e nível de escolaridade. Nas demais variáveis não observamos diferenças significativas.

Tabela 5 – Dados sociodemográficos de 417 mulheres atendidas em três Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	Pré Menopausa n (%)	Menopausa n (%)	p-valor
Idade (média desvio $\pm$ padrão)	46,4 $\pm$ 4,5	53,4 $\pm$ 4,5	<0,001 ^M
Estado Civil			
Casada	85 (47,0)	91 (38,6)	0,055 ^Q
União Estável	20 (11,0)	21 (8,9)	
Solteira	55 (30,4)	71 (30,1)	
Separada/Divorciada	12 (6,6)	33 (14,0)	
Viúva	9 (5,0)	20 (8,5)	
Mantenedora do Lar	119 (65,7)	162 (68,6)	0,532 ^F
Renda Mensal*			
<1 Salário Mínimo	36 (20,2)	29 (12,3)	0,215 ^Q
1 Salário Mínimo	82 (46,1)	122 (51,7)	
2 a 3 Salários Mínimo	55 (30,9)	75 (31,8)	
4 a 5 Salários Mínimo	4 (2,2)	6 (2,5)	
>5 Salários Mínimo	1 (0,6)	4 (1,7)	
Cor Autodeclarada			
Branca	24 (13,3)	36 (15,3)	0,781 ^Q
Negra	30 (16,6)	45 (19,1)	
Parda	120 (66,3)	142 (60,4)	
Amarela	6 (3,3)	9 (3,8)	
Indígena	1 (0,6)	3 (1,3)	
Nível de Escolaridade			
Sem Escolaridade	9 (5,0)	13 (5,6)	0,349 ^Q
Ensino Fundamental Incompleto	28 (15,5)	27 (11,6)	
Ensino Fundamental Completo	62 (34,3)	99 (42,5)	
Ensino Médio Incompleto	65 (35,9)	63 (27,0)	
Ensino Médio Completo	10 (5,5)	15 (6,4)	
Ensino Superior Incompleto	2 (1,1)	6 (2,6)	
Ensino Superior Completo	4 (2,2)	9 (3,9)	
Pós-graduação	1 (0,6)	1 (0,4)	

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão.

M – Teste de Mann-Whitney. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson.

* Salário mínimo referência 2017 = R\$ 937,00 ou aproximadamente US\$ 282,83

A Tabela 6 trata do cruzamento de dados entre as fases pré menopausa e menopausa e o histórico de doenças familiar, pessoal, doença atuais e hábitos das pacientes. Podemos observar diferenças significativas para o histórico familiar onde as mulheres menopausadas apresentaram maior prevalência de osteoporose, histórico familiar de neoplasia, diabetes mellitus atual, hipertensão atual, osteoporose atual e menor prevalência de histórico familiar de cardiopatia e uso de álcool. As demais variáveis não apresentaram diferença significativa.

Tabela 6 – Informações sobre o histórico de doenças familiar, pessoal, doença atuais, e hábito de vida de 417 mulheres atendidas em três Unidades de Saúde da Família Referência em Saúde da Mulher de Aracaju/Sergipe, 2017.

	Pré Menopausa n (%)	Menopausa n (%)	p-valor
Relato de Doença Familiar	170 (93,9)	220 (93,2)	0,843 ^F
Diabetes Mellitus	114 (63,0)	130 (55,1)	0,110 ^F
Hipertensão	136 (75,1)	170 (72,0)	0,504 ^F
Osteoporose	22 (12,2)	59 (25,0)	0,001 ^F
Doença Arterial Coronariana	7 (3,9)	14 (5,9)	0,375 ^F
Cardiopatía	66 (36,5)	58 (24,6)	0,010 ^F
Infarto Agudo do Miocárdio	56 (30,9)	87 (36,9)	0,214 ^F
Acidente Vascular Encefálico	49 (27,1)	77 (32,6)	0,238 ^F
Incontinência Urinária	3 (1,7)	12 (5,1)	0,069 ^F
Neoplasia	60 (33,1)	102 (43,2)	0,043 ^F
Depressão	13 (7,2)	18 (7,6)	1,000 ^F
Doenças e Sintomas Relatados	33 (18,2)	61 (25,8)	0,076 ^F
Doença Arterial Coronariana	1 (0,6)	2 (0,8)	1,000 ^F
Cardiopatía	7 (3,9)	12 (5,1)	0,640 ^F
Infarto Agudo do Miocárdio	1 (0,6)	7 (3,0)	0,146 ^F
Acidente Vascular Encefálico	4 (2,2)	4 (1,7)	0,732 ^F
Incontinência Urinária	2 (1,1)	7 (3,0)	0,310 ^F
Neoplasia	2 (1,1)	3 (1,3)	1,000 ^F
Depressão	8 (4,4)	18 (7,6)	0,222 ^F
Relatos de Doenças e Sintomas Apresentadas Atualmente	101 (55,8)	164 (69,5)	0,005 ^F
Diabetes Mellitus	22 (12,2)	49 (20,8)	0,025 ^F
Hipertensão	65 (35,9)	111 (47,0)	0,028 ^F
Osteoporose	2 (1,1)	13 (5,5)	0,017 ^F
Doença Arterial Coronariana	3 (1,7)	1 (0,4)	0,321 ^F
Cardiopatía	6 (3,3)	14 (5,9)	0,253 ^F
Infarto Agudo do Miocárdio	0	5 (2,1)	0,072 ^F
Acidente Vascular Encefálico	0	1 (0,4)	1,000 ^F
Incontinência Urinária	1 (0,6)	8 (3,4)	0,084 ^F
Neoplasia	2 (1,1)	5 (2,1)	0,704 ^F
Depressão	29 (16,0)	29 (12,3)	0,318 ^F
Realiza Atividade Física	75 (41,4)	109 (46,2)	0,371 ^F
Uso de Alcool	44 (24,3)	30 (12,7)	0,003 ^F
Fuma	15 (8,3)	20 (8,5)	1,000 ^F
Ingestão de Fibras	156 (86,2)	213 (90,6)	0,163 ^F
Ingestão de Gorduras	105 (58,0)	122 (51,9)	0,234 ^F
Idade da Menarca (média desvio ± padrão)	13,1 ± 1,8	13,1 ± 1,9	0,794 ^M
Idade da Sexarca (média desvio ± padrão)	18,6 ± 4,3	19,1 ± 4,3	0,156 ^M
Motivo do Exame			
Rastreamento	176 (97,8)	229 (99,6)	0,237 ^Q
Repetição	2 (1,1)	0	
Seguimento	2 (1,1)	1 (0,4)	
Realizou Radioterapia	2 (1,1)	8 (3,4)	0,199 ^F

Legenda: n – frequência absoluta. % – frequência relativa percentual. DP – Desvio Padrão. M – Teste de Mann-Whitney. F – Teste Exato de Fisher. Q – Teste Qui-Quadrado de Pearson.

6 DISCUSSÃO

As mulheres geralmente passam o último terço de sua vida na menopausa, após o término de seus anos reprodutivos (TAKAHASKI; JOHNSON, 2015). Segundo Gracia e col. (2018), 4 em cada 5 mulheres apresentam sintomas psicológicos ou físicos em torno da menopausa, com vários graus de gravidade. Normalmente, a transição para a menopausa é identificada pelo início de ciclos menstruais irregulares ou pela experiência de sintomas vasomotores (ondas de calor e sudorese noturna) que comumente ocorrem nesse período. No entanto, além dos sintomas vasomotores que são facilmente reconhecidos, outros sintomas comuns, como alterações de humor e dificuldades de sono também podem ser apresentados.

Com o envelhecimento da população, estima-se que 1,2 bilhão de mulheres em todo o mundo estarão na menopausa até o ano 2030 (DUNNERAM *et al.*, 2019). No Brasil, 13,5 milhões de mulheres estão passando pelo climatério, e a última menstruação ocorreu por volta dos 50 anos. Contudo, sabe-se ainda que, com o envelhecimento da população no Brasil, a prevalência de doenças crônicas está aumentando (SIMIELI *et al.*, 2019). Nesse sentido, a osteoporose pós-menopausa é particularmente preocupante porque leva a um aumento do risco de fraturas, o que, por sua vez, afeta negativamente a saúde das mulheres com idade mais avançada (BANDEIRA; BILEZIKIAN, 2017; GOKOSMANOGLU *et al.*, 2016). Segundo algumas pesquisas, a prevalência de osteoporose em mulheres na pós-menopausa no Brasil varia de 15% a 33%, dependendo do método de pesquisa e da utilização de dados de medida de densidade óssea (BACARRO *et al.*, 2015).

De acordo com Pinheiro e col. (2010), no Brasil, um país com características inter-regionais extremamente diversas, determinar com precisão a prevalência da osteoporose é uma tarefa complicada. Há algum tempo, esforços têm sido feitos para entender melhor a epidemiologia da osteoporose pós-menopausa e gerenciar os custos diretos e indiretos da doença para o sistema de saúde brasileiro (BACARRO *et al.*, 2015). Desta forma dados como os apresentados no presente estudo são relevantes na medida em que fornecem informações de uma população específica que poderão ser utilizados para implementar medidas apropriadas para esta população.

A osteoporose afeta predominantemente mulheres na pós-menopausa como consequência das mudanças no seu perfil hormonal (Munoz *et al.*, 2020). No presente estudo não foi diferente e a osteoporose foi relatada em 5,5% da população ($p > 0,017$), o que corrobora que mulheres nesse período podem sofrer alterações em parâmetros como densidade e massa óssea que podem comprometer a qualidade de vida dessas mulheres.

Estudos nacionais recentes identificaram alguns fatores associados à osteoporose em mulheres brasileiras. Martini et al. (2009) relataram associação positiva entre osteoporose, mulheres com idade >45 anos, casadas e ex-fumantes. Foi demonstrado também que mulheres com maior escolaridade e de cor parda/preta apresentaram menor prevalência de osteoporose. Ainda de acordo com Pinheiros e col. (2010), os principais fatores associados à baixa densidade mineral óssea foram idade avançada, menopausa, história de fratura prévia e tabagismo. Por outro lado, mulheres com índice de massa corporal mais alto, que realizavam atividade física regular e receberam terapia de reposição hormonal, apresentaram menor prevalência de baixa densidade mineral óssea, o que aponta para a importância de orientações em relação aos hábitos de vida e tratamento específica para minimizar a osteoporose.

Associados também a maior prevalência de osteoporose estão a osteoartrite, maior tempo de menopausa, problemas de equilíbrio, comprometimento da capacidade funcional e auto percepção inadequada de saúde. No mesmo estudo, foi apresentado índice de auto percepção de saúde deficiente, tratamento com remédios naturais para menopausa, tabagismo mais de um maço de cigarros por dia (atualmente ou no passado) e capacidade funcional prejudicada, foram fatores associados ao início precoce da doença (Baccaro *et al.*, 2015). Estes dados novamente mostram a importância das orientações em relação aos diferentes aspectos da menopausa que podem influenciar na saúde das mulheres.

Em mulheres na pós-menopausa, o estrogênio é sintetizado quase exclusivamente a partir da androstenediona formada nas glândulas supra-renais, que é convertida em estrona nos tecidos extraglandulares (SILVA *et al.*, 2007; BOGACZ *et al.*, 2021). Contudo Ostrowska (2009), relata que o aumento do peso corporal, do teor de gordura, é observado em mulheres na pós-menopausa, e em consequência o número de fontes de estrogênio aumenta, enquanto a renovação óssea diminui, com a elevação simultânea da perda de massa óssea, que parece ser o mecanismo dominante das alterações do tecido ósseo. Nesse sentido é importante conhecer as características da população de mulheres no intuito de dar uma melhor orientação em relação aos seus hábitos de vida para melhoria da sua qualidade de vida.

Estas doenças podem contribuir para a mortalidade em mulheres nessa idade como relatado por Newson (2018), a DCV e a doença cerebrovascular são a principal causa de mortes de mulheres na pós-menopausa (75–76%), uma proporção significativamente maior do que o câncer de mama (6–8%). A DCV é rara em mulheres jovens, mas na maioria dos países desenvolvidos torna-se a principal causa de mortalidade e morbidade para mulheres com mais de 50 anos.

A menopausa é um fator de risco para DCV porque a retirada do estrogênio tem um efeito prejudicial nas funções cardiovasculares e no metabolismo. A menopausa impacta negativamente em muitos fatores de risco tradicionais para DCV, incluindo mudanças em distribuição de gordura corporal, tolerância à glicose reduzida, anormalidade nos indicadores de lipídios plasmáticos, aumento da pressão arterial, aumento tônus simpático, disfunção endotelial e inflamação vascular (CARBONEL *et al.*, 2020).

Aumento na gordura corporal em homens e mulheres é associado a efeitos prejudiciais sobre a resistência à insulina, lipídios plasmáticos, pressão arterial e impulso simpático. Em particular, o aumento de peso e a obesidade estão associados à redução de sensibilidade à insulina e aumento da pressão arterial (COYLEWRIGHT *et al.*, 2008; FERRANNI *et al.*, 1995.), mudanças que estão presentes em mulheres na pós-menopausa por deficiência de estrogênio.

Em relação ao Índice de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), segundo Anagnostis *et al.* (2020), mulheres na menopausa e pacientes com HAS apresentam além do índice de rigidez aumentado, maior dano endotelial do que os normotensos. O índice de rigidez foi significativamente menor nos mais jovens em comparação com aqueles com hipertensão. Se pode inferir então que a hipertensão é aumentada pela rigidez vascular elevando o risco de doenças cardiovasculares (ROSSI *et al.*, 2004) em mulheres na menopausa.

Segundo Wenger *et al.* (2018), dados epidemiológicos confirmam uma prevalência crescente de Pressão Arterial (PA) elevada com o envelhecimento e maior prevalência de hipertensão em mulheres ≥ 65 anos. Achados de PA mais baixa em mulheres na pré-menopausa relacionado aos homens da mesma idade, e maiores taxas de HAS com o envelhecimento em mulheres e homens, sugerem que o sexo ou hormônios sexuais têm um papel proeminente na HAS (ZANCHETTI *et al.*, 2005). Existem diferenças de sexo na hipertensão; mulheres na pós-menopausa têm aumentos pronunciados tanto na pressão arterial sistólica quanto na pressão de pulso em relação aos homens da mesma idade (WENGER *et al.*, 2018).

No presente estudo a taxa de mulheres que apresentaram Diabetes Mellitus foi de 25%, corroborando com o estudo de Kim (2012), a meia-idade é um período de aumento relativo da androgenicidade, adiposidade e resistência à insulina, distúrbios do sono e depressão, todos fatores de risco para diabetes. A evidência que liga as mudanças específicas da menopausa aos hormônios sexuais e o diabetes é menos convincente do que a evidência que liga o envelhecimento cronológico ao diabetes (KIM, 2012). Vários estudos descrevem que em comparação com as mulheres na pré-menopausa, as mulheres na pós-menopausa têm significativamente mais resistência à

insulina. A resistência à insulina leva a níveis altos de insulina circulante, causando aumento de sódio e retenção de líquidos, levando a pressão alta e insuficiência cardíaca congestiva (ROSANA *et al.*, 2007; SLOPIEN *et al.*, 2018).

No entanto, segundo Soriguer e col. (2009), nenhum risco significativo de diabetes foi encontrado quando comparadas mulheres na pós-menopausa com a pré-menopausa. E nenhuma especificação foi feita em relação à menopausa cirúrgica versus natural. Mishra e col. (2007), também não encontraram associação entre o estado da menopausa ou o tipo de menopausa com o risco de diabetes. Estudo comparando o risco de diabetes em mulheres na pré-menopausa e mulheres na pós-menopausa participantes do Programa de Prevenção de Diabetes (PPD) da The George Washington University – EUA mostrou que as mulheres na menopausa natural tiveram um risco semelhante de progredir para diabetes em comparação com as mulheres na pré-menopausa após o ajuste para a idade. Da mesma forma, mulheres com ooforectomia bilateral ou menopausa cirúrgica tiveram risco semelhante de diabetes em comparação com mulheres na pré-menopausa após ajuste para idade (KIM *et al.*, 2011).

Apesar do presente estudo não apresentar dados referentes ao tipo de menopausa e a relação com o desenvolvimento da diabetes, sabe-se que a diabetes continua sendo uma doença que pode ser desenvolvida no período da menopausa, devido as alterações hormonais nessa época. Corroborando o presente estudo, segundo Kim (2012), mulheres de meia-idade têm risco aumentado de diabetes tipo 2 em comparação com mulheres mais jovens. O efeito exato da menopausa na homeostase da glicose em mulheres, independente do envelhecimento cronológico, foi revisado extensivamente e ainda é controverso (SZMUILOWICZ *et al.*, 2009). O Study of Women's Health Across the Nation sugeriu que a alteração na homeostase da glicose observada em torno da menopausa está relacionada ao envelhecimento cronológico e não à menopausa ovariana em si (KARVONEN-GUTIERREZ *et al.*, 2016). No entanto, um acompanhamento do mesmo estudo concluiu que níveis mais baixos de Estradiol (E2) na pré-menopausa durante o início da transição da menopausa estavam associados a um risco 47% maior de desenvolver diabetes, o que é consistente com um papel do envelhecimento ovariano (PARK *et al.*, 2017). Tudo isto mostra que ainda apesar das incertezas é necessário um acompanhamento mais rigoroso dos níveis de glicose em mulheres que se encontram nas diferentes fases da menopausa.

Os sintomas depressivos são mais prováveis de serem relatados por mulheres na perimenopausa, que é considerado o primeiro estágio do climatério. De acordo com os dados obtidos na presente pesquisa a prevalência de depressão foi de 12,5% corroborando com outros estudos que apresentam a depressão como uma doença associada ao período da menopausa (GRACIA *et al.*, 2018).

Da mesma forma, os sintomas de ansiedade também parecem ser mais prováveis de serem relatados conforme as mulheres atravessam a menopausa e podem estar ligados ao início de uma depressão maior. No entanto, de acordo com Lianeza et al. (2012) as mulheres com alta ansiedade no início da pesquisa continuaram a ter alta ansiedade ao longo da transição da menopausa, mas aquelas com baixos escores no início do estudo eram mais propensas a ficarem altamente ansiosas à medida que progrediam para a menopausa.

É importante distinguir os sintomas depressivos, que ocorrem em uma grande proporção de mulheres, que é um diagnóstico psiquiátrico muito mais sério. Segundo Bromberger et al. (2007) curiosamente, entre todos os hormônios examinados, apenas um nível mais alto de testosterona foi associado ao relato de sintomas depressivos. Os sintomas da depressão podem ou não atender aos critérios para um episódio misto (sintomas maníacos e depressivos juntos), ou até mesmo causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo. A depressão maior é uma condição com risco de vida que é muito menos prevalente do que os sintomas depressivos e foi observada em 12,3% das mulheres de acordo com o estudo realizado (FAGULHA; GONÇALVES, 2005).

Ao contrário dos sintomas depressivos, a depressão maior não variou por raça /etnia. O risco de novo início de depressão maior aumentou à medida que as mulheres se tornaram perimenopáusicas e pós-menopáusicas (BROMBERGER et al., 2007). Os fatores associados à depressão grave incluem eventos de vida estressantes, história de um transtorno de ansiedade e uso de medicamentos psicotrópicos - todos os quais aproximadamente dobraram as chances da paciente está predisposta a desenvolver depressão. O IMC e as ondas de calor foram associados à depressão maior nas análises univariadas, mas a associação não permaneceu mais após a análise multivariável.

A análise dos fatores associados à idade de ocorrência da menopausa tem diversas implicações clínicas e epidemiológicas. A menopausa tardia tem sido associada com baixo risco de osteoporose, de doenças cardiovasculares e alta frequência de câncer de mama, ovário e endométrio. Além disso, pacientes na faixa etária dos 40 anos, frequentemente querem saber quando se tornarão menopausadas, que características podem predispor a uma menopausa mais precoce, e se as circunstâncias ou estilo de vida fazem alguma diferença nesse período (FERREIRA et al., 2015). Desta forma, torna-se importante fazer um trabalho de esclarecimento de como esta fase natural da vida, que a mulher irá vivenciar, pode ser afetada por diversos fatores como estilo de vida e questões sociodemográficas, na tentativa de amenizar os efeitos na saúde física e mental e proporcionar uma melhor qualidade de vida para as mulheres.

De acordo com a presente pesquisa, a renda se mostrou um fator de risco para algumas comorbidades (HAS, DM, osteoporose). Mulheres com renda mensal de até um salário mínimo corresponderam a 10,1% da população pesquisada, corroborando o estudo de Bae, Park, Kwon (2018), o qual aponta que a renda pode se enquadrar como fator de risco nesse período, pois essas mulheres apresentaram consequentemente mais dificuldade no autocuidado com a sua saúde, alimentação, hábitos de vida em geral, devido às condições financeiras precárias.

Segundo estudo Dunneram et al. (2019), na última década, vários relatos têm mostrado que o tabagismo, baixo nível socioeconômico e baixo peso ponderal estão associados à menopausa precoce. Os fatores que reduzem os ciclos ovulatórios durante o período reprodutivo, como a paridade, uso de contraceptivos hormonais e ciclos anovulatórios têm tendência a postergar a idade em que ocorre a última menstruação. Portanto, o conhecimento dos fatores que relacionam à idade à menopausa pode fornecer dados para interpretação dessas associações e pode, em princípio, sugerir medidas preventivas. Além disso, os potenciais fatores determinantes da idade à menopausa podem diferir em populações com características diferentes que influenciam a idade de ocorrência (PARAZZINI *et al.*, 1992).

7 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que as principais comorbidades associadas ao envelhecimento reprodutivo são diabetes mellitus, osteoporose, cardiopatia, neoplasia e hipertensão. Em relação aos fatores sociodemográficos, as mulheres entrevistadas em sua maioria eram casadas, mantenedoras do lar, tinham renda de um salário mínimo, se autodeclararam pardas e tinham escolaridade até o ensino fundamental completo.

Sabe-se que o nível de escolaridade, os fatores sociais, econômicos entre outros influenciam na busca da população aos serviços de saúde, dessa forma cabe à equipe das unidades de saúde da família criar estratégias para captar essas pessoas com intuito de passar informação/esclarecimentos sobre esse período, desmistificando essa fase, fazendo com que as mulheres se tornem autoras principais no processo do autocuidado, no qual as dúvidas que elas apresentarem podem ser sanadas com um trabalho educativo mediante informações qualificadas, para melhor compreensão e enfrentamento do climatério/menopausa.

Sendo assim, é importante que haja um planejamento de ações voltadas para esse grupo populacional, que é crescente, no sentido de preparar a sociedade para um envelhecimento mais saudável na tentativa de diminuir os sintomas e comorbidades do climatério/menopausa nas mulheres que vivenciam a pós-menopausa, além de delimitar grupos que necessitem de maior suporte nessa fase de vida da mulher.

Esta pesquisa foi baseada em entrevistas o que traz algumas limitações em relação a autenticidade das informações ao mesmo tempo que nos dá uma ideia de como a população de mulheres estudadas visualiza sua própria saúde e condição de vida.

8 REFERÊNCIAS

- AGBORSANGAYA, C. B., LAU, D., LAHTINEN, M., COOKE, T., & JOHNSON, J. A. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC public health* 2012; 12(1): 1-8.
- ALDRIGHI, J. M., ALECRIN, I. N., OLIVEIRA, P. R. D., & SHINOMATA, H. O. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2005; 51(1): 51-53.
- ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.E.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M.F.; MACINKO J.; MENDONÇA, C.S. et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP–Brazil). *Caderno Saúde Pública* 2009; 25(6): 1337-1349.
- ALLSHOUSE, A.; PAVLOVIC, J.; SANTORO, N. Menstrual Cycle Hormone Changes Associated with Reproductive Aging and How They May Relate to Symptoms. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018; 45(4): 613-628.
- ALVES, E.R.P.; COSTA, A.M.; BEZERRA, SMMS, NAKANO AMS, CAVALCANTI AMTS, DIAS MD. Climatério: A intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. *Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis* 2015; 24(1): 64-71.
- ANAGNOSTIS, P.; THEOCHARIS, P.; LALLAS, K.; KONSTANTIS, G.; MASTROGIANNIS, K.; BOSDOU, J. et al. Early menopause is associated with increased risk of arterial hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Maturitas* 2020; 135: 74-79.
- ANDRADE, A.R.L.; FREITAS, C.M.S.M., RIEGERT, I.T.; ARRUDA, H.N.A.; COSTA, D. A.; COSTA, A.M. Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: Reflexões sob a ótica da fenomenologia. *Revista. Mineira Enfermagem* 2016; 20: 1-4.
- APPOLINÁRIO, J.C.; MEIRELLES, R.M.R.; COUTINHO, W.; PÓVOA, L.C. Associação entre traços de personalidade e sintomas depressivos em mulheres com síndrome do climatério. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* 2001; 45(4): 383-389.
- BACARAT, E. C. *Puberdade Precoce. In: Diagnóstico e tratamento Ginecologia – Ginecologia Geral*, 3, 2007.
- BAE, J.; PARK, S.; KWON, J.W. Factors associated with menstrual cycle irregularity and menopause. *BMC women's health* 2018, 18(1): 1-11.
- BERNI, N.I.O.; LUZ, M.H.; KOHLRAUSH, S.C. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2007; 60(3): 299-306.
- BOGACZ, A.; KAMIŃSKI, A.; ŁOCHYŃSKA, M.; ver, I.; GORĄCY, J.; KOTRYCH, D. et al. The importance of the UGT1A1 variants in the development of osteopenia and osteoporosis in postmenopausal women. *Scientific Reports* 2021; 11(1): 1-8.
- BRASIL. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. http://bvsmms.saude.gov.br/41limatério41coes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf. Manual de Orientação Climatério. São Paulo, 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf. Acesso em: 24 fev. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção à mulher no

climatério/menopausa. 2008. http://bvsmms.saude.gov.br/42limatério42coes/manual_atencao_mulh42limatérioioerio.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

BROMBERGER, J.T.; MATTHEWS, K.A.; SCHOTT, L.L.; BROCKWELL, S.; AVIS, N. E.; KRAVITZ, H.M et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of W'men's Health Across the Nation (SWAN). *Journal of affective disorders* 2007, 103(1-3): 267–272.

BROMBERGER, J.; KRAVITZ, H.; CHANG, Y.; CYRANOWSKI, J.; BROWN, C.; MATTHEWS, K. Major depression during and after the menopausal transition: Study of W'men's Health Across the Nation (SWAN). *Psychological Medicine* 2011, 41(9): 1879-1888.

CAMERON, K.E.; SAMMEL, M.D.; GINSBERG, J.; CARLSON, C.A.; GRACIA, C.R. Relationship between menopausal symptoms and ovarian reserve in reproductive-aged cancer survivors. *Fertility and Sterility* 2018; 110(4): e24.

CANNARELLA, R., BARBAGALLO, F., CONDORELLI, R.; AVERSA, A.; LA VIGNERA, S.; CALOGERO, A.E. Osteoporosis from an endocrine perspective: the role of hormonal changes in the elderly. *Journal of clinical medicine* 2019; 8(10): 1-14.

CARBONEL, A.A.F. et al. Cardiovascular system and estrogen in menopause. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2020, 66(2): 97-98.

CARVALHO, M. L., JÚNIOR, F. J. G. S., PARENTE, A. C. M. & SALES, J. C. S. Influências do climatério em relacionamentos conjugais: perspectiva de gênero. *Revista Rene* 2018; 19: 1-9.

CHOR, D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cadernos de Saúde pública* 2013; 29: 1272-1275.

CONFORTIN, S.C.; GIEHL, M.W.C.; ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C'; D'ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2015; 31(5):1049-1060.

COYLEWRIGHT, M.; RECKELHOFF, J.F.; OUYANG, P. Menopause and hypertension: an age-old debate. *Hypertension*. 2008; 51: 952–959.

CURTA, J.C.; WEISSHEIMER, A.M. Perceptions and feelings about physical changes in climacteric women. *Revista gaúcha de enfermagem* 2020; 41-52.

DASGUPTA, S.; SALMAN, M.; LOKESH, S.; XAVIOUR, D.; SAHEB, S.Y.; PRASAD, B.R.; SARKAR, B. Menopause versus aging: The predictor of obesity and metabolic aberrations among menopausal women of Karnataka, South India. *Journal of mid-life health* 2012; 3(1): 1-9.

DE LORENZI, D.R.S.; CATAN, L.B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G. R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira Enfermagem* 2009; 62(2): 287-93.
DUNNERAM, Y.; GREENWOOD, D.; CADE, J Diet, menopause and the risk of ovarian, endometrial and breast cancer. *Proceedings of the Nutrition Society* 2019, 78(3): 438-448.

FAGULHA, T.; GONÇALVES, B. Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: Influência do nível educacional e de outras variáveis sociodemográficas. *Psicologia: Revista da Associação Portuguesa de Psicologia* 2005; 19-38.

FEBRASGO. Manual de Orientação Climatério Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia 2010. <http://www.itarget.com.br/newclients/srggo.com.br/2008/extra/download/manualCLIMATERIO>.

FERRANNINI, E. Physiological and metabolic consequences of obesity. *Metabolism* 1995; 44: 15-17.

FERREIRA, I.C.C.; SILVA, S.S.; ALMEIDA, R.S. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde* 2015; 19(2): 1-12.

FREIDOONY, L.; CHHABI, R.; KIM, C.S.; PARK, M.B.; KIM, CB. The Components of Self-Perceived Health in the Kailali District of Nepal: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12(3): 3215-3231.

FREITAS, E.R.; BARBOSA, A.J.G.; DE ANDRADE REIS, G.; RAMADA, R.F.; MOREIRA, L.C.; GOMES, L.B. Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. *Reprodução & Climatério* 2016; 31 (1): 37-43.

GIACOMINI, D.R.; MELLA, E.A.C. Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens. *Semina: Ciências Biológicas e Saúde* 2006; 27(1): 71–92.

GOKOSMANOGLU, F.; VARIM, C.; ATMACA, A.; ATMACA, M.H.; COLAK, R. The effects of zoledronic acid treatment on depression and quality of life in women with postmenopausal osteoporosis: A clinical trial study. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2016; 21.

GONÇALVES, R.; MERIGHI, M.A. Climacteric: the corporeity as cradle of life experience. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2005; 58(6): 692-7.

GRACIA, C.R.; SAMMEL, M.D.; FREEMAN, E.W.; LIN, H.; LANGAN, E.; KAPOOR, S. et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *Menopause* 2005; 12(2): 128-135.

GRACIA, C.R.; FREEMAN, E.W. Onset of the Menopause Transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2018; 45(4): 585–597.

HARLOW, S. D.; GASS, M.; HALL, J.E.; LOBO, R.; MAKI, P.; REBAR, R.W. et al. Laborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2012; 97(4): 1159-1168.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero. 2010. [acessado em 11 fevereiro 2021]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Agência Notícias IBGE [online]. 2019 [acesso em 11 mar 2021]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/24857-pnad-continua-2018-educacao-avanca-no-pais-masdesigualdades-raciais-e-por-regiao-persistem>

KANIS, J.A. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: synopsis of a WHO report. *Osteoporosis international* 1994; 4(6): 368-381.

KARVONEN-GUTIERREZ, C.A.; PARK, S.K.; KIM, C. Diabetes and menopause. *Current diabetes reports* 2016; 16(4): 20.

KIM, C.; EDELSTEIN, S.; CRANDALL, J. Menopause and risk of diabetes in the Diabetes Prevention Program. *Menopause* 2011; 18(8): 857–868.

KIM, C. Does menopause increase diabetes risk? Strategies for diabetes prevention in midlife women. *Women's Health* 2012; 8(2): 155-167.

KONTIS, V.; BENNETT, J. E.; MATHERS, C. D.; LI, G., FOREMAN, K.; EZZATI, M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet* 2017; 389(10076): 1323-1335.

KRIEGER, N.; WILLIAMS, D. R.; MOSS, N. E. Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annual review of public health* 1997; 18(1): 341-378.

KWEON S.; KIM, Y.; M-J, J.; KIM, Y.; KIM, K.; CHOI, S. et al. Data resource profile: the Korea National Health and nutrition examination survey (KNHANES) *Int J Epidemiol*. 2014; 43: 69–77.

LEE, J.S.; HAYASHI, K.; MISHRA, G.; YASUI, T.; KUBOTA, T.; MIZUNUMA, H. Independent association between age at natural menopause and hypercholesterolemia, hypertension, and diabetes mellitus: Japan nurses' health study. *Journal of atherosclerosis and thrombosis* 2012; 147-46.

LEE, S.S.; KIM, D.H.; NAM, G-E.; NAM, H-Y.; KIM, Y.E.; LEE, S.H. et al. Association between metabolic syndrome and menstrual irregularity in middle-aged Korean women. *Korean J Fam Med*. 2016; 37:31–36.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambuí health and ageing study (BHAS). *Revista de Saúde Pública* 2004; 38(6): 827-34.

LLANEZA, P.; GARCÍA-PORTILLA, M.P.; LLANEZA-SUÁREZ, D.; ARMOTT, B.; PÉREZ-LÓPEZ, F.R. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas* 2012, 71(2): 120-130.

LORENZI, D.R.S.D.; CATAN, L.B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G.R. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2009; 62(2): 287-293.

LORENZI, D.R.S.; BACARAT, C.; SACILOTTO, B.; PADILHA, J.R.I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2006; 52: 312-317.

LUI, J. F.; BACCARO, L.F.C.; FERNANDES, T.; CONDE, D.M.; COSTA-PAIVA, L.; PINTO, A.M. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2015; 37(4): 152-15.

MACHADO, V.S.S.; VALADARES, A.; COSTA-PAIVA, L.S.; MORAES, S.S.; PINTO-NETO, A.M. Multimorbidity and associated factors in Brazilian women aged 40 to 65 years: a population-based study. *Menopause* 2012; 19(5): 569-575.

MCPHEE, S.J.; GANONG, W.F. *Distúrbios do trato reprodutivo feminino. Fisiopatologia da Doença: Uma introdução à medicina clínica*, 2011.

MEIRELLES, Eduardo de Souza. Diagnóstico por imagem na osteoporose. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 1999; 43(6): 423-427.

MISHRA, G.D.; CARRIGAN, G.; BROWN, W.J.; BARNETT, A.G.; DOBSON, A.J. Short-term weight change and the incidence of diabetes in midlife: results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Diabetes care* 2007; 30(6): 1418-1424.

MONTELEONE, P.; MASCAGNI, G.; GIANNINI, A. Symptoms of menopause — global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, v. 14, p. 199-215, 2018

MORAES, T.O.S. Qualidade de vida no climatério: uma revisão sistemática da literatura, 2015. *Revista Amazônia Science & Health* 2015; 3(3): 34-40.

MUCIDA A. *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica. 2006.

MUÑOZ, M.; ROBINSON, K.; SHIBLI-RAHHAL, A. Bone Health and Osteoporosis Prevention and Treatment. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2020; 63(4): 770-787.

NARAYAN, K.; BOYLE, J.; THOMPSON, T.; SORENSEN, S.; WILLIAMSON, D. Risco ao longo da vida para diabetes mellitus nos Estados Unidos. *JAMA* 2003; 290(14): 1884–1890.

NEVES-E-CASTRO, M. IWH : an Initiative for Women ' s Health with a better quality of life. *Climacteric : The Journal of the International Menopause Society* 2013; 16(24): 220–221.

NEWSON, L. Menopause and cardiovascular disease. *Post reproductive health* 2018; 24(1): 44-49.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY et al. Menopause practice: a clinician's guide. *Normal physiology* 2004; 19-27.

NUCCI-MARTINS, C. *Equisetum giganteum* alivia dor e consolida fratura femoral em modelo experimental de osteoporose pós-menopausa. 70ª Reunião Anual da SBPC - 22 a 28 de julho de 2018 - UFAL - Maceió / AL.

OHARA, E.C.; SAITO, R.X.D.S. Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLIVEIRA, P.G.O. Composição corporal de mulheres no climatério [Tese de doutorado] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

OSTROWSKA, Z. Menopauza, otyłość a stan kośćca Menopause, obesity, and bone status. *Postepy Hig Med Dosw.(online)* 2009; 63: 39-46.

PARK, S.K.; HARLOW, S.D.; ZHENG, H.; KARVONEN-GUTIERREZ, C.; THURSTON, R.C.; RUPPERT, K. Association between changes in oestradiol and follicle-stimulating

hormone levels during the menopausal transition and risk of diabetes. *Diabetic Medicine* 2017, 34(4): 531-538.

PERRUCIO, A.V.; KATZ, J.N.; LOSINA, E. Health burden in chronic disease: Multimorbidity is associated with self-rated health more than medical comorbidity alone. *J Clin Epidemiol* 2012; 65(1): 100-106.

PINHEIRO, M. M. et al. Risk factors for osteoporotic fractures and low bone density in pre and postmenopausal women. *Revista de saúde pública* 2010; 44: 479-485.

REICHERT, F.F.; LOCH, M.R.; CAPILHEIRA, M.F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciencias Saude Colet* 2012; 17(12): 3353-3362.

ROCHA, E. Cardiovascular risk scores: Usefulness and limitations. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2016; 35(1):15-8.

RODRIGUES, F.F.L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doenças em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paulista Enfermagem* [periódico online]. 2012 [acesso em 11 mar 2021]; 25 (2): 284-290.

ROSSI, R.; CHIURLIA, E.; NUZZO, A.; CIONI, E.; ORIGLIANI, G.; MODENA, M.G. Flow-mediated vasodilation and the risk of developing hypertension in healthy postmenopausal women. *Journal of the American College of Cardiology* 2004, 44(8): 1636-1640.

SANTORO, N; EPPERSON, CN; MATHEWS, SB. Menopausal Symptoms and Their Management. *Endocrinol Metab Clin North Am.*, v.44, n.3, p.497-515, 2015.

SCHNEID, J.L. Qualidade de vida no climatério: uma revisão sistemática da literatura, 2015. *Revista Amazônia Science & Health* 2015; 3(3): 34-40.

SILVA, H.G.; MENDONÇA, L.; CONCEIÇÃO, F.L.; ZAHAR, S.E.; FARIAS, M.L.F. Influence of obesity on bone density in postmenopausal women. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia* 2007, 51, 943-949.

SILVA, R.B.R. A mulher de 40 anos: sua sexualidade e seus afetos. Belo Horizonte: Gutenberg. 2006.

SILVA, V.H.; ROCHA, J.S.B.; CALDEIRA, A.P. Fatores associados a autopercepção negativa de saúde em mulheres climatéricas. *Ciencias Saúde Coletiva* 2018; 23(5): 1611-1620.

SIMIELI, I.; PADILHA, L.A.R.; TAVARES, C.F.F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2019; 37: 1511-e1511.

SLOPIEN, R. et al. Menopause and diabetes: EMAS clinical guide. *Maturitas* 2018; 117: 6-10.

SORIGUER, F.; MORCILLO, S.; HERNANDO, V.; VALDÉS, S.; ADANA, M.S.R.; OLVEIRA, G. et al. Type 2 diabetes mellitus and other cardiovascular risk factors are no more common during menopause: longitudinal study. *Menopause* 2009, 16(4): 817-821.

SOULES M.R; SHERMAN S; PARROT E. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001; 76.

SOULES, M.R.; SHERMAN, S.; PARROTT, E.; REBAR, R.; SANTORO, N.; UTIAN, W.; WOODS, N. Executive summary: stages of reproductive aging workshop (STRAW) Park City, Utah, July, 2001. *Menopause* 2001; 8(6): 402-407.

SOUZA, N.L.S.A.; OLIVEIRA ARAÚJO, C.L. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. *Revista Kairós: Gerontologia* 2015, 18(2): 149-165.

SZMUILOWICZ, E.D.; STUENKEL, C.A.; SEELY, E.W. Influence of menopause on diabetes and diabetes risk. *ver Rev Endocrinol.* 2009; 5(10): 553–558.

SZYMONA-PAŁKOWSKA, K.; ADAMCZUK, J.; SAPALSKA, M.; GORBANIUK, O.; ROBAK, J. M.; KRACZKOWSKI, J.J. Body image in perimenopausal women. *Przegląd menopauzalny= Menopause review* 2019; 18(4), 210-216.

TAKAHASHI, T.A.; JOHNSON, K.M. Menopause. *Med Clin North Am.* 2015; 99(3): 521-534.

THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. Clinical Care Recommendations - Chapter 1: Menopause, 2014. Retrieved August 25, 2017, from <http://www.menopause.org/publications/clinical-care-recommendations/chapter-1-menopause>

UNITED STATES. Centers for Disease Control and Prevention. Department of Health and Human Services. *Chronic Disease Notes & Reports* 2003; 16(1). Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/cdnr/pdf/CDNRwinter03.pdf>. Acessado em março de 2021.

VALENÇA, C.N., NASCIMENTO FILHO, J.M.D., GERMANO, R.M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde e Sociedade* 2010, 19: 273-285.

VIEGAS, D.P.; VARGA, I.V.D. Promoção à saúde da mulher negra no povoado Castelo, Município de Alcântara, Maranhão, Brasil. *Saúde e Sociedade* 2016; 25: 619-630.

WARTOFSKY, L.; HANDELSMAN, D. Standardization of hormonal assays for the 21st century. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2010; 95(12), 5141–5143.

WENGER, N.K.; ARNOLD, A.; BAIREY MERZ, C.N.; COOPER-DEHOFF, R.M.; FERDINAND, K.C.; FLEG, J.L. Hypertension across a woman's life cycle. *Journal of the American College of Cardiology* 2018, 71(16): 1797-1813.

ZAMPIERI, M. D. F. M.; TAVARES, C. M. A.; HAMES, M. D. L. C.; FALCON, G. S.; SILVA, A. L. D., GONÇALVES, L. T. O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério. *Escola Anna Nery* 2009, 13(2): 305-312.

ZANCHETTI, A.; FACCHETTI, R.; CESANA, G.C.; MODENA, M.G.; PIRRELLI, A.; SEGA, R. Menopause-related blood pressure increase and its relationship to age and body mass index: the SIMONA epidemiological study. *Journal of hypertension* 2005, 23(12): 2269-2276.

ANEXOS

ANEXO 1- ROTEIRO DE ENTREVISTA

	UNIVERSIDADE TIRADENTES – UNIT MESTRADO EM SAUDE E AMBIENTE Nº _____ ENTREVISTADA DATA ____/____/____
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1. Nome da Entrevistada: _____ 2. Número da pasta família: _____ Número da área: _____ Número da micro área: _____ 3. Idade: _____ Data de Nascimento: _____ 4. Estado civil: () Casada () União estável () Solteira () Separada/divorciada () viúva. Se em algum tipo de união, há quanto tempo: _____ 5. Possui Religião: () Sim () Não Qual: _____ 6. Profissão (Ocupação): _____ 7. Mantedora do lar: () Sim () Não. Se não, especificar quem é: _____ 8. Com quem mora (poderá ser marcada mais de uma opção): () Com parceiro () Filhos () Pais () Todos () Outros. Especificar: _____ 9. Renda Mensal familiar: () menos 01 salário () 01 salário () 02 a 03 salários () 04 a 05 salários () acima de 05 salários 10. Cor Autodeclarada: () Cor Branca () Cor Negra () Cor Parda () Cor Amarela () Etnia Indígena 11. Nível de Escolaridade: () sem escolaridade () fundamental: () completo () incompleto () médio: () completo () incompleto () universitário: () completo () incompleto () pós graduação	

HISTÓRIA DE MORBIDADE
12. Há histórico de doença Familiar? () Sim () Não () Diabetes Melitus () Pressão Arterial Alta () Osteoporose () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular Cerebral () Não consegue prender a urina () Neoplasia () Outras: _____ Já apresentou alguma doença? () Sim () Não () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular cerebral () Incontinência Urinária () Neoplasia () Depressão () Outras: _____ 13. Atualmente apresenta alguma doença? () Sim () Não () Diabetes Melitus () Pressão Arterial Alta () Osteoporose () Doença arterial coronariana () Cardiopatia () Infarto Agudo do Miocárdio () Acidente Vascular Cerebral () Não consegue prender a urina () Neoplasia () Depressão () Outras: _____ Pressão arterial (Posição Sentada): _____ (Posição em Pé): _____ (Posição Deitada): _____
HÁBITOS DE VIDA
14. Realiza atividade física? () Sim () Não Se sim, quantas vezes por semana? _____ Qual tipo de atividade? _____ 15. Consumo de álcool? () Sim () Não Se sim quantas doses? _____ Quantas vezes por semana? _____ Há quanto tempo faz uso? _____

16.Fuma? () Sim () Não Se sim, quantos cigarros por dia/semana_____ Há quanto tempo faz uso? _____ 17.Ingestão de Fibras (feijão, batata doce, cereais, grãos, etc.): () Sim () Não 18.Ingestão de Gorduras (frituras, carnes gordurosas, margarinas) :() Sim () Não
DADOS GINECOLÓGICOS
19.Idade da Menarca (primeira menstruação):_____ 20.Idade da Sexarca (primeira relação sexual):_____ 21.Possui menstruação? () Sim () Não 22.Regularidade menstrual: () Sim () Não Fluxo: ++++/_____ 23.Menopausa: () Sim () Não. Se sim, há quanto tempo? _____
EXAME CITOPATOLÓGICO
24. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez? () Sim. Quando fez o último exame? Ano _____ () Não () Não Sabe 25. Motivo do exame () Rastreamento () Repetição (exame alterado ASCUS/Baixo grau) () Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento) 26. Resultado do exame preventivo (caso tenha realizado anteriormente) _____ 27. Está grávida? () Sim () Não 28. Já fez tratamento por radioterapia? () Sim () Não () Não Sabe 29. Lembra da data da última menstruação? () Lembra () Não sabe/ Não lembra 30. Data da última menstruação/ regra: _____ 31. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (Não considerar a primeira relação sexual)

☐ Sim ☐ Não/ Não sabe/ Não lembra

32. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?

(Não considerar sangramentos na vigência da reposição hormonal)

☐ Sim ☐ Não/ Não sabe/ Não lembra/ Não está na menopausa

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo a Universidade Tiradentes, por intermédio da aluna, Maria Hozana Santos Silva devidamente assistida pela sua orientadora Doutora Cláudia Moura de Melo, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita: 1-Título da pesquisa: Avaliação da Saúde Sexual de Mulheres de 40-60 anos cadastradas em Unidades de Referência no Município de Aracaju-Sergipe 2-Objetivos: Primários e secundários: - Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe. 3-Descrição de procedimentos: A pesquisa pretende investigar as concepções de mulheres com 40 anos ou mais, sobre a saúde sexual, concentrando-se na, caracterização de suas vivências em relação ao sexo e seus conhecimentos sobre DSTs. Será realizado um estudo exploratório, descritivo, quantitativo com mulheres de 40-60 anos, em Unidades de Saúde da Família referência em Saúde da Mulher no município de Aracaju. Os instrumentos de coletas de dados utilizados nas entrevistas são questionário, Escala de avaliação do Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Avaliação da Menopausa, com subsequente coleta de material colpocitológico (Papanicolau). 4-Justificativa para a realização da pesquisa: Com o aumento da expectativa de vida, os estudos sobre sexualidade têm se tornado relevantes, uma vez que a função sexual influencia a qualidade de vida dentro do processo de envelhecimento (PINTO NETO et al., 2013). No Brasil, são escassos estudos relacionados à sexualidade no climatério (LORENZI; SACIOTO, 2006). Considerando o exposto, torna-se importante, entender esse panorama e admitir que a abordagem sobre a sexualidade humana, principalmente a sexualidade feminina, precisa ser repensada por toda sociedade, serviços e profissionais da área da saúde, mas principalmente pelas próprias mulheres, em especial pelas mulheres que tem 40-60 anos; numa tentativa de que as mulheres possam melhor se integrar ao conceito da saúde sexual, compreendendo todo seu contexto, e assim possa expressar-se, ao mesmo tempo em que possa contar com informações seguras e serviços de qualidade, que lhes garantam pleno exercício dos direitos sexuais. É fundamental compreender o perfil das mulheres no climatério e menopausa frente à saúde sexual e a realidade do maior envelhecimento populacional, afim de melhor colaborar na construção de um novo foco de atenção à saúde do homem e da mulher no que diz respeito à sexualidade; o que tem relevância e, portanto, exige mais estudos sobre o tema. Assim este estudo foi proposto como uma ferramenta na compreensão do conhecimento de mulheres de 40- 60 anos sobre os riscos relativos às doenças sexualmente transmissíveis e sua percepção sobre saúde sexual. 5-Benefícios esperados: O benefício com este estudo será de agrupar dados quali-quantitativos sobre o conhecimento das mulheres em relação a sexualidade, bem como os modos preventivos de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Também será possível que as mulheres compreendam melhor como ocorrem as alterações hormonais que ocorrem durante o climatério e menopausa. 6-Desconfortos e riscos esperados: Os riscos envolvidos na pesquisa correspondem a possíveis constrangimentos diante dos questionamentos realizados acerca da sexualidade e durante a realização do exame colpocitológico. Para minimizá-los, os questionários serão aplicados

individualmente, em ambiente o mais confortável possível. Além disso, é fundamental explicar sobre a exposição dos resultados obtidos na pesquisa. Essa exibição preservará a privacidade das envolvidas, mantendo-as no anonimato. Quanto ao exame colcitopatológico, ocorrerá em local adequado, ou seja, sala fechada que disponha dos materiais necessários para sua correta execução (Cama ginecológica; foco de luz; cobertor; lixo e materiais 80 específicos para a coleta – espécule, espátula de Ayres, escova cervical, luvas de procedimento, lâmina de vidro com extremidade fosca identificada, álcool a 96%). Previamente ao exame, todo o procedimento será explicado para esclarecimento e retirada de dúvidas. Em seguida, o enfermeiro se ausentará da sala para que a paciente possa colocar as vestimentas destinadas ao exame. Vale ressaltar que apenas as áreas essenciais para a avaliação serão expostas e durante o menor tempo possível. O profissional descreverá e realizará, concomitantemente, todo o procedimento. Após o término do exame, o enfermeiro auxiliará a paciente a voltar a uma posição confortável e novamente se ausentará da sala por um pequeno tempo, para que a mulher possa vestir-se novamente. Todas essas medidas serão destinadas exclusivamente para garantir privacidade, esclarecimento e aumento da confiabilidade entre as pacientes e o profissional, diminuindo, conseqüentemente, o constrangimento delas.

7-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo.

8-Retirada do consentimento: O voluntário tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

9-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

10-Confiabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade. A identidade (nomes e sobrenomes) do participante não será divulgada. Porém os voluntários assinarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

11-Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

12-Os participantes receberão uma via deste Termo assinada por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores)

13-Dados do pesquisador responsável: Nome: Cláudia Moura de Melo Av. Murilo Dantas 300, Bloco F, Departamento de Pesquisa e Extensão (térreo), Bairro: Farolândia, 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79)3218-2190- email: claudiamouramelo@hotmail.com

Dados das demais pesquisadoras Maria Hozana Santos Silva Rua Matilde Silva Lima, 421, Bloco Santa Lúcia, Ap 604, Bairro: Luzia, 49045083, Aracaju-SE. Telefone: (79)999602258-emailhosana_p@hotmail.com

Marlizete Maldonado Vargas Av. Murilo Dantas 300, Bloco F (sala 02), Bairro: Farolândia, 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79)3218-2190-email: marlizete_maldonado@unit.br

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. CEP/Unit - DPE Av. Murilo Dantas, 300 bloco F – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br. Aracaju,

____de ____de 201_.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

ANEXO 3- APROVAÇÃO DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE TIRADENTES (UNIT)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Saúde Sexual de Mulheres de 40-60 anos cadastradas em Unidades de Referência no Município de Aracaju-Sergipe

Pesquisador: CLAUDIA MOURA DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58431716.7.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.813.269

Apresentação do Projeto:

Tratar da sexualidade feminina na pré-menopausa, perimenopausa, menopausa e prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST), tem se revelado uma questão de grande relevância para a saúde pública, principalmente quando considerado o aumento da incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e a realidade ainda pouco explorada, encoberta por preconceitos sociais, que preferem relacionar sexualidade com juventude e procriação. Esta pesquisa pretende Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres de 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe, focando principalmente na caracterização de suas vivências em relação ao sexo e seus conhecimentos sobre DSTs. Será realizado um estudo exploratório, descritivo, quantitativo com mulheres de 40-60 anos que estejam cadastradas no programa de saúde da família da área adstrita da unidade de saúde. Os instrumentos de coletas de dados utilizados nas entrevistas são questionário, Índice de Função Sexual Feminina, Escala de Avaliação da Menopausa, com subsequente avaliação nutricional e coleta de material colpocitológico (Papanicolau). Antecedendo a coleta na Unidade Básica de Saúde, haverá atividades educativas de sensibilização com as participantes, a fim de esclarecer sobre a importância da realização do exame de lamina como uma estratégia de identificação de alterações no trato genital feminino e fomento de

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.813.269

estabelecimento de espaços de discussão sobre DST. Espera-se com esta pesquisa conhecer o perfil epidemiológico do grupo em estudo, identificar concepções sobre suas vidas sexuais e os seus conhecimentos em relação às DSTs, dando suporte à avaliação dos riscos à saúde a que estão expostas e propor estratégias de intervenção direcionadas a este perfil populacional em relação à promoção da saúde sexual.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a saúde sexual e o conhecimento em relação às doenças sexualmente transmissíveis de mulheres 40-60 anos cadastradas em unidade de referência no município de Aracaju-Sergipe. Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil ginecológico e obstétrico da saúde sexual do grupo estudado.
- Categorizar e analisar as concepções acerca do climatério e menopausa, associadas a auto percepção corporal.
- Avaliar a potencial relação entre climatério/menopausa e atividade sexual.
- Avaliar o nível de conhecimento das mulheres em relação às doenças sexualmente transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta as relações de riscos e benefícios de forma adequada, de acordo com a Resolução CNS nº466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da Saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS nº 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS nº 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia **CEP:** 49.032-490
UF: SE **Município:** ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 **Fax:** (79)3218-2100 **E-mail:** cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.813.269

o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_767011.pdf	22/09/2016 17:35:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Formularioprojeto.pdf	22/09/2016 17:33:06	Maria Hozana Santos Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/09/2016 17:32:05	Maria Hozana Santos Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	29/07/2016 15:05:54	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	FSFIquestionnaire.pdf	29/07/2016 14:25:47	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Escaladesilhuetas.pdf	29/07/2016 14:25:30	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Escaladeavaliacaodamenopausa.pdf	29/07/2016 14:25:15	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.pdf	29/07/2016 14:24:58	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	29/07/2016 14:24:06	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InfraestuturaCEPS.pdf	29/07/2016 14:23:54	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestutura.pdf	29/07/2016 14:23:43	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoCEPS.pdf	29/07/2016 14:23:32	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo

Bairro: Bairro Farolândia

CEP: 49.032-490

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3218-2206

Fax: (79)3218-2100

E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 1.813.269

Declaração de Instituição e Infraestrutura	InstituicaoUNIT.pdf	29/07/2016 14:23:21	CLAUDIA MOURA DE MELO	Aceito
--	---------------------	------------------------	--------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 09 de Novembro de 2016

Assinado por: ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)