

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**ROSANA FERREIRA CUNHA**

**THAÍS MENEZES CARDOSO**

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO EM UNIDADE  
DE REFERÊNCIA.**

Belém

2011

**ROSANA FERREIRA CUNHA**

**THAÍS MENEZES CARDOSO**

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO EM UNIDADE DE REFERÊNCIA.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para obtenção do  
grau em Medicina pela  
Universidade Federal do Pará.**

**Orientadora:** Prof. Dra. Nara  
Macedo Botelho.

Belém

2011

**ROSANA FERREIRA CUNHA**

**THAÍS MENEZES CARDOSO**

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DE MULHERES ATENDIDAS NO  
AMBULATÓRIO DE CLIMATÉRIO EM UNIDADE DE REFERÊNCIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela  
Universidade Federal do Pará.

**Banca examinadora:**

Dra. Nara Macedo Botelho

Orientadora

---

Nome / Instituição

---

Nome / Instituição

**Aprovado em:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Conceito:** \_\_\_\_\_

Gostaria de agradecer, primeiramente, a Deus, pois não recorro sequer que ele não esteve presente ao meu lado, sempre me protegendo, abençoando, guiando e iluminando os meus passos, dando-me forças e coragem para continuar a minha trajetória.

Aos meus pais, Joaquim e Rosete Cunha, e ao meu irmão, Joaquim Júnior pelo amor imensurável, pelo carinho, pelo apoio, pelo companheirismo, pela compreensão, pela dedicação, pelo incentivo, pelos risos, momentos de descontração e preocupação infinita com o meu bem-estar. Vocês são a minha vida!

Aos meus familiares e amigos que tanto torcem por mim e acreditam no meu sucesso. E não poderia deixar de agradecer à minha parceira de TCC e amiga, Thaís Menezes, que me mostrou que juntas podíamos mais e que a amizade verdadeira pode superar qualquer dificuldade e adversidade que se pode encontrar pelo caminho.

**Rosana Ferreira Cunha**

Agradeço a Deus, minha inesgotável fonte de amor, luz, carinho, força e perdão. O ser supremo que sempre esteve e estará caminhando junto comigo.

Aos meus pais, Lúcia e Francisco, pela dádiva da vida, por ensinarem-me a viver com dignidade e amor. À minha madrinha, Claudete, pela incessante dedicação e afeto. Aos meus irmãos, Luciana e Matheus, por serem a minha metade mais alegre e divertida.

Ao meu companheiro, amigo, amor, Dárcio, por toda compreensão e sempre me motivar a querer mais e juntos irmos além.

Aos meus queridos familiares e bons amigos por todo o apoio e torcida.

A Rosana Cunha, por toda a parceria, confiança e carinho, por sempre ter sido incrivelmente amiga e adorável.

**Thaís Menezes Cardoso**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por permitir que nossos sonhos pudessem se tornar realidade.

A professora e educadora na arte da medicina Nara Macêdo Botelho, nossa orientadora, pelos ensinamentos, disponibilidade e dedicação.

Ao professor Jorge Sidney, pela atenção, apoio e incentivo.

Ao doutor Marco Marques pela paciência, colaboração e amizade.

A enfermeira Rita, do ambulatório de climatério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, pela contribuição.

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará por nos permitir a realização de nossa pesquisa científica.

As pacientes atendidas no ambulatório de climatério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que gentilmente participaram da nossa pesquisa científica.

Aos nossos mestres da Faculdade de Medicina da UFPA, pela participação em nossa formação, pelas experiências vividas e compartilhadas nesses seis anos.

**“Aquilo que se faz por amor está sempre além do bem e do mal.”**

Friedrich Nietzsche

## RESUMO

CUNHA, R.F.; CARDOSO, T.M. **Aspectos Clínicos e Epidemiológicos de mulheres atendidas no ambulatório de climatério em unidade de referência.** Monografia. Universidade Federal do Pará – Instituto de Ciências da Saúde. 2011.

**Objetivo:** determinar o perfil epidemiológico e aspectos clínicos de mulheres no climatério. **Pacientes e Métodos:** estudo descritivo transversal prospectivo de 200 mulheres pós-menopáusicas com idade entre 40 e 60 anos atendidas no Ambulatório de Climatério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA) entre Junho a Agosto de 2011. Foram excluídas mulheres com menos de 40 e mais de 60 anos de idade e não aceitação em participar do estudo. Para a coleta de dados utilizou-se questionário estruturado e previamente testado. Os dados foram analisados pelo teste t Student, assim como o qui-quadrado e exato de Fischer. **Resultados:** a menopausa ocorreu em média aos 44,57 anos. Atividade sexual foi referida por 69,2% das entrevistadas, dentre essas, 74,8% informaram a ocorrência de mudança na relação sexual após a menopausa, como perda da libido, ressecamento vaginal e dispareunia. Em 55,3% dos casos a menopausa ocorreu de forma espontânea; e nos demais, devido a procedimento cirúrgico (Histerectomia ou Histerectomia + Ooforectomia), em função de patologia pélvica de base, sendo a principal o leiomioma uterino. 52,5% das entrevistadas alegaram estar realizando TH, devido sintoma(s) atribuído ao climatério, sejam eles vasomotores e/ou psicológicos. A medicação utilizada como TH foi bastante diversificada e foram poucos os casos de efeitos colaterais. A maioria das pacientes realizou exames complementares (Mamografia- 87,6%; Colpocitologia oncótica- 100% e Ultrassonografia transvaginal- 88,6%) antes do início da realização da TH, assim como no acompanhamento da terapia. Muitas entrevistadas possuíam patologia associada ao climatério, sendo a principal a Hipertensão Arterial Sistêmica apresentada por 27,5% das pacientes. Apenas 27% revelaram exercer atividade física e poucas declararam ser tabagistas (7,5%) e/ou etilistas (17%). **Conclusões:** O climatério encontra-se em processo contínuo de expansão devido ao envelhecimento progressivo da população, devido a isso o estudo aqui presente teve o objetivo de uma melhor condução dessas pacientes focando o seu bem-estar. Com esse mesmo objetivo o ambulatório da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará mostrou bastante competência para a abordagem dessas pacientes quanto aos seus sintomas, a condução, realizando exames laboratoriais para avaliá-las, além da introdução da Terapia

Hormonal quando necessária. O climatério é fenômeno multifatorial, inclusive cultural extremamente variável e complexo.

**Palavras-chave:** Climatério; Sintomas climatéricos; Terapia hormonal; Exames complementares.

### ABSTRACT

**Purpose:** to determine the profile epidemiologist and clinical aspects of women in the climateric. **Methods:** a description cross-sectional study of 200 women after menopause age between 40 and 60 years was carried out at the Climacterium Outpatient Clinic Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCM-PA) from May to August of 2011. Women with less had been excluded than 40 and more than 60 years of age and not acceptance in participating of the study. For the collection data structuralized questionnaire was used and previously tested. The data had been analyzed by test t Student, as well as the qui-square and accurate of Fischer. **Resulted:** the menopause occurred on average to the 44,57 years. Sexual activity was related by 69,2% of the interviewed ones, amongst these, 74,8% had after informed the occurrence of change in the sexual relation after the menopause, as loss of the libido, drying vaginal and dispareunia. In 55,3% of the cases the menopause occurred of spontaneous form; e in excessively, had the surgical procedure (Hysterectomy or Hysterectomy + Ooforectomy), in function of pelvic pathology of base, being the main uterine leiomyoma. 52.5% of the interviewed ones had alleged to be carrying through hormone therapy, due symptom (s) attributed to the climacteric, are they psychological and/or vasomotors. The used medication hormonal therapy sufficiently was diversified and had been few the cases of collateral effect. The majority of the patients carried through complementary examinations (Mammograms- 87,6%; Oncotic colpocitology- 100% and Transvaginal ultrasonography- 88,6%) before the beginning of the accomplishment of the hormone therapy, as well as in the accompaniment of the therapy. Many interviewed had pathology associated with the climateric, being the main a Sistemic Arterial Hypertension presented for 27,5% of patients. But 27% had disclosed to exert physical activity and few had declared use

tobacco (7.5%) and/or use alcohol (17%). **Conclusions:** The climacteric is a continuous process of expansion due to the progressive aging of the population because of this the study presented here aimed to better conduct these patients focusing on their welfare. With the same focus of the clinic Santa Casa de Misericórdia do Pará showed enough competence to an approach to these patients about their symptoms, conduct, conducting laboratory tests to evaluate them, and the introduction of hormone therapy when necessary. Menopause is multifactorial phenomenon, including cultural due to be highly variable and complex.

**Key-words:** Climaterium; Climacteric symptoms; Hormone therapy; Complementary examinations.

## LISTA DE TABELAS

**p.**

Tabela 01 - Frequência do motivo que levou à menopausa nas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>28</b>
Tabela 02 - Patologia que induziu à cirurgia ginecológica resultando na menopausa, nas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>29</b>
Tabela 03 - Resultado do último exame de mamografia, referente às mama direita e esquerda, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>33</b>
Tabela 04 - Resultado do último exame de ultrassonografia transvaginal, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011...	<b>35</b>
Tabela 05 - Pacientes portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>36</b>
Tabela 06 - Pacientes portadoras de diabetes mellitus (DM), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>37</b>
Tabela 07 - Pacientes portadoras de dislipidemia, atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>37</b>
Tabela 08 - Número de refeições realizadas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>39</b>
Tabela 09 - Tipo de atividade física realizado pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>40</b>
Tabela 10 - Frequência semanal do consumo de bebidas alcoólicas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.....	<b>42</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

**p.**

- Gráfico 1 - Percentual do histórico gestacional das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**27**
- Gráfico 2 - Mudanças na relação sexual referida pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**28**
- Gráfico 3 - Sintomas climatéricos referidos pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período Maio a Julho de 2011.....**30**
- Gráfico 4 - Tipo de medicação utilizada na TH pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**31**
- Gráfico 5 - Efeito colateral em decorrência da TH, apresentado por pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**32**
- Gráfico 6 - Realização dos exame complementares pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**32**
- Gráfico 7 - Resultado do último exame de densitometria óssea, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**34**
- Gráfico 8 - Exames complementares realizados pelas pacientes que utilizavam Terapia Hormonal (TH), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**36**
- Gráfico 9 - Patologias apresentadas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**38**
- Gráfico 10 - Relação entre a existência de patologias associadas e a utilização de Terapia Hormonal (TH) realizada pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.....**39**
- Gráfico 11 - Realização de atividade física pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.....**40**
- Gráfico 12 - Tabagismo e Etilismo entre as pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.....**41**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1. FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO.....	16
2.2. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO.....	17
2.3. SINAIS E SINTOMAS.....	18
2.4. ABORDAGEM CLÍNICA.....	20
2.5. EXAME FÍSICO.....	21
2.6. EXAMES COMPLEMENTARES.....	21
2.7. TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL.....	22
2.8. CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	24
<b>3. CASUÍSTICA E MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>.60</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O climatério pode ser definido como o período de transição entre as fases reprodutiva e não reprodutiva da vida da mulher. Caracteriza-se pelo esgotamento dos folículos ovarianos e pela queda progressiva dos níveis de estradiol, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (menopausa) e surgimento de sintomas característicos da síndrome climatérica. (SILVEIRA, 2007)

Cerca de 60 a 80% das mulheres refere algum tipo de sintomatologia durante o climatério, a sua maioria atribuída ao estado de hipoestrogenismo. Em particular, são comuns as queixas relacionadas a sintomas vasomotores, ressecamento vaginal, dispareunia e urgência miccional, estas três últimas decorrentes de atrofia urogenital, com importante repercussão na esfera sexual e na qualidade de vida feminina. (DE LORENZI, 2005)

Entre 30% e 50% das mulheres neste período da vida apresentam algum tipo de disfunção sexual que antes não tinham e que se relaciona etiológicamente à disfunção própria do climatério, e, na maioria das vezes, pode ser corrigida. (MALHEIROS, 2009)

Neste contexto, uma das opções de tratamento e prevenção dos sintomas e doenças após a menopausa é a Terapia Hormonal (TH), que pode melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da mulher. Está clara a importância da TH na melhora dos sintomas climatéricos (sintomas vasomotores e atrofia urogenital) e no tratamento e prevenção da osteoporose e de alterações cognitivas, contudo permanece incerto o impacto dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa. (ZAHAR, 2005)

A TH tem indicações bastante definidas e aceitas consensualmente na literatura médica para alívio dos sintomas climatéricos, para a prevenção e tratamento da atrofia urogenital e para a prevenção das principais consequências decorrentes do hipoestrogenismo característico desse período etário da mulher. Ressalte-se que, na atualidade, poucas são as contra-indicações dessa modalidade terapêutica. Entre estas se incluem os antecedentes pessoais de câncer de mama, a insuficiência hepática ou renal graves e o tromboembolismo relacionado ao tratamento hormonal. (FERNANDES, 2008)

O climatério apresenta-se num processo de expansão devido ao envelhecimento progressivo da população mundial. Atualmente, em países desenvolvidos, 95% das mulheres vivenciam a menopausa, e 50% atingem os 75 anos. Em nações em desenvolvimento, 86% das mulheres nascidas na década de 70 ultrapassarão os 75 anos. (MALHEIROS, 2009)

No Brasil, em 1999, as mulheres com mais de 40 anos correspondiam a 32% da população feminina do país, com projeção de um aumento ao redor de 11% até 2010. Enquanto, segundo dados censitários, a expectativa de vida feminina no ano 2000 chegava aos 75,6 anos, a masculina não ultrapassava os 64,8 anos. (MALHEIROS, 2009)

Nesse sentido, têm se destacado os estudos que enfatizam a influência das atitudes ou crenças femininas em relação ao climatério na intensidade de sua sintomatologia. (DE LORENZI, 2005)

Sob essa perspectiva, o climatério é considerado um fenômeno multifatorial, sofrendo interferência de fatores diversos, como sejam: genéticos, ambientais, hormonais e psicossociais. (SILVEIRA, 2007)

A despeito do reconhecimento da determinação multifatorial da síndrome do climatério, grande parte das informações disponíveis sobre a prevalência de sintomas climatéricos é derivada de estudos realizados em populações urbanas, principalmente de países desenvolvidos. (SILVEIRA, 2007)

A transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também conseqüências para a saúde a longo prazo. Nessas circunstâncias, a menopausa representa um sinal cronológico importante no ciclo da vida e um evento fisiológico a ser considerado sob uma perspectiva médica (PEDRO, 2003).

A maioria dos estudos disponíveis abordando o climatério tem sido realizada em outros países, não sendo sempre possível a transposição dos seus resultados para a realidade brasileira, em razão de diferenças culturais e socioeconômicas. Além disso, as poucas

pesquisas realizadas no país incluem populações restritas a serviços de saúde isolados, o que dificulta a extrapolação de seus resultados para a população em geral (SILVA, 2008).

Considerando o grande impacto do climatério na vida da população feminina e a existência de poucos trabalhos brasileiros acerca do perfil epidemiológico da mulher climatérica, assim como os aspectos clínicos concernentes ao climatério, faz-se necessário a realização de estudos abordando esse tema, com o intuito de auxiliar no desenvolvimento de futuras políticas de saúde voltadas para a assistência à saúde da mulher brasileira no seu processo de envelhecimento.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo Geral**

Determinar o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCM-PA), assim como avaliar aspectos clínicos referentes ao período do climatério.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Verificar a frequência e intensidade dos sintomas climatéricos;
- Analisar se as pacientes realizam ou não terapia hormonal e qual medicação utilizada;
- Avaliar quais exames complementares as pacientes são submetidas durante o seguimento no ambulatório;
- Comparar os resultados obtidos com a aquele observado na literatura;

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. FISIOLOGIA DO CLIMATÉRIO

O ovário é um órgão misto: é uma glândula de secreção interna (esteróides sexuais) e de secreção externa (óvulos). Ao nascimento o ovário está dotado de uma enorme quantidade de ovócitos que se vai reduzindo progressivamente até à menarca e, ainda muito mais, até a menopausa. (CASTRO, 2009)

A secreção de estrogênios, pelos folículos, aumenta muito a partir da puberdade e reduz-se progressivamente após a menopausa. O funcionamento endócrino e exócrino dos folículos é estimulado por dois hormônios do lobo anterior da hipófise: folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH). Ambos também são estimulados por um hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) produzido no hipotálamo; este, por sua vez, depende, entre outras, da ação reguladora do córtex cerebral. (CASTRO, 2009)

À medida que se aproxima o climatério há um aumento progressivo da FSH que pode ser devido à menor secreção de inibina e de estradiol pelos folículos (ambos com um efeito de retroação negativa sobre a unidade hipotálamo-hipofisária). O excesso de produção de FSH e LH poderia resultar numa maior secreção de estradiol pelos folículos, mas o que se verifica é o contrário. Isto porque, ou os folículos (teca interna e granulosa) estão deficientes em receptores para FSH e LH ou porque os níveis elevados de FSH e LH (que se dosam por métodos imunológicos) representam isoformas de FSH com muita imunoatividade e fraco efeito biológico. (CASTRO, 2009)

Por vezes um excesso de LH pode luteinizar o estroma ovárico, podendo segregar mais testosterona e causar nessas mulheres certo grau de hirsutismo (mais frequente na face). É por um novo efeito enzimático (aromatase) que os androgênios irão dar origem aos estrogênios. Enquanto que nos folículos o capital enzimático está completo, no estroma não há aromatase e por isso, se acumulam androgênios que não se transformarão em estrogênios. (CASTRO, 2009)

Estas interações do Sistema Nervoso Central→Hipotálamo→Lobo Anterior da Hipófise→Ovários permitem também compreender um pouco a fisiologia da menopausa precoce: ou a FSH é produzida com pouca bioatividade e muita imunotividade (FSH elevada) ou os folículos tornam-se refratários a um estímulo normal por não conterem receptores para FSH (e daí níveis baixos de estradiol com muito fraco efeito de retroação negativa sobre a hipófise, o que justifica os níveis elevados de FSH). (CASTRO, 2009)

De qualquer forma a sintomatologia e a terapêutica quer da menopausa natural como da precoce são equivalentes, o mesmo se passando também com a menopausa cirúrgica (ooforectomia bilateral em mulheres jovens), e até nas agenesias gonadais. (CASTRO, 2009)

## **2.2. MENOPAUSA E CLIMATÉRIO**

A menopausa é definida como a última menstruação e o climatério como o período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva. O climatério é caracterizado por mudanças endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade; e mudanças clínicas conseqüentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas. (PEDRO, 2003)

Trata-se de um fenômeno natural que consiste em atresia folicular e redução da secreção hormonal ovariana. É sabida a relação existente entre a atresia folicular e fatores genéticos. Durante este período observam-se variações hormonais, sendo a mais importante uma elevação dos níveis de FSH e redução de estrógenos. Nota-se também uma variação na secreção de androgênios. (MALHEIROS, 2009)

Sabe-se que a deficiência da produção de estrógenos acarreta uma série de mudanças clínicas (atrofia genital, sintomas vasomotores, insônia, aumento da perda de massa óssea) e psicológicas (labilidade emocional, irritabilidade). Outras intercorrências podem se dar mais tardiamente, como osteoporose e doenças cardiovasculares. (MALHEIROS, 2009)

### 2.3. SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas associados ao período de climatério já estão bem documentados em outros países e atingem cerca de 60 a 80% das mulheres, sendo que estes podem ocorrer mesmo antes da parada fisiológica dos ciclos menstruais. A associação da menopausa com sintomas já foi descrita há mais de 200 anos. (PEDRO, 2003)

Culturalmente, a menopausa representa um marco na determinação de mudanças na vida da mulher, inclusive em seu papel social. Por outro lado, a menopausa propicia sintomas desconfortáveis e aumento na incidência de doenças. (FAVARATO, 2001)

As reações emocionais no climatério são variáveis; de fato, muitas mulheres vivenciam esse período de forma assintomática ou com sintomas inexpressivos, entendendo-o como o início de uma nova etapa, ou seja, a de amadurecimento existencial que lhes permitirão uma vida com maior segurança e confiança; outras, porém, vivenciam-o de forma negativa e apresentam vários sintomas e queixas psíquicas, destacando-se a irritabilidade, ansiedade, depressão e as disfunções sexuais (alterações do desejo, da excitação e do orgasmo). (FAVARATO, 2001)

Os sinais mais visíveis na pós-menopausa são a atrofia da mucosa vaginal (secura que causa dispareunia) e da pele, com tendência para a queda de cabelo. As mamas tornam-se mais flácidas. Os ossos tornam-se menos densos por falta de síntese do colágeno ósseo, menor formação óssea e maior reabsorção, o que é visível por densitometria óssea e pela radiografia da coluna (vértebras em cunha, por fraturas de afundamento) e do colo do fêmur, com desaparecimento das linhas de Singh, o que contribui para a osteopenia, osteoporose e fratura. (CASTRO, 2009)

Os sintomas são mais exacerbados em mulheres que perderam seu papel social e não redefiniram seus objetivos existenciais. Dennerstein, por sua vez, relatou que fatores da personalidade e tendências ansiosas correlacionam-se com maior número de queixas psicológicas. (FAVARATO, 2001)

Schindler considera que as doenças depressivas são as desordens psiquiátricas mais prevalentes da metade para a última fase da vida, sendo que as mulheres são mais vulneráveis

do que os homens. A correlação entre depressão e climatério ainda é assunto controverso; trata-se de questão complexa, pois durante esse período outras inquietudes tornam-se evidentes, tais como o envelhecimento, a morte dos pais, a saída dos filhos de casa em busca de independência e a dificuldade no relacionamento conjugal após muitos anos de vida em comum. (FAVARATO, 2001)

Essas intercorrências podem provocar uma reavaliação de seus papéis de mãe e mulher, fazendo-a deparar-se com questionamentos relacionados a sua existência pregressa e futura. (FAVARATO, 2001)

Em 1993, Groeneveld et al. demonstraram que atitudes negativas em relação à menopausa associavam-se a pior sintomatologia climatérica. Posteriormente, Olofsson e Collins, em estudo realizado na Suécia, observaram que, com exceção da sintomatologia vasomotora, as demais queixas climatéricas (distúrbios do humor, alteração da libido, déficit cognitivo, distúrbios do sono e dores articulares) estavam fortemente associados a fatores psicossociais, estilo de vida e, principalmente, com a percepção da mulher acerca do que representa a menopausa para a sua vida. (DE LORENZI, 2005)

Nas últimas décadas, a partir da observação de que grupos distintos de mulheres vivenciam essa fase de transição de forma diferenciada, muito se tem discutido sobre a influência dos aspectos demográficos, culturais e sociais na determinação da sintomatologia climatérica. (SILVEIRA, 2007)

Corroborando com esta hipótese, pesquisa realizada com mulheres climatéricas residentes no município de Campinas revelou alta prevalência de sintomas psicológicos, cuja prevalência ou intensidade não se correlacionaram com o estado menopausal. O mesmo estudo revelou que, com exceção da atrofia urogenital e das ondas de calor, os sintomas de natureza somática, a irritabilidade e a maior labilidade emocional parecem ser influenciados principalmente por fatores psicossociais. (DE LORENZI, 2005)

Em algumas culturas, especialmente orientais e indígenas, os sintomas vasomotores apresentam baixa prevalência, fato que vem atestar a influência de fatores culturais e nutricionais na determinação da ocorrência desses sintomas. (SILVEIRA, 2007)

Porém, somente nas últimas décadas há referências da universalidade dos sintomas climatéricos, apesar deles sofrerem influências de características sociodemográficas, como por exemplo, a raça. A transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também conseqüências para a saúde a longo prazo. (PEDRO, 2003)

#### **2.4. ABORDAGEM CLÍNICA**

Nunca é demais acentuar que o primeiro contato do médico com a mulher é fundamental para que se estabeleça uma boa relação de confiança, sem a qual muitos tratamentos falham. O médico deve levantar-se para recebê-la, deve tratá-la pelo seu primeiro nome e iniciar a conversa com perguntas não médicas, como saber o local da residência, profissão, família, etc. (CASTRO, 2009)

Só depois dará início à história clínica, a partir daí o médico experiente conduzirá um interrogatório sem deixar de lhe dizer que a menopausa não é uma doença e que muitas mulheres têm os mesmos sintomas, todos eles elimináveis. Depois de se conhecerem todos os dados é indispensável uma história sexual. A sua resposta é um ponto de partida para se obterem mais informações. (CASTRO, 2009)

Nos antecedentes pessoais é indispensável saber a data da menarca, tipo de ciclos menstruais, número de gravidezes, data da 1ª gravidez, amamentação, peso dos filhos (estes dados podem alertar para insulinoresistência e definem também a proteção contra o câncer da mama), problemas ginecológicos e tratamentos efetuados, os medicamentos que está tomando e o motivo, cirurgias anteriores, exames clínicos e complementares anteriores, etc. (CASTRO, 2009)

Não esquecer de perguntar se há alergias medicamentosas e outras. Na história familiar é obrigatório saber se há casos de câncer da mama ou do cólon, diabetes (tipo 1 ou 2) e outras doenças de predominância familiar. (CASTRO, 2009)

## 2.5. EXAME FÍSICO

Medida da altura, perímetro abdominal e da pelve. Peso e bioimpedância para determinação da percentagem de gordura. (A medida do perímetro da cintura correlaciona-se significativamente com a obesidade visceral, com a insulinoresistência e com a síndrome metabólica). Medida da pressão arterial e frequência cardíaca. (CASTRO, 2009)

Observação do cabelo, pele da face (verificar acne, pele seca, hirsutismo), olhos e pupilas. Segue-se o pescoço com a palpação das cadeias ganglionares, das carótidas e da tireóide. (CASTRO, 2009)

As mamas devem ser cuidadosamente observadas em várias posições antes de se proceder à palpação e compressão dos mamilos, para ver se há secreção hemática ou láctea. Palpação das axilas. A ausculta cardíaca também faz parte do exame (verificar sopros e arritmias). (CASTRO, 2009)

Palpação abdominal (fígado e baço). O estudo dos membros inferiores é importante (verificar edemas e varizes). Só depois destes exames é que se fará o exame ginecológico (observar vulva, vagina, colo do útero, se há presença de cistocele, retocele e prolapso). (CASTRO, 2009)

Estudar a fresco a citologia da parede vaginal. E antes do exame bimanual (será feita colheita cervicovaginal para teste de Papanicolau a que pode se seguir para o teste de lugol). (CASTRO, 2009)

## 2.6. EXAMES COMPLEMENTARES

Devem ser solicitados tais exames: Hemograma, VHS, PCR, fibrinogênio, transaminases, fosfatase alcalina, glicemia e insulina em jejum, colesterol total, HDL, LDL, triglicerídios, creatinina, ácido úrico, Ionograma, FSH, PRL, estradiol, TSH, T4 livre, urina tipo 1, pesquisa de sangue oculto nas fezes; Mamografia; Ultrassonografia mamária; Ultrassonografia pélvica; Ultrassonografia abdominal; Exame preventivo do câncer de colo uterino (PCCU);

Densitometria óssea (coluna lombar e colo do fêmur) antes da realização da Terapia Hormonal. (CASTRO, 2009)

## **2.7. TERAPIA HORMONAL (TH)**

A terapia hormonal (estrógenos isolados ou associados à progesterona) leva à manutenção dos ductos e lóbulos mamários com conseqüente parada ou atraso na involução. Estudos demonstram uma associação entre a atrofia do tecido lobular, após a menopausa, e a diminuição relativa dos carcinomas tubular e lobular mamários, após os 50 anos. Há incidência máxima desses tipos de carcinoma entre 45 e 49 anos, com diminuição acentuada a seguir. Qualquer situação que promova a persistência dos elementos funcionais da mama pode retardar o processo involutivo normal, porém a involução pode ser incompleta devido a fatores genéticos. (ALBUQUERQUE, 2000)

Na maioria dos estudos epidemiológicos não se tem encontrado qualquer incidência de aumento de câncer de mama durante ou após a dose recomendada para a reposição estrogênica. Ainda que alguns estudos tenham surgido com um risco ligeiramente maior no uso a longo prazo de uma dose desnecessariamente alta, outros sugerem até sua redução na morbidade, ou na mortalidade com a dose atual. (ALBUQUERQUE, 2000)

Até 1993, a maioria das estatísticas, em estudos isolados ou metanalíticos, não demonstraram maior risco de até 10 anos de duração da terapia hormonal. Em 1995, agravando a perplexidade frente aos estudos epidemiológicos, sugeriu-se que o risco aumentava mesmo só com 5 anos de hormonioterapia na menopausa. Um mês depois da divulgação deste resultado, surgiram outros estudos demonstrando que, até 8 anos de duração da TH, o risco relativo era menor do que na população geral. (ALBUQUERQUE, 2000)

O câncer de mama em mulheres na pós-menopausa é dependente dos níveis séricos de estrogênio. Em estudo feito com o uso de estrogênio não contraceptivo, encontrou-se um risco relativo de 1,2. Sabe-se que o risco do uso de estrogênio na menopausa é dose dependente. O risco para câncer de mama e endométrio, dobraria após 12 anos de uso. (ALBUQUERQUE, 2000)

Vários estudos avaliaram os efeitos dos estrogênios, progestogênios e do contraceptivo oral com o risco de câncer de mama e do endométrio, mostrando um relativo risco de 1,8 para câncer de mama, quando os estrogênios foram tomados por mais de cinco anos. (ALBUQUERQUE, 2000)

Evidências mais nítidas da associação entre aumento do risco relativo do câncer de mama e TH, estão a cargo de duração do tratamento por mais de 15 anos. Nestes casos, o dobro do risco observado na população geral não deixa de preocupar. Entretanto, são poucas as mulheres que aderem a TH por tanto tempo. Mais ainda, este grupo é obrigatoriamente submetido a semiologia mais detalhada e permanente, tendo chance de revelar tumores iniciais e de melhor prognóstico. (ALBUQUERQUE, 2000)

A TH é vista hoje como tendo uma dupla função de aliviar a sintomatologia climatérica a curto prazo, sintomas vasomotores, atrofia genital e prevenir complicações clínicas como osteoporose, doenças e complicações clínicas e demência. (ALBUQUERQUE, 2000)

A escolha do tratamento para as pacientes no climatério varia com base em inúmeros fatores, devendo-se levar em conta as convicções pessoais de cada mulher, sua cultura e seu grau de conhecimento, seu nível de vida, sedentarismo e/ ou atividade física, e ainda seus interesses e seus projetos de vida a longo prazo. (ALBUQUERQUE, 2000)

Deve considerar uma avaliação clínica completa, seus antecedentes pessoais decorrentes do climatério e o período deste em que a mulher se encontra, isto é, se está na peri, na menopausa ou na pós-menopausa. A idade e o interesse que a mulher tem em continuar a menstruar. É fundamental na discussão franca entre o médico e sua paciente. A escolha consensual da melhor forma e via de administração hormonal assegurará com certeza que muitas mulheres venham a viver mais e melhor. (ALBUQUERQUE, 2000)

Uma vez escolhido o tratamento, avaliações periódicas de alguns itens devem ser feitas, em particular do esqueleto, do endométrio, das mamas, do perfil lipídico, pressão arterial e avaliação cardiovascular central e periférica. (ALBUQUERQUE, 2000)

Nas mulheres climatéricas, aconselha-se o rastreamento de câncer ginecológico em particular de mama e endométrio antes, durante e depois de quaisquer intervenções terapêuticas. (ALBUQUERQUE, 2000)

Muito se tem estudado a respeito dos benefícios da terapia hormonal (TH) em mulheres hipertensas, sendo muito importante que a paciente esteja com níveis pressóricos sob controle para que se possa iniciar a terapia de reposição hormonal. (LIMA, 2001)

Na pós-menopausa há diminuição nos níveis do peptídeo natriurético atrial, provocando aumento da pressão arterial. Estudos relatam que mulheres na pós-menopausa, portadoras de Hipertensão arterial essencial, quando submetidas à reposição com estrogênios apresentam melhora de seu quadro hipertensivo. (LIMA, 2001)

As intervenções terapêuticas nas mulheres climatéricas não têm intenção de transformar mulheres pós-menopáusicas novamente em mulheres pré-menopáusicas, mas têm a finalidade de preservar suas saúdes em níveis ótimos, com a melhor qualidade de vida compatível com a idade, reduzindo a morbidade. (ALBUQUERQUE, 2000)

## **2.8. CONSIDERAÇÕES GERAIS**

Assim a típica mulher pós-menopáusicas, descompensada, tem uma grande diminuição da sua qualidade de vida, com reflexos a nível social e profissional. (CASTRO, 2009)

É provável que tais mulheres subestimem e até desconheçam a ocorrência de repercussões advindas do climatério, motivo pelo qual deixam de procurar assistência médica. Nesse sentido, o problema deve envolver uma dimensão prioritária do ponto de vista social e de saúde, ao considerar-se que grande parte dessas mulheres desempenha papel fundamental na estrutura familiar, inclusive na força de trabalho de suas comunidades. (SILVEIRA, 2007)

No início do século XX, apenas 6% das mulheres atingiam a menopausa e estima-se que no ano 2025, 23% da população dos países desenvolvidos estará com mais de 60 anos. (FAVARATO, 2001)

Nessas circunstâncias, a menopausa representa um sinal cronológico importante no ciclo da vida e um evento fisiológico a ser considerado sob uma perspectiva médica. (PEDRO, 2003)

### **3. CASUÍSTICA E MÉTODOS**

Todas as pacientes da presente pesquisa foram estudadas segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde e após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (HFSCM-PA), autorizado pelas participantes, através de solicitação por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), no qual foram explicados os possíveis riscos e benefícios da pesquisa, bem como o livre arbítrio destinado as participantes.

O estudo é do tipo descritivo, transversal, de coleta prospectiva, utilizando como casuística 200 pacientes adultas, do sexo feminino, sem distinção de raça, com idades entre 40 e 60 anos, pós-menopáusicas, que estavam realizando consulta no ambulatório de climatério do HFSCM-PA. Foram considerada na pós-menopausa toda mulher cujo último fluxo menstrual espontâneo ocorreu há pelo menos 12 meses atrás ou foi induzido por cirurgia (Histerectomia e/ou Ooforectomia). O período de realização da pesquisa foi de 15 de Maio de 2011 a 30 de Julho de 2011.

Os pesquisadores entrevistaram as participantes da pesquisa, afim de preencherem o questionário do estudo, presente no APÊNDICE B, o qual contém dados pessoais e anamnese. Esta anamnese expõe dados a respeito da história ginecológica e obstétrica da paciente, sobretudo informações concernentes ao período climatério (início, sintomatologia, realização de terapia de reposição hormonal), exames já realizados (mamografia; colpocitologia oncótica; ultrassonografia transvaginal; densitometria óssea) e resultados, assim como hábitos de vida

Os critérios de inclusão foram pacientes pós-menopáusicas, em acompanhamento no ambulatório de climatério do HFSCM-PA no período de 15 de Maio de 2011 a 30 de Julho de 2011; faixa etária entre 40 e 60 anos; concordância em participar do estudo e capacidade cognitiva para responder ao questionário específico.

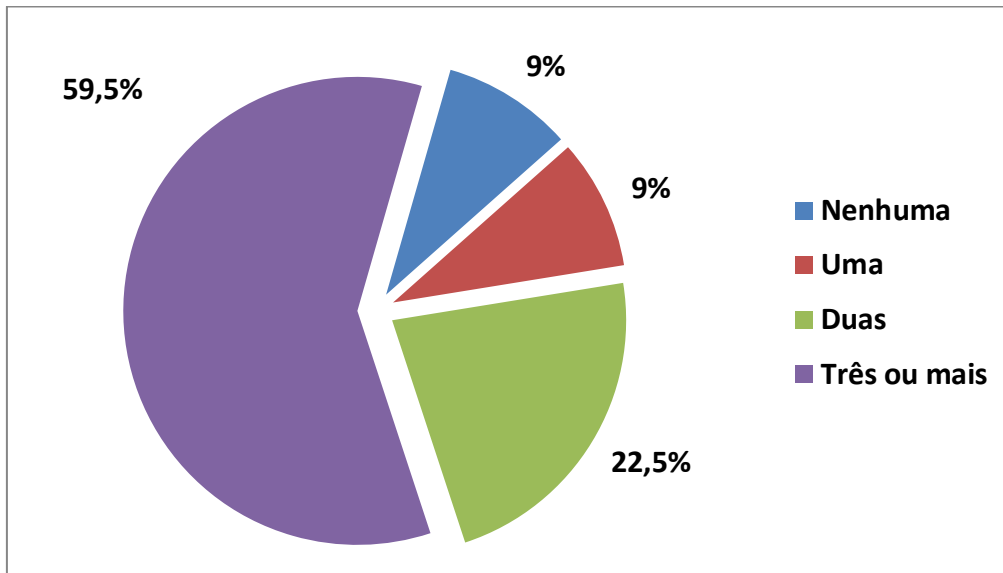
Os critérios de exclusão foram pacientes com menos de 40 e mais de 60 anos de idade e não aceitação em participar do estudo.

Foram utilizados os programas Microsoft Excel 2007 para confecção de tabelas e gráficos e o software Biostat 5.0 para análise estatística, empregando-se para as variáveis categóricas o Qui-quadrado e/ou exato de Fisher e para as contínuas o teste t de Student e/ou Kruskal Wallis. A significância foi avaliada segundo o risco relativo (RR), intervalo de confiança de 95% e  $p < 0,05$ . A editoração de texto foi realizada através do programa Microsoft Word versão 2007.

#### **4. RESULTADOS**

Foram entrevistadas 200 mulheres com média de idade de 51,4 anos ( $\pm 5,56$ ). A maioria procedente da região metropolitana de Belém (70,5%), em detrimento do interior do Estado, assim como outros estados, ambos representando 29,5% da procedência das pacientes. O estado conjugal da maioria é casada (51,5%), sendo observado que 21,5% eram solteiras; 12,5% em união estável; 7,5% viúva e 7% divorciada. Grande parte das entrevistadas declarou-se parda (75,5%); 13,5% branca e 11% negra. No que diz respeito ao nível de escolaridade 60,5% referiu possuir ensino fundamental; 34% ensino médio; apenas 2,5% possuíam o ensino superior e 3% eram analfabetas. Cerca de 44% confirmaram ocupação remunerada.

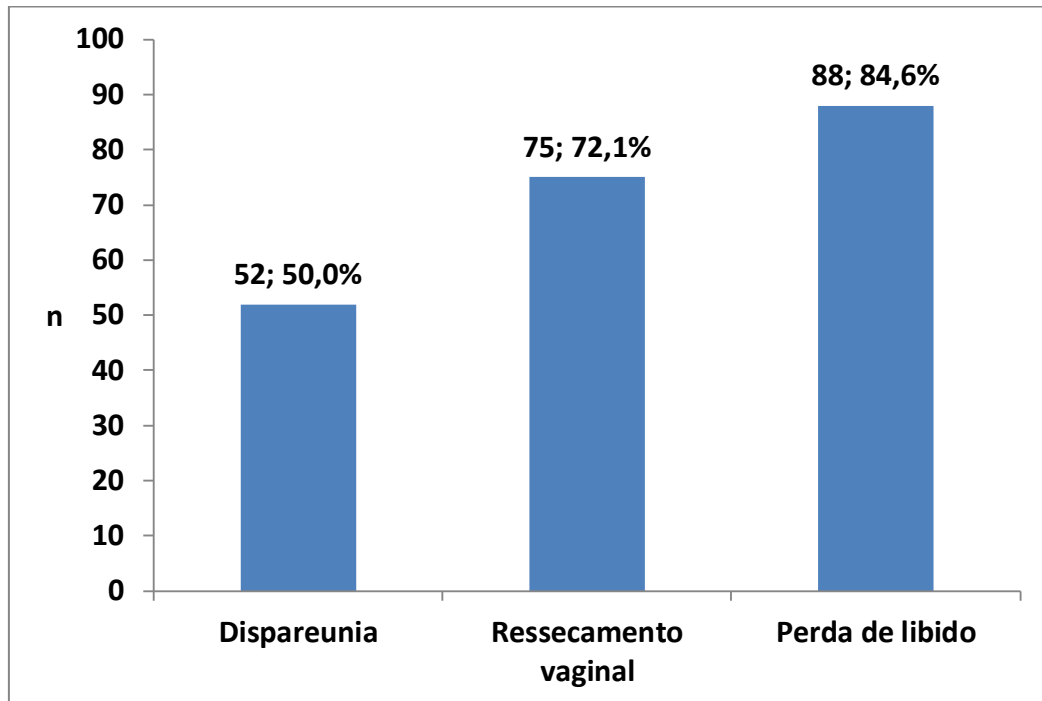
**Gráfico 01** – Percentual do histórico gestacional das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



O gráfico 01 se refere ao histórico gestacional das pacientes, onde a maioria (59,5%) relata ter engravidado três vezes ou mais; 22,5% duas vezes; 9% uma única vez e 9% eram nuligestas. A média do número de partos vivenciados pelas entrevistadas foi de 3,02 ( $\pm 1,77$ ), sendo a média de partos normais de 2,91 ( $\pm 1,99$ ) e de partos cesáreos de 1,42 ( $\pm 0,96$ ). Dentre as participantes do estudo 84 (42%) relataram a ocorrência de pelo menos um aborto.

A média de idade da menarca foi de 13,18 anos ( $\pm 1,75$ ), da coitarca foi de 18,72 anos ( $\pm 3,81$ ), ao passo que a menopausa ocorreu em média aos 44,57 anos ( $\pm 5,98$ ). Atividade sexual foi referida por 137 entrevistadas (69,2%), dentre essas, 74,8% informaram a ocorrência de mudança na relação sexual após a menopausa.

**Gráfico 02** – Mudanças na relação sexual referida pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



O gráfico 02 expõe as mudanças na relação sexual ocorridas após a menopausa, onde a perda de libido foi referida por 88 pacientes (84,6%), seguida do ressecamento vaginal alegado por 75 entrevistadas (72,1%) e em menor freqüência a dispareunia relatada por 52 participantes do estudo (50%). Sendo importante ressaltar que essas mudanças somente foram abordadas nas pacientes que relataram mudança sexual, com atividade sexual na época da realização da entrevista (104 pacientes).

**Tabela 01** – Frequência do motivo que levou à menopausa nas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

Motivo menopausa	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Cirurgia	88	44,0	44,0
Espontânea	112	56,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

A tabela 01 relata o motivo da menopausa das participantes do estudo. De acordo com 56,0 % das pacientes a menopausa ocorreu de forma espontânea (fisiológica); 44,0%

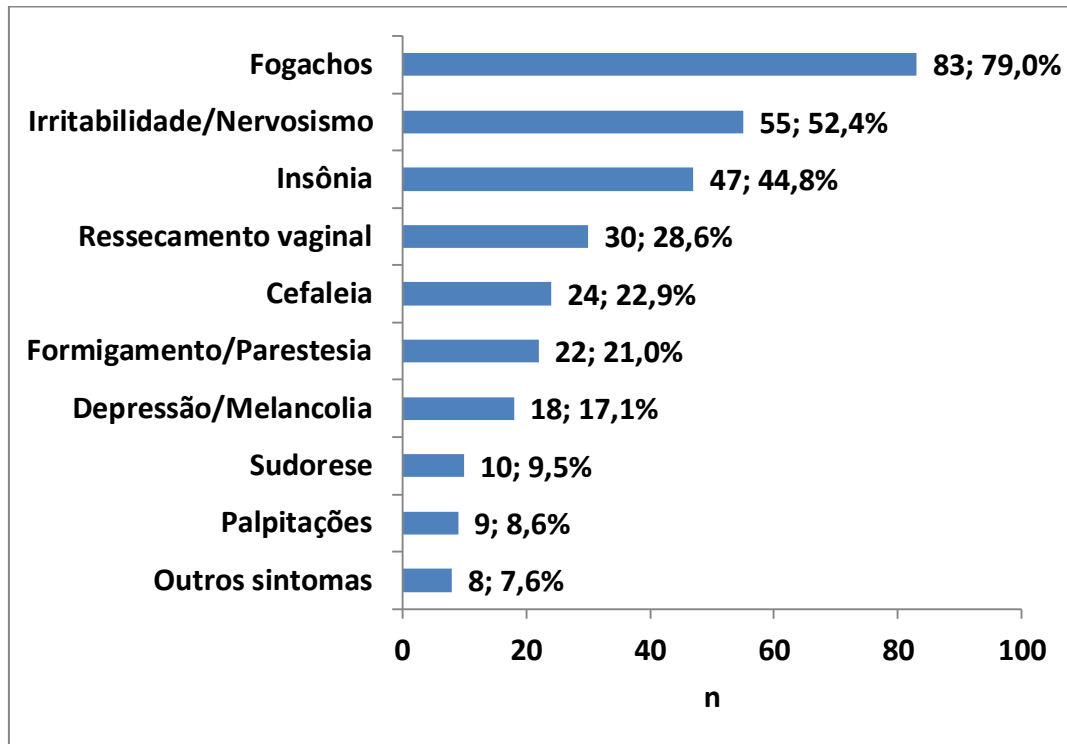
relataram ocorrência em função de procedimento cirúrgico. Os procedimentos cirúrgicos citados que induziram a menopausa foram: Histerectomia + Ooforectomia em 71,6% dos casos; Histerectomia em 22,7% e Ooforectomia bilateral em 5,7%. As principais patologias relatadas que indicaram os procedimentos cirúrgicos anteriormente citados estão expostos na tabela abaixo.

**Tabela 02** – Patologia que induziu à cirurgia ginecológica resultando na menopausa, nas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

<b>Motivo cirurgia ginecológica</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
Leiomioma uterino	49	55,7	55,7
Leiomioma uterino + Cisto ovariano unilateral	13	14,8	70,5
Não sabe	10	11,4	81,9
Leiomioma uterino + Cisto ovariano bilateral	9	10,2	92,1
Câncer de colo uterino	4	4,5	96,6
Cisto ovariano bilateral	3	3,4	100,0
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

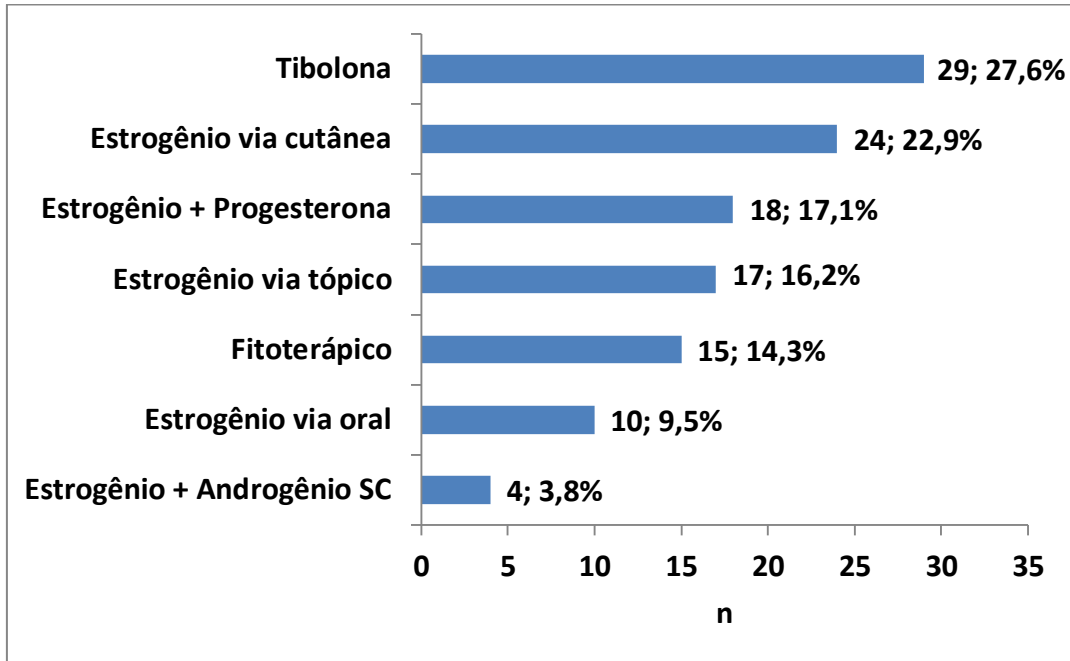
No que diz respeito à realização de Terapia Hormonal (TH), 52,5% (105) das entrevistadas alegaram estar realizando TH, devido apresentarem algum sintoma atribuído ao climatério que quer seja no passado ou durante o período de realização da entrevista. Os principais sintomas climatéricos relatados estão expostos no gráfico 03 (abaixo).

**Gráfico 03** – Sintomas climatéricos referidos pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período Maio a Julho de 2011.



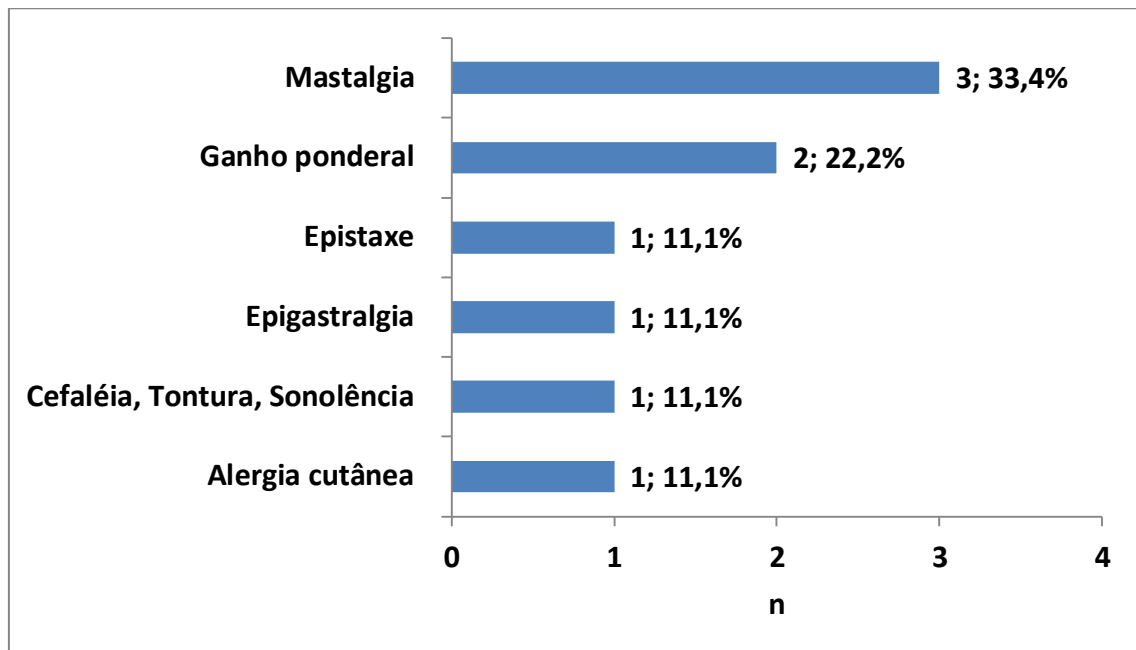
O gráfico 04 (abaixo) informa o tipo de medicação utilizada pelas pacientes como TH. O fármaco mais citado foi o que continha em sua formulação Tibolona utilizado por 29 entrevistadas (27,6%); em segundo lugar, o fármaco composto por estrogênio via cutânea, empregado em 24 casos (22,9%). Seguido por medicação contendo estrogênio + progesterona, consumido por 18 pacientes (17,1%); estrogênio via tópico utilizado em 17 casos (16,2%); fitoterápico em 15 casos (14,3%); estrogênio via oral em 10 casos e estrogênio + androgênio via subcutânea em 04 casos. Sendo que algumas pacientes utilizavam mais de uma medicação.

**Gráfico 04** – Tipo de medicação utilizada na TH pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



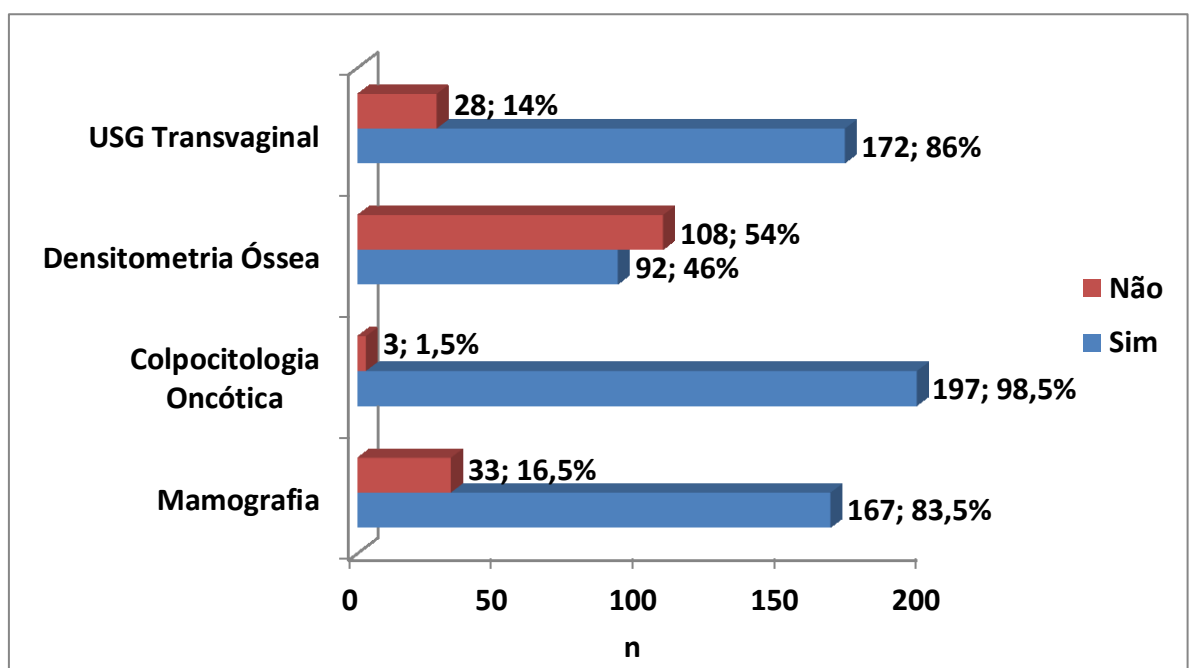
Dentre as pacientes que realizam TH, a média do tempo de uso da medicação foi de 1,28 anos ( $\pm 1,54$ ). Sendo que 9 pacientes (8,6%) relataram efeito colateral da medicação utilizada como TH. Os efeitos adversos referidos estão expostos no gráfico 05 (abaixo).

**Gráfico 05** – Efeito colateral em decorrência da TH, apresentado por pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



Evidenciou-se que 32,7% das pacientes que realizam TRH já mudaram de medicação durante o tratamento.

**Gráfico 06** – Realização dos exame complementares pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



No que diz respeito ao exame de Mamografia, dentre as 200 pacientes entrevistadas, 83,5% delas já realizaram este exame. Relataram que o tempo que decorreu desde a sua última mamografia, em média, foi de 1,17 anos ( $\pm 1,00$ ). A periodicidade que realizam tal exame foi em média de 1,51 ano ( $\pm 0,82$ ).

Quanto ao exame de Colpocitologia Oncótica 98,5% das pacientes já o realizaram, sendo informado que o tempo decorrido desde o último exame foi, em média, de 1,53 anos ( $\pm 1,60$ ). Este exame foi negativo para neoplasia em 100% das pacientes. A periodicidade com que as pacientes o realizavam foi de 1,39 anos, em média ( $\pm 0,84$ ).

A densitometria óssea fez parte dos exames questionados às pacientes quanto a sua realização, e 46% delas responderam que já o havia realizado. Relataram que o tempo que decorreu desde a sua última densitometria óssea foi, em média, de 1,29 anos ( $\pm 1,02$ ).

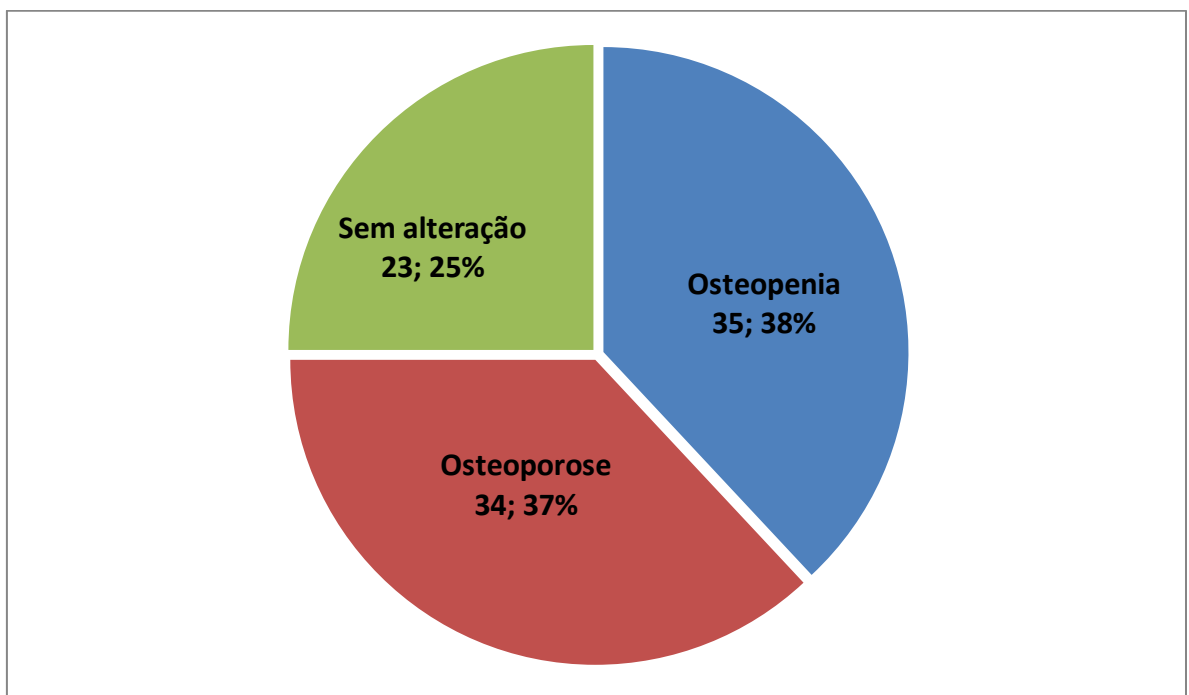
A ultrassonografia transvaginal também esteve presente no questionário formulado para as pacientes, onde 86% delas já o havia realizado, sendo que o tempo decorrido desde o seu último exame foi em média de 1,82 anos ( $\pm 2,52$ ).

**Tabela 03** – Resultado do último exame de mamografia, referente às mamas direita e esquerda, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

Classificação BI RADS	Mama Direita	Mama Esquerda
	n (%)	n (%)
0	54 (32,3)	54 (32,3)
1	77 (46,1)	75 (44,9)
2	32 (19,2)	35 (21,0)
3	3 (1,8)	2 (1,2)
4	1 (0,6)	1 (0,6)
<b>Total</b>	<b>167 (100,0)</b>	<b>167 (100,0)</b>

Em relação ao resultado do exame de mamografia, de acordo com a classificação BI-RADS, a tabelas 03 mostra que tanto na mama direita quanto na mama esquerda, a maior parte das pacientes se enquadraram na categoria 1 (sem alterações mamográficas), tendo valores percentuais de 46,1% e 44,9% respectivamente. Ainda referiram que a periodicidade com a qual realizam tal exame foi em média de 1,51 anos ( $\pm 0,82$ ).

**Gráfico 07** - Resultado do último exame de densitometria óssea, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



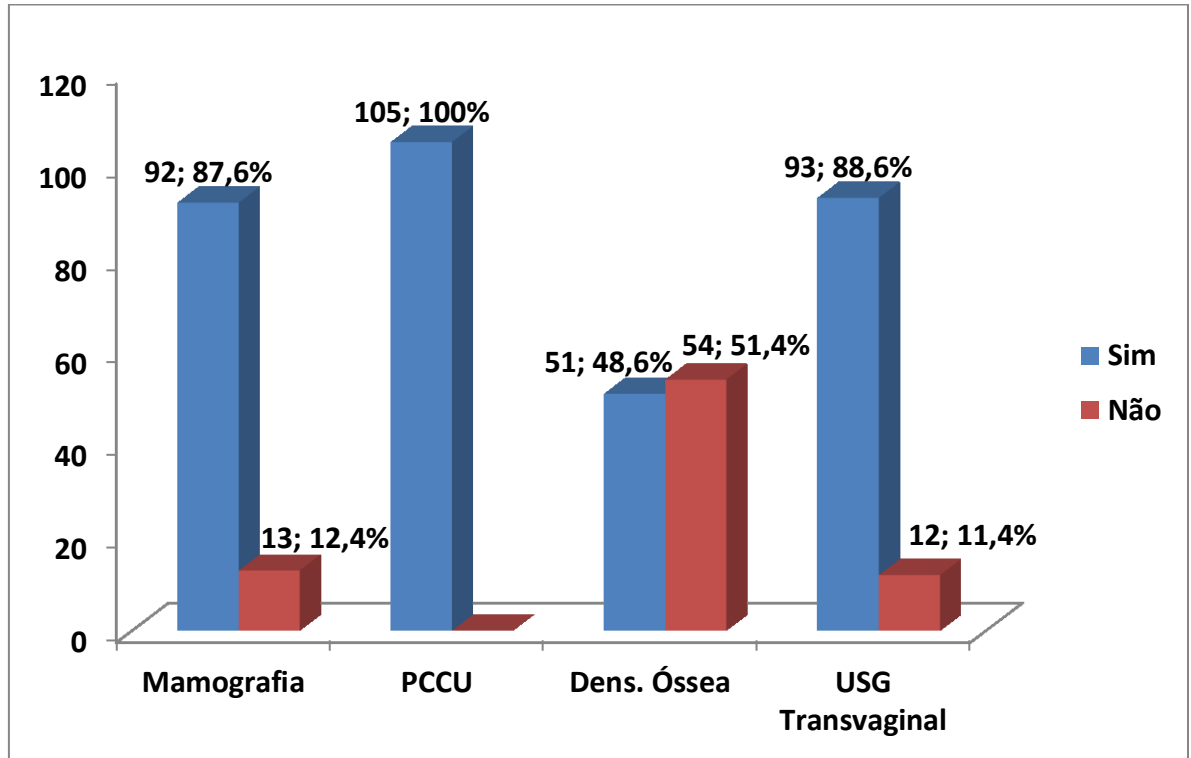
Quanto ao resultado do último exame de densitometria óssea, de acordo com o gráfico 07, 38% das pacientes obtiveram como resultado osteopenia, 37% osteoporose e 25% não obtiveram alterações.

**Tabela 04** - Resultado do último exame de ultrassonografia transvaginal, das pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

<b>Resultado da US-TV</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
Cisto ovariano bilateral	2	1,2	1,2
Cisto ovariano unilateral	5	2,9	4,1
Espessamento endometrial	4	2,3	6,4
Leiomioma uterino	30	17,4	23,8
Leiomioma uterino + Cisto ovariano	6	3,5	27,3
Outros	7	4,1	31,4
Sem alteração	118	68,6	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Em relação ao resultado do último exame de ultrassonografia transvaginal, observando-se a tabela 04, encontrou-se patologias diversas: Leiomioma uterino (17,4%), leiomioma uterino com cisto ovariano (3,5%), cisto ovariano unilateral (2,9%) ou bilateral (1,2%), espessamento endometrial (2,3%), entre outras (4,1%). Porém a grande maioria (68,6%) das pacientes não teve alteração alguma em seus exames.

**Gráfico 08** – Exames complementares realizados pelas pacientes que utilizavam Terapia Hormonal (TH), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



Das pacientes que realizavam Terapia Hormonal, 87,6% delas já haviam realizado o exame de mamografia, 100% delas já haviam realizado o exame de colpocitologia oncológica, 48,6% delas já haviam realizado a densitometria óssea e 88,6% delas já haviam realizado a ultrassonografia transvaginal.

**Tabela 05** – Pacientes portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

HAS	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Sim	55	27,5	27,5
Não	145	72,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 06** - Pacientes portadoras de diabetes mellitus (DM), atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

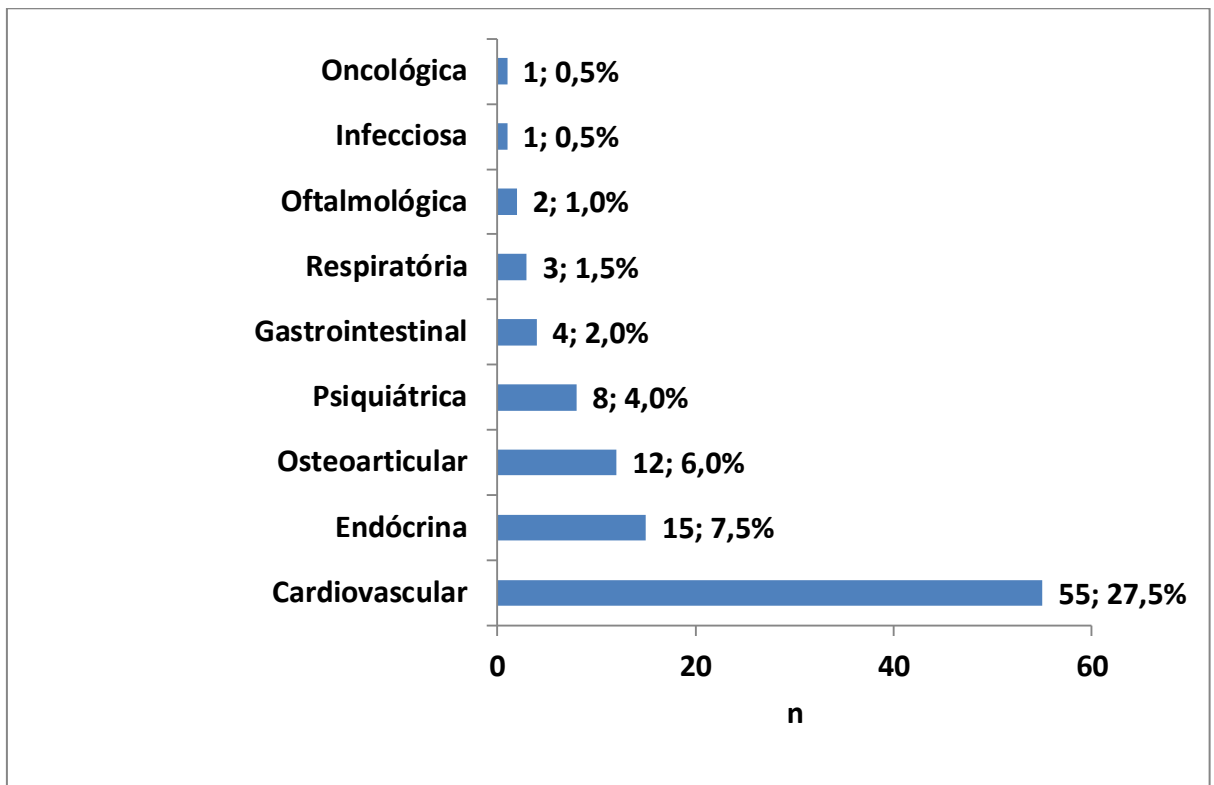
<b>DM</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
Sim	9	4,5	4,5
Não	191	95,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 07** - Pacientes portadoras de dislipidemia, atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

<b>Dislipidemia</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
Sim	34	17,0	17,0
Não	166	83,0	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

As patologias associadas ao climatério, que as pacientes possuíam também foram questionadas como: Hipertensão arterial sistêmica; Diabetes mellitus; Dislipidemias, de acordo com as tabelas 05, 06 e 07, respectivamente. Verificou-se que 27,5% delas possuíam Hipertensão arterial sistêmica, 4,5% possuíam Diabetes mellitus e 17% possuíam Dislipidemias.

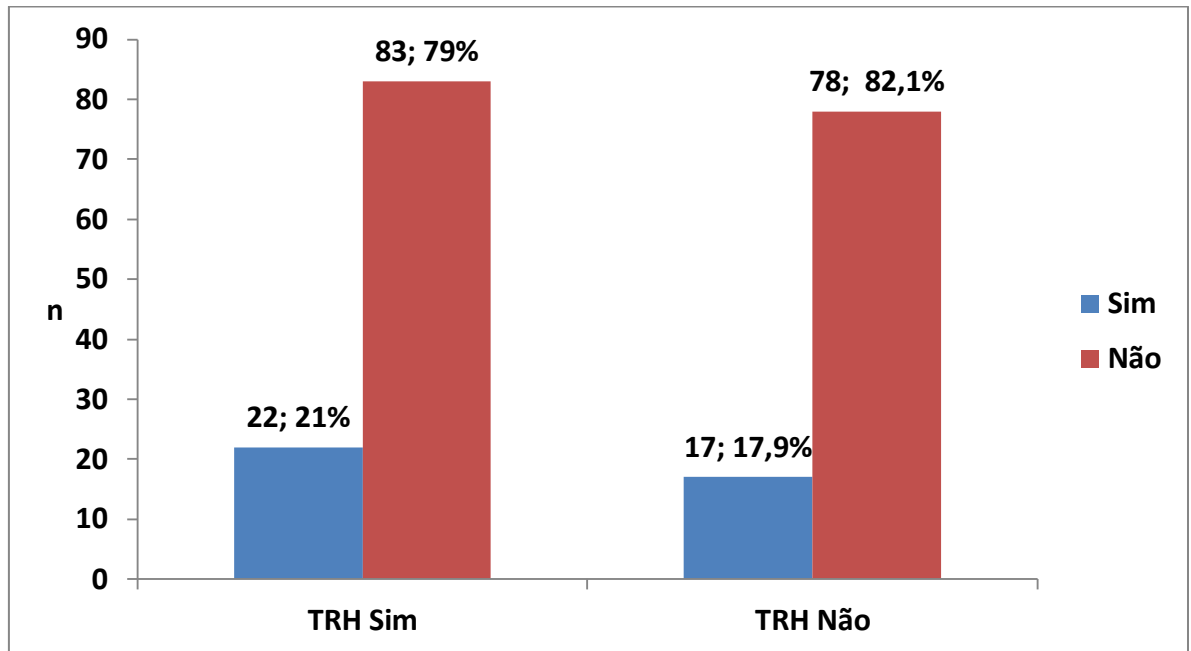
**Gráfico 09** - Patologias apresentadas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



Quanto às outras patologias, estas foram divididas por sistemas, como mostra o gráfico 09, tendo como resultado acometimentos cardiovasculares (incluindo hipertensão arterial sistêmica), endócrinos (incluindo Diabetes mellitus), osteoarticulares, psiquiátricos, gastrointestinais, respiratórios, oftalmológicos, infecciosos e oncológicos.

As medicações utilizadas pelas pacientes variavam de acordo com a patologia associada que possuíam. Dentre as medicações encontrou-se: Anti-hipertensivos; Anti-diabéticos; Hormônios tireoidianos; Estatinas; Vasodilatador cerebral; Antidepressivos; Ansiolíticos; Antieméticos; Antiespasmódicos; Pró-cinéticos; Analgésicos; Antialérgicos; Relaxantes musculares; Antiinflamatórios; Corticóides; TARV; Imunossupressores; Antineoplásicos; Anticoagulantes; Expectorantes; Antiasmáticos; Broncodilatadores; Anti-histamínicos; Inibidores da bomba de prótons; Antimaláricos; Anticoncepcionais orais; Cálcio; Vitamina D; Vitamina B9; Colírios; e Fitoterápicos.

**Gráfico 10** – Relação entre a existência de patologias associadas e a utilização de Terapia Hormonal (TH) realizada pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.



Entre as pacientes que faziam Terapia Hormonal (TH), 21% delas tinham alguma patologia associada, enquanto que 79% não tinham. E dentre as que não faziam TRH, 17,9% apresentavam patologia associada e 82,1% não apresentavam.

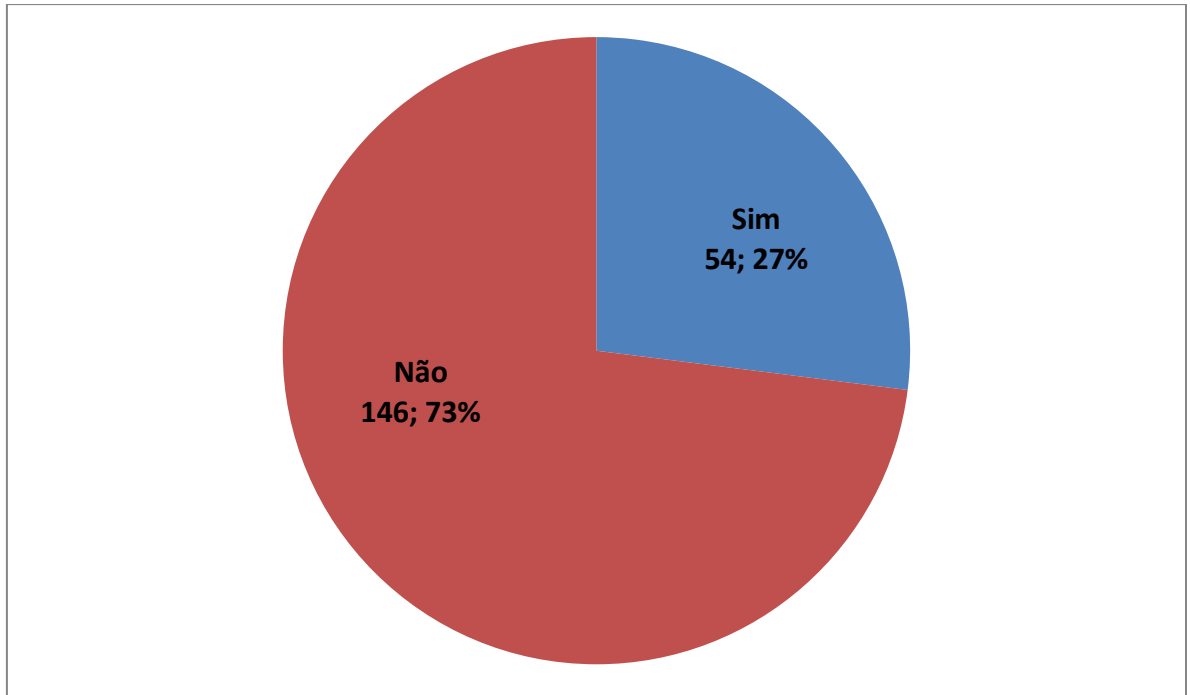
**Tabela 08** – Número de refeições realizadas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA no período de Maio a Julho de 2011.

Refeições diárias	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1	1	0,5	0,5
2	8	4,0	4,5
3	92	46,0	50,5
4	99	49,5	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Questionou-se quantas refeições diárias as pacientes faziam e de acordo com a tabela 08: 0,5% delas realizavam apenas uma refeição durante o dia; 4% delas realizavam duas refeições

diárias; 46% realizavam três refeições diárias e 49,5% delas realizavam quatro ou mais refeições diárias.

**Gráfico 11** – Realização de atividade física pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.



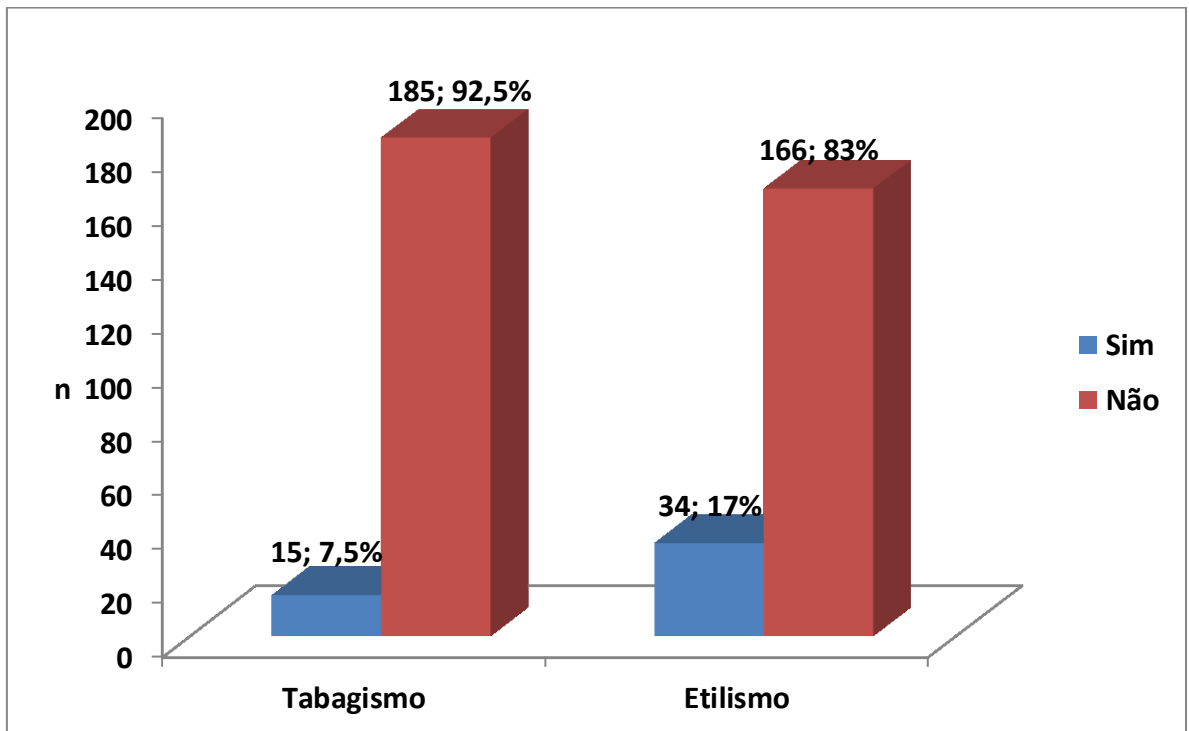
Quanto à indagação se realizavam atividades físicas, o gráfico 11 mostra que 27% delas responderam positivamente, enquanto que 73% negativamente.

**Tabela 09** – Tipo de atividade física realizado pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.

Tipo de atividade	Frequência	Porcentagem
	N=54	
Caminhada	37	68,5
Hidroginástica	11	20,5
Bicicleta	3	5,5
Musculação	3	5,5

Dentre as que faziam exercícios físicos, foram encontradas as seguintes atividades: Caminhada (72,2%), Hidroginástica (24,1%), Bicicleta (5,6%), Musculação (5,6%). A média da frequência semanal da realização de atividade física pelas pacientes foi de 3,57 dias ( $\pm 1,41$ ).

**Gráfico 12** – Tabagismo e Etilismo entre as pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.



Em relação ao tabagismo, pode-se ver no gráfico 12 que 7,5% das pacientes relataram que são tabagistas, enquanto que 92,5% responderam que não fazem uso do tabaco. Quanto ao tempo de uso, dentre as que fumavam, elas responderam que fumam, em média, há 26,8 anos ( $\pm 12,49$ ). E no que diz respeito à carga tabágica, obteve-se como resultado, em média, 4,27 cigarros por dia ( $\pm 2,99$ ).

Quando questionadas em relação ao uso de bebidas alcoólicas, 17% delas responderam positivamente, enquanto 83% delas responderam negativamente, como se pode constatar no gráfico 12.

**Tabela 10** – Frequência semanal do consumo de bebidas alcoólicas pelas pacientes atendidas no ambulatório de climatério da FSCM-PA, no período de Maio a Julho de 2011.

<b>Frequência semanal etilismo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Porcentagem acumulada</b>
1	32	94,1	94,1
2	2	5,9	100,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Dentre as pacientes que responderam positivamente, teve-se a média de 22,53 anos ( $\pm 8,64$ ) de tempo de etilismo, com a frequência de uma vez por semana em 94,1% delas e de duas vezes por semana em 5,9% delas.

## 5. DISCUSSÃO

Segundo Almeida (2003) e Biffi (2003), o estudo do climatério, período de transição para o envelhecimento feminino, passou a ocupar um lugar de destaque à medida que a expectativa de vida da população feminina foi aumentando (hoje ao redor dos 80 anos). Tornando-se necessário o entendimento a respeito do climatério, assim como do perfil epidemiológico e clínico das mulheres que atingem esse período da vida.

No presente estudo, entrevistou-se 200 pacientes, com média de idade de 51,4 anos, similar a outras séries de estudo como De Lorenzi et al. (2005) e Santos M. D. (2006). Essa semelhança na média de idade provavelmente deve-se ao fato da maioria das mulheres apenas buscarem ou serem orientadas a buscar assistência médica especializada quando já estão apresentando sintomas referentes ao climatério, salientando a idéia da medicina curativa e não preventiva.

A maioria das participantes do estudo são procedentes da região metropolitana de Belém (70,5%), devido à maior facilidade de acesso ao serviço de saúde especializado (ambulatório de climatério), assistido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O estado conjugal da maioria das entrevistadas é casada (51,5%) e de acordo com Almeida (2003) é fundamental a existência de parceiro não só disponível, mas sim atuante, para que a o processo de envelhecimento feminino seja encarado de forma natural e com otimismo.

Em 2001, Avis et. al. demonstraram que mulheres norte-americanas de etnia caucasiana tendem a apresentar mais queixas psicossomáticas, ao passo que as afro-americanas, mais sintomas vasomotores. Dessa forma correlacionando a cor com a intensidade da sintomatologia climatérica. Este dado também foi verificado por Gold et. al. (2000). Essa relação é mais complexa em países como o Brasil, de dimensão continental e com um enorme processo de miscigenação. No presente estudo grande parte das pacientes declarou-se parda (75,5%) impossibilitando a comparação entre cor e os sintomas climatéricos.

De acordo com De Lorenzi et al. (2005), a escolaridade associou-se à sintomatologia climatérica, sendo esta menos intensa entre as mulheres com menos anos completos de estudo. No atual estudo não foi possível a realização dessa comparação, uma vez que quase a totalidade das entrevistadas (97,5%) possuía baixo nível de escolaridade (Analfabetas; Nível Fundamental e Nível Médio).

Quanto ao número de gestações declaradas pelas entrevistadas percebe-se que a grande maioria (59,5%) relata ter engravidado três vezes ou mais, com média de parto de 3,02; enquanto que 9% relataram ser nuligesta. Kato et. al. (1998) observou que a paridade está ligada à idade da menopausa: mulheres nulíparas têm menopausa mais precocemente, enquanto que o aumento da paridade correlaciona-se com uma menopausa mais tardia. Outros estudiosos, entretanto, não evidenciaram essa associação (Mckinlay et. al., 1985 apud Mendonça, 2005).

A média de idade da menarca foi de 13,18 anos ( $\pm 1,75$ ), muito parecido com o resultado encontrado no estudo de De Lorenzi et. al. (2005) que foi de 13,3 anos ( $\pm 1,9$ ), no qual realizaram estudo transversal de 254 mulheres pós-menopáusicas atendidas no ambulatório de climatério da Universidade Caxias do Sul. Vários estudos demonstraram que não há correlação entre a idade da menarca e a idade da menopausa (Mckinlay, Brambilla, Posner (1992), Treolar (1974) apud Almeida (2003). A idade da coitarca foi de 18,72 anos, não sendo relatado em outros estudos, portanto, inviabilizando a comparação.

A idade média da menopausa foi de 44,57 anos ( $\pm 5,98$ ), abaixo do que fora relatado em outras séries. Para Bassan (1999) e Almeida (2003) a menopausa ocorre em média aos 50 anos, nos países desenvolvidos, enquanto que nos países em desenvolvimento é ao redor dos 48 anos que ela se estabelece. Enquanto que Fernandes (1999); Halbe (2000); Ferreira (2003) relataram que na maioria das mulheres, a menopausa, ocorre geralmente entre 45 e 55 anos de vida, marcada pela última menstruação e podem sofrer variações de acordo com a raça, fatores hereditários e sócio-econômicos, nutrição e desordens orgânicas.

Atividade sexual no último ano foi referida por 69,2% das pacientes. Favarato et. al. (2000) observaram que inicialmente, a frequência da atividade sexual associou-se a menor sintomatologia climatérica, onde as dificuldades na esfera sexual seriam menores entre as mulheres que vivenciam positivamente o climatério. Estas percebem na redução das obrigações profissionais e com os filhos, uma oportunidade para maior exercício afetivo-sexual. Entre as mulheres que associam a menopausa à velhice, por sua vez, a sexualidade pode vir a ser gravemente comprometida.

Dentre as paciente que alegaram a prática de atividade sexual, 74,8% informaram a ocorrência de mudança na relação sexual após a menopausa, onde a perda de libido foi a alteração mais referida (84,6%), seguida do ressecamento vaginal (72,1%) e por último a dispareunia (50%), com índices acima daqueles encontrados por Utian e Schiff (1994), que evidenciaram uma taxa de 31% de mudança na vida sexual de mulheres climatéricas nos Estados Unidos, sendo que a principal queixa foi a diminuição do interesse sexual (62%), secura vaginal (55%) e dispareunia (32%).

De acordo com Aldrighi et. al. (2002) e Chiechi et. al. (1997), clinicamente, o hipostrogenismo climatérico, é responsável por atrofia urogenital, o que favorece a ocorrência de secura vaginal e dispareunia. Paralelamente, o envelhecimento cutâneo e a tendência de acúmulo de gordura afetam a auto-imagem, contribuindo para menor auto-estima e até declínio do desejo sexual (libido).

As pacientes quando interrogadas quanto ao motivo da menopausa, 55,3% revela que a menopausa ocorreu de forma espontânea, fazendo parte do fisiológico processo de envelhecimento do organismo feminino. Já 44,2% relataram ocorrência em função de

procedimento cirúrgico, devido patologia pélvica prévia. Evidenciando alto índice de menopausa induzida cirurgicamente nas pacientes atendidas neste ambulatório de climatério. A questão é o problema de base seria realmente indicativo de ressecção uterina e/ou ovarianas?

Os procedimentos cirúrgicos que induziram a menopausa mais citados foram: Histerectomia + Ooforectomia em 71,6% dos casos e Histerectomia em 22,7%. O primeiro procedimento consiste na ressecção do útero e dos ovários, onde em muitos casos, a ooforectomia foi realizada de modo profilático, durante uma histerectomia por agravo uterino benigno, representando desta forma um tema controverso.

Segundo Aldrighi et. al. (2009) apesar da evidente escassez de folículos após a menopausa, os ovários ainda mantêm normal a síntese de androgênios (testosterona e androstenediona) no seu estroma, que transportados ao tecido adiposo periférico se convertem em estrona, o principal estrogênio da pós-menopausa. No estágio da pós-menopausa com a evidente deficiência de estrogênios podem eclodir importantes agravos como atrofia cutâneo-mucosa, doença cardiovascular, osteoporose e distúrbios da cognição, os quais seriam intensificados pela ausência dos ovários e conseqüente cessação da produção hormonal ovariana residual. Ainda segundo Aldrighi et. al. (2009) a ressecção isolada uterina por si só pode reduzir em 40% o risco de câncer de ovário.

Contrastando com o que fora mencionando anteriormente, Soupe et. al. (2007) apontam evidências que mostram que a ooforectomia profilática pode redundar em benefícios, como a prevenção dos cânceres de mama/ovário e a redução do número de futuras ooforectomias.

As principais patologias relatadas pelas entrevistadas que indicaram os procedimentos cirúrgicos anteriormente citados foram: Leiomioma uterino (55,7%); Leiomioma uterino + Cisto ovariano unilateral (14,8%) e Leiomioma uterino + Cisto ovariano bilateral (10,2%). Para Stovall (2002) a presença de leiomioma uterino parece ser a maior causa para a indicação da histerectomia, o qual consiste em um tumor uterino benigno.

Ainda segundo Stovall (2002), o leiomioma uterino incide principalmente em mulheres da raça negra, aparecendo numa proporção de três a nove vezes em relação à raça branca. Podem ser classificados, independentemente da sintomatologia, de acordo com a camada

uterina em que se desenvolvem em subserosos, intramurais ou submucosos, sendo que as principais indicações de tratamento cirúrgico dessa patologia são: sangramento uterino anormal e aumento do volume uterino.

Os cistos ovarianos quando são do tipo não funcional têm indicação de ressecção cirúrgica, devido risco de malignidade (Stovall, 2002). Dessa forma evidencia-se que as patologias mencionadas pelas entrevistadas realmente obtinham indicação de procedimento cirúrgico. Vale apenas ressaltar, que a ooforectomia tem sua indicação inquestionável, quando trata-se da presença de cisto ovariano não funcional.

Quanto à realização de Terapia Hormonal (TH), 52,5% das pacientes alegaram estar realizando TH devido apresentarem algum sintoma atribuído ao climatério que quer seja no passado ou durante o período de realização da entrevista. Este índice deve-se ao fato de algumas participantes encontrarem-se em sua primeira consulta no ambulatório de climatério, onde foi realizado o estudo, portanto, ainda necessitando de exames complementares para permitir a utilização da TH, ou então, já apresentarem mais de dez anos de menopausa, desse modo, não sendo mais indicativo a TH.

Os principais sintomas climatéricos informados foram: vasomotores, dentre eles fogachos (79%), Sudorese (9,5%), Palpitação (8,6%); psicológicos, dentre eles, Irritabilidade/Nervosismo (52,4%), Insônia (44,8%), Cefaléia (22,9%), Melancolia (17,1%); e também a Parestesia (21%).

Esses achados foram diferentes daqueles encontrados por Pedro et. al. (2003), que realizaram um estudo descritivo de corte transversal, com 456 mulheres pós-menopáusicas, no município de Campinas-SP, onde observaram maior prevalência de sintomas vasomotores, como a sudorese, referida por 66,2% das entrevistadas; assim como de sintomas psicológicos, uma vez que 80,3% relataram nervosismo, 61,1% insônia, 63,1% cefaléia.

A prevalência dos sintomas climatéricos do atual estudo também foi diferente do resultado obtido por De Lorenzi et. al. (2005), que realizaram estudo transversal de 254 mulheres pós-menopáusicas atendidas em ambulatório de climatério, no qual também ocorreu maior prevalência de tanto de sintomas vasomotores, quanto de sintomas psicológicos.

As diferenças entre os resultados obtidos no presente estudo e outras séries de estudo pode ter ocorrido por diferenças na realização da coleta de dados, assim como pelo não entendimento por parte das pacientes do que seria cada sintoma associado ao climatério acima citado.

Os principais tipos de medicação utilizados na TH, pelas pacientes do presente estudo e suas respectivas vias de administração foram: Tibolona via oral, em 27,6% dos casos; Estrogênio via cutânea, em 22,9%; Estrogênio + Progesterona, via oral em 17,1%; Estrogênio via tópico, em 16,2%; Fitoterápico em 14,3%. De acordo com Bagnoli et. al. (2001), na prescrição de TH no climatério, deve-se individualizar as necessidades de cada mulher, bem como o conhecimento de doenças sistêmicas preexistentes. Assim, deve-se optar pelo melhor tipo de via e de esquema, adequando-os a cada caso em particular.

Ainda segundo Bagnoli et. al. (2001), quanto aos tipos de hormônios, os mais utilizados neste período incluem-se os estrogênios e os progestágenos. Os androgênios e os fitoestrogênios são empregados em situações especiais.

No que diz respeito às vias de administração, a oral apresenta como vantagens: menor custo, a maior facilidade de administração, bem como a possibilidade de ajustes de dose e interrupção sempre que for necessário. Os estrogênios, quando administrados por via oral, são metabolizados no fígado e excretados pela urina e bile. Na passagem pelo fígado, inibe a lipase hepática, estimulando a síntese do HDL-colesterol; portanto, a via oral proporciona incremento do HDL-colesterol, melhorando, assim, o perfil lipídico da pacientes. (Bagnoli, 2001)

A via parenteral tem como vantagem uma boa aceitação pelas mulheres, principalmente por aquelas portadoras de distúrbios digestivos; além do mais, provocam um menor impacto sobre o metabolismo glicídico, além de apresentar uma absorção hormonal uniforme. Dentre elas citam-se: a transdérmica (na apresentação de adesivos ou gel); os implantes subcutâneos; a nasal, a vaginal e a intra-uterina (DIU). (Bagnoli, 2001)

Os esquemas terapêuticos são prescritos de acordo com as necessidades da paciente, onde mulheres com útero indica-se esquema combinado cíclico, ou seja, a prescrição de estrogênios durante 21 a 25 dias associados a progestágenos ( 10 a 12 últimos dias dos estrogênios), este

esquema está indicado na pré-menopausa. Já na pós-menopausa pode-se utilizar o esquema combinado contínuo, principalmente naquelas mulheres que não desejam menstruar. Para mulheres histerectomizadas indica-se o esquema com estrogênios isoladamente. (Bagnoli, 2001)

Os androgênios são utilizados isoladamente ou em associação com os esquemas anteriores; estando indicados principalmente nos casos de osteoporose, depressão, alteração de sexualidade e sintomatologia resistente aos medicamentos convencionais. Os fitoestrogênios (isoflavonas e lignanas) até o momento estão indicados para a sintomatologia de ondas de calor; entretanto, a literatura é ainda controversa. (Bagnoli, 2011)

Percebe-se, portanto, que as medicações prescritas para as pacientes atendidas no ambulatório onde foi realizado o presente estudo, estão de acordo com o que é preconizado pela literatura médica, uma vez que se respeitou o fato da paciente ser ou não histerectomizada, assim como sintomatologia apresentada e doenças de base. Quanto a maior utilização da Tibolona percebe-se que tal evento ocorreu em função do menor preço para a obtenção da medicação em relação as demais drogas citadas, uma vez que a maior parte das entrevistadas possui recursos financeiros limitados.

Dentre as pacientes do estudo, que realizam TH, a média de tempo de uso da medicação foi de 1,28 anos, estando bem abaixo do tempo considerado seguro para TH de acordo com o que foi exposto por Albuquerque (2000), onde até 1993, a maioria das estatísticas, em estudos isolados ou metanalíticos, não demonstraram maior risco de câncer de mama até 10 anos de duração da reposição hormonal.

Em 1995, agravando a perplexidade frente aos estudos epidemiológicos, sugeriu-se que o risco aumentava só com 5 anos de hormonioterapia no climatério. Um mês depois da divulgação deste resultado, surgiram outros estudos demonstrando que, até 8 anos de duração da TH. (Albuquerque, 2000)

Os efeitos colaterais decorrentes da TH alegado por 9 pacientes participantes do estudo foram extremamente variáveis, sendo que os únicos que poderiam ser diretamente ligados as medicações são a mastalgia e ganho ponderal, em decorrência do uso prolongado do estrogênio.

Das 200 pacientes entrevistadas, 83,5% delas realizaram o exame de mamografia, esta elevada estatística mostra que tal exame é de extrema importância para rastreamento de doenças mamarías antes que se comece a reposição hormonal. Segundo Albuquerque (2000), o estudo da mama é motivo de preocupação tanto para os médicos como para a sociedade de uma forma geral, tendo em vista que o tipo de câncer mais freqüente na mulher climatérica é o mamário.

Os 16,5% restante das pacientes, que não fizeram o exame de mamografia, os 14% que não realizaram a ultrassonografia transvaginal, assim como os 1,5% que não realizaram a colpocitologia oncótica diz respeito tanto àquelas pacientes que estavam comparecendo à sua primeira consulta no ambulatório de climatério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará como àquelas que ainda não haviam conseguido realizar tais exames devido a indisponibilidade destes pelo SUS.

Albuquerque (2000) ainda comenta que a terapia de reposição hormonal leva à manutenção dos ductos e lóbulos com conseqüente parada ou atraso na involução. Na maioria dos estudos epidemiológicos não se tem encontrado qualquer incidência de aumento de câncer de mama durante ou após a dose recomendada para a reposição estrogênica.

Quanto à densitometria óssea 46% das pacientes responderam que já o havia realizado, onde 38% destas pacientes obtiveram osteopenia, 37% obtiveram osteoporose e 25% não obtiveram alguma alteração. Já em relação à densidade óssea da amostra de Moser (2004), observou-se que a maioria das mulheres (52,5%) apresentou densidade óssea normal.

Tal rastreamento faz-se necessário devido ao grande número de queixas osteoarticulares que as mulheres referem no climatério. Segundo De Lorenzi (2009) queixas relacionadas a dores musculares e articulares, ainda que não estejam diretamente relacionados ao hipoestrogenismo pós-menopáusico, podem ser magnificados por eventuais disposições emocionais, bem como pela maior tendência ao sedentarismo após os 50 anos.

É importante frisar a necessidade da reposição da massa óssea dessas pacientes. Segundo Moser (2004) está bem definido na literatura que o pico de massa óssea é dependente do aporte calórico, da ingestão de cálcio e vitamina D, da função menstrual normal e da atividade física.

Moser (2004) ainda diz que quanto ao exercício físico, as atividades aeróbias têm demonstrado manutenção de massa óssea de mulheres pós-menopausa, tanto no quadril como na coluna vertebral. (Moser, 2004)

A correlação das pacientes que realizavam Terapia Hormonal e a realização de exames laboratoriais por estas mostra que: 87,6% delas já haviam realizado o exame de mamografia, 100% delas já haviam realizado o exame de colpocitologia oncótica, 48,6% delas já haviam realizado a densitometria óssea e 88,6% delas já haviam realizado a ultrassonografia transvaginal. Essa estatística nos mostra a boa condução e o bom rastreamento de possíveis patologias que pudessem contra-indicar a TRH por parte dos profissionais atuantes no ambulatório de climatério da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

O restante das pacientes que não foram registradas como tendo realizado os exames de mamografia e ultrassonografia transvaginal antes da Terapia Hormonal, diz respeito àquelas que não estavam com estes exames em mãos, ou que estes não estavam presentes em seus prontuários de atendimento no ambulatório da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, portanto não sabiam relatar os seus resultados.

Em relação à prática de atividades físicas pelas pacientes do atual estudo, 27% delas responderam sim, enquanto que 73% responderam não. Já na casuística de De Lorenzi (2009), 54,4% das pacientes responderam positivamente à realização de atividades físicas, enquanto que 46,6% não as realizavam. E em amostra de Moser (2004), 83% praticavam e 17% não praticam nenhum tipo de atividade física.

A frequência semanal das pacientes, desse estudo, em suas atividades física teve como média 3,57 dias. Este dado tem semelhança com Moser (2004) que relatou que para 41,6% das mulheres, do seu estudo, a frequência média era de três vezes por semana.

Os resultados demonstram que uma mulher que praticou exercícios durante a vida toda, desde a infância, apresenta maior massa muscular ao alcançar a menopausa, o que também beneficia os ossos que estão sujeitos a cargas geradas pela contração muscular. Portanto, a atividade física deve iniciar, de preferência na infância e continuar na adolescência, fases em que se tem maior possibilidade de aumentar a massa óssea. (Moser, 2004)

Moser (2004) diz ainda que tanto a frequência quanto a duração das atividades físicas voltadas à saúde, ambas devem estar de acordo com o nível de aptidão e condições gerais de cada um.

As pacientes apresentaram patologias associadas como: Hipertensão arterial (27,5%); Diabetes mellitus (4,5%); Dislipidemias (17%), entre outras. Lima (2001), cita em seu estudo que com o passar do tempo, mantendo-se o estado de carência hormonal, a longo prazo poderá haver alterações no metabolismo lipoprotéico das pacientes menopausadas, levando a repercussões cardiovasculares.

De Lorenzi (2009) relatou que 46,6% das pacientes do seu estudo apresentavam comorbidades clínicas enquanto que 53,4% não apresentavam. A prevalência de co-morbidades clínicas foi maior no grupo de pós-menopáusicas (46,6%), o mesmo ocorrendo com o sobrepeso e a obesidade (52,4%). Entre as co-morbidades avaliadas, foram identificadas 56 mulheres portadoras de hipertensão arterial crônica, 12 de diabetes mellito, e 5 de doença reumática. Nove entrevistadas referiram ainda história prévia de neoplasia e duas de acidente vascular cerebral.

Wild et al. (1995) observaram que a Hipertensão arterial associa-se intimamente com dislipidemia. E que de fato, 40% das pessoas com hipertensão arterial apresentam dislipidemia e 46% daqueles com dislipidemia têm hipertensão arterial, sendo maior o risco cardiovascular quando os dois fatores de risco estão associados.

Das pacientes que faziam Terapia Hormonal (TRH), 21% delas apresentavam alguma patologia associada, número este que cai para 17,9% quando se refere àquelas que não faziam TH. Esses valores por estarem bastante aproximados, não se pode concluir que exista correlação entre a TH e a presença ou ausência de patologia associada.

Quanto às refeições diárias que as pacientes faziam, obteve-se a resposta de que 49,5% delas realizavam quatro ou mais refeições diárias. Esse fato mostra que a grande parte delas estava cumprindo uma dieta adequada. O que difere do estudo de Montilla (2003) que, na avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar, mostrou que as mulheres climatéricas alimentam-se de forma incorreta, principalmente do ponto de vista quantitativo.

Montilla (2003) diz ainda que vários agravos à saúde constatados no climatério relacionam-se, na maioria das vezes, direta ou indiretamente com a ingestão inadequada de alimentos, quer seja em excesso ou deficiência por longos períodos; essa inadequação, por sua vez, constitui em importante fator de risco para inúmeras doenças, tais como as cardiovasculares, a obesidade, a osteoporose, o câncer de cólon e de mama.

Em relação ao tabagismo, 7,5% afirmaram ser tabagistas, enquanto que 92,5% responderam que não fazem uso do cigarro, onde se percebe relativa semelhança com De Lorenzi (2009) que relatou que 14,6% das pacientes eram tabagistas e 85,4% não eram.

Fonseca et al. (1999), estudando 240 mulheres climatéricas, sendo 140 fumantes e 100 não fumantes, observaram quanto ao perfil clínico e laboratorial, que as mulheres fumantes tiveram menopausa antecipada em três anos, assim como maior sintomatologia climatérica, maiores níveis plasmáticos de colesterol total, LDL-colesterol, triglicérides e maior perda óssea. Não foi possível relacionar o fato de fumar com as variáveis acima no presente estudo.

No estudo atual, quando as pacientes foram questionadas em relação ao uso de bebidas alcoólicas, 17% delas responderam que faziam uso, enquanto que 83% delas responderam negativamente. Apresentando semelhanças com Raskin (2000) que verificou que 20% das participantes do seu estudo eram etilistas e tais resultados foram semelhantes aos encontrados em mulheres americanas e em estudo populacional desenvolvido no interior paulista.

E ainda segundo Raskin (2000) já em pesquisa populacional gaúcha mostrou que apenas 4,2% das mulheres (com média etária de 43,2 anos) referiram o etilismo como hábito. Acredita-se que o nível de estrogênio circulante seja maior nas mulheres que consomem maiores quantidades de bebidas alcólicas do que nas etilistas moderadas e não-etilistas, devido à depuração metabólica reduzida ou ao aumento da secreção estrogênica determinada pelas concentrações plasmáticas elevadas de álcool.

O climatério encontra-se em processo contínuo de expansão devido ao envelhecimento progressivo da população, tornando-se tema cada vez mais atual e realidade cada vez mais presente na vida das mulheres. Com isso faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos, como este aqui presente, para que se possa conduzir essas paciente de uma melhor maneira individualizada, sempre focando o objetivo de alcançar o seu bem-estar.

## 6. CONCLUSÃO

Pode-se concluir, de acordo com a população estudada e, em relação aos resultados encontrados, que a idade média da menopausa foi de 44,57 anos, que se mostra abaixo do que fora relatado em outros estudos, constatando, portanto, que tal fato pode sofrer variações de acordo com a raça, fatores hereditários, sócio-econômicos, nutrição e desordens orgânicas.

Quanto aos sintomas mais prevalentes devem destacar-se aqueles relacionados às atividades sexuais, a qual ainda era realizada pela maioria das pacientes (69,2%), destacando-se a perda de libido, logo se deve dar maior atenção a sua correção visto que interfere diretamente na qualidade de vida dessas mulheres.

Os demais sintomas climatéricos encontrados foram: vasomotores, sudorese, palpitação, irritabilidade, nervosismo, insônia, cefaléia, melancolia e parestesia. A presença concomitante ou não de muitos desses sintomas justifica a introdução da Terapia Hormonal (TH) nessas pacientes.

Porém para que se introduzisse a TH fez-se necessário a realização de exames laboratoriais como: Mamografia (87,6%), PCCU (100%), Densitometria óssea (48,6%) e Ultrassom transvaginal (88,6%). O que mostrou a boa condução por parte dos profissionais médicos do ambulatório da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, visto que tais exames são fundamentais para avaliação dessas pacientes antes da TH.

Em relação à prática de atividades físicas pelas pacientes do atual estudo, apenas uma pequena parte delas (27%) as realizavam, o qual é um dado insatisfatório, mostrando que se deve estimular tal prática, visto a sua importância na prevenção e seguimento de patologias osteoarticulares, além de melhora da auto-estima dessas pacientes.

Algumas pacientes apresentaram patologias associadas como: Hipertensão arterial (27,5%); Diabetes mellitus (4,5%); Dislipidemias (17%), entre outras. Isso nos mostra que tais pacientes devem ser acompanhadas com maior atenção e de forma multidisciplinar para evitar complicações referentes a essas patologias de base.

E ainda serem acompanhadas adequadamente no que diz respeito ao fator nutricional. Obteve-se o resultado de que 49,5% delas realizavam quatro ou mais refeições diárias, o que nos mostrou satisfatório, devido à adesão a uma dieta adequada quantitativamente.

O climatério é considerado um fenômeno multifatorial, sofrendo interferência de vários fatores, sejam eles genéticos, ambientais, hormonais e/ou psicossociais. Deve ser visto com maior atenção e cuidado devido ser fenômeno cultural extremamente variável e complexo.

## REFERÊNCIAS

ABRAHAM, S.; L.J.D.; P.J. **Changes in Australian women's perception of the menopause and menopause symptoms before and after the climacteric.** *Maturitas* 1995; 20:121-8.

ALBUQUERQUE, A.M.; H.A.T. **A polêmica associação entre a terapia de reposição hormonal e o risco de câncer de mama no climatério.** *Revista de Enfermagem UNISA*, v.1, p. 90-4, 2000.

ALDRIGHI, J.M.; A.C.M.S.; A.A.P.S. **Alterações sistêmicas do climatério.** *Revista Brasileira de Medicina*, 2002; 59:15-21.

ALDRIGHI, J.M.; W.L.P.; S.M.A.; O.V.M.; A.T. **Ooforectomia profilática na histerectomia por agravo uterino benigno: evidências atuais.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 55, nº 3, São Paulo: 2009.

ALMEIDA, A. B.; **Reavaliando o climatério: Enfoque atual e multidisciplinar.** São Paulo; Atheneu, 2003.

APPOLINÁRIO, J.C. et al.; **Associação Entre Traços de Personalidade e Sintomas Depressivos em Mulheres com Síndrome do Climatério.** *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, v.45; n.4; ago. 2001.

AVIS, N.E.; STELLATO R.; CRAWFORD S. et al.; **Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups.** *Soc Sci Med.* 2001; 52:345-56.

BAGNOLI, V.R.; F.A.M.; A.J.S.; R.F.C.; P.J.A. **Terapia de reposição hormonal: Esquemas.** In: *Terapia de reposição hormonal em situações especiais.* Fonseca, AM; Bagnoli, VR; Halbe, HW; Pinotti, JA. Editora Revinter;2001. p.1-5.

BASSAN, R. **Alteração cardiovascular e Cardiormorbidade da Menopausa: Efeitos da Reposição Hormonal.** *Arquivos Brasileiro de Cardiologia.* Vol.72, n. 1. p. 85-91, 1999.

BIFFI, E.F.A. **Saúde mental e climatério na perspectiva de mulheres profissionais de saúde.** Ribeirão Preto, 2003. 79f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2003.

CALVOSO, G.G. et al.; **Prevalência de sintomas depressivos na perimenopausa.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v.18; n.3; dez. 2008.

CAMPOS, H.H. et al.; **Prevalência de distúrbios do sono na pós-menopausa.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria., v.27, n.12, p.731-6, 2005.

CASTRO, M.N. **Climatério e Menopausa.** Revista de Endocrinologia, Diabetes & Obesidade, v.3, n.2, Mar-Abr, Lisboa- Portugal, 2009

CHIECHI, L.M.; G.M.; L.A.; F.R.; L.P. **Sexuality in the climacterium.** Clin Exp Obstet Gynecol. 1997; 24:158-9.

DE LORENZI, D.R.S et al.; **Fatores indicadores da sintomatologia climatérica.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria., v.27; n.1; p.12-19; 2005.

DE LORENZI, D.R.S. et al.; **Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, v.27; n.8; p. 479-84; 2005.

DE LORENZI, D.R.S et al.; **Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v.9, n.4, Recife Out./Dec. 2009.

FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M. et al; **Sexualidade e climatério : influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais.** Reprod Clim. 2000; 15: 199-202.

FAVARATO, M.E.C.S; ALDRIGHI, J.M. **A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida.** Rev. Assoc. Med. Bras., v.47 n.4, São Paulo Oct./Dec., 2001.

FERNANDES C.E.; MELO N.R.; WEHBA S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Lemos Editorial; 1999; p. 17-33.

FERNANDES, C.E et al. **I Diretriz Brasileira sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares em Mulheres Climatéricas e a Influência da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e da Associação Brasileira do Climatério (SOBRAC).** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.91, n.1, supl.1, p.1-23, 2008.

FERREIRA, V. **A influência da idade e da reposição hormonal sobre a modulação autonômica do coração e do limiar de anaerobiose.** São Carlos, 2003. 120f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Engenharia de São Carlos/ Faculdade de medicina de Ribeirão Preto/ Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2003.

FONSECA, A.M. et al.; **Menopausa e tabagismo.** Revista de Ginecologia e Obstetrícia, v.10, n.1, p.21-5, 1999.

FONSECA, A.M.; P.A.A.J.; J.O.M.P.; **Tabagismo e Climatério.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.47, n.3, São Paulo Julho/Set. 2001.

GOLD, E.B.; STERNFELD B.; KELSEY J.L., et al. **Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age.** American Journal Epidemiology. 2000; 152:463-73.

GUARISI, T.; P.N.A.M. et al; **Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas.** Rev Bras Ginecol Obstet. 1998; 108:125-30.

HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia.** 3ª ed. São Paulo: Roca, 2000.

JIMENEZ, L.J.; PÉREZ, S.G. **Actitud de la mujer en la menopausia y su influencia en el climatério.** Rev Mex Ginecol Obstet. 1999; 67: 319-322.

LIMA, S.M.R.R et al.; **Hipertensão arterial e climatério.** Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão, v.4, n.2, 2001.

MALHEIROS, E.S.A. et al.; **Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão.** Revista do Hospital Universitário/UFMA; v.10; n.1; p.52-55; jan-abr.2009.

MENDONÇA, E.A.P.; **Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa.** Revista de Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 9(3), p.751-762, 2004.

MONTILLA, R.N.G.; M.F.N.M; J.M.A. **Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.49, n.1, São Paulo Jan./Mar. 2003.

MONTILLA, R.N.G.; J.M.A.; M.F.N.M. **Relação cálcio/proteína da dieta de mulheres no climatério.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 50, n.1, p. 52-4, 2004.

MOSER et al.; **Influência da atividade física sobre a massa óssea de mulheres.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano, v.6, n.1, p. 46-53, 2004.

NAHAS, E.A.P. et al.; **Prevalência do hipotireoidismo subclínico e repercussões sobre o perfil lipídico e massa óssea em mulheres na pós-menopausa.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.27; n.8; p. 467-72; 2005.

\_\_\_\_\_. Rev. Assoc. Med. Bras., v.47 n.4, São Paulo Oct./Dec., 2001. apud ROZANSKI, A.; BLUMENTAL, J.A.; KAPLAN, J. **Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy.** Circulation, v.99, p.2192-217, 2000.

\_\_\_\_\_. Rev. Assoc. Med. Bras., v.47 n.4, São Paulo Oct./Dec., 2001. apud DENNERSTEIN, L.; BURROWS, G.D. **A review of studies of the psychological symptoms found at the menopause.** Maturitas, v.1, p.55-64, 1978.

\_\_\_\_\_. Rev. Assoc. Med. Bras., v.47 n.4, São Paulo Oct./Dec., 2001. apud SCHINDLER, B.A. **The psychiatric disorders of midlife.** Med Clin Noth Am, v.71, p.127-34, 1987.

PEDRO, A.O. et al. **Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras.** Rev. Saúde Pública, v.36, p. 484-490, 2001.

PEDRO, A.O. et al.; **Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP.** Rev. Saúde Pública, v.37, n.6, Dec.2003.

PEREIRA, W.M.P. et al.; **Ansiedade no climatério: prevalência e fatores associados.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v.19; n.1; abr.2009.

RASKIN, D.B.F. et al.; **Fatores Associados à Obesidade e ao Padrão Andróide de Distribuição da Gordura Corporal em Mulheres Climatéricas.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.22, n.7, Rio de Janeiro Ago. 2000.

RODRIGUES, L.J.G.; BARACAT, E.C; **Síndrome do climatério.** Ginecologia Endócrina. São Paulo: Atheneu; 1995: p. 253-298.

SANTOS, M.D.; **Manifestações climatéricas: uma contribuição à saúde da mulher.** Franca, 2006. 69f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, 2006.

SCHMITT, A.C.B. et al.; **Tendências da mortalidade em mulheres brasileiras no climatério.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v.18; n.1; abr.2008.

SILVA, F.E.A.; COSTA, A.M.; **Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(3):113-20.

SILVEIRA, I.L et al.; **Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil.** Rev Bras Ginecol Obstet., v.29, n.8, p.420-7, 2007.

SHOUPE, D.; P.W.H.; B.M.S.; L.Z.; F.C.; B.J.S. **Elective oophorectomy for benign gynecological disorders.** Menopause. 2007;14(3 Pt 2):580-5.

STOVALL, T.G. **Histerectomia.** In: Berek JS, editor. Novak tratado de ginecologia. 13<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 708-45.

UTIAN, W.H.; S. I. **North American Menopause Society – Gallup survey on women’s knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replament therapy.** Menopause 1994; 1:39-48.

WASTI, A.; R.S.C. et al; **Characteristics of menopause in three socioeconomic urban groups in Karachi, Pakistan.** Maturitas 1993; 16:61-9.

WILD, R.A.; E.L.T.; A.K.; **The gynecologist and prevention of cardiovascular disease.** *Am J Obst Gynecol*, v.172, p.1–13, 1995.

ZAHAR, S.E.V et al. **Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal.** Revista da Associação Médica Brasileira, v.51, n.3, p.133-8, 2005

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**(Baseado na Resolução N 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 FACULDADE DE MEDICINA

Prezada Sra.:

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada de “Aspectos clínicos e epidemiológicos de mulheres atendidas no ambulatório de climatério em unidade de referência”. Esta pesquisa está sendo realizada por docentes e discentes do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, como tese de conclusão de curso, e tem como objetivo determinar o perfil epidemiológico das mulheres atendidas no ambulatório de climatério do Hospital Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, assim como avaliar aspectos clínicos referentes ao período do climatério, comparando os resultados obtidos com aqueles verificados em outros acerca do mesmo tema.

Sua participação é muito importante e consistirá em responder perguntas realizadas pelos entrevistadores, contidas em um questionário. Os riscos que poderão ocorrer para os participantes da pesquisa são de natureza moral no caso de suas identidades serem reveladas e divulgadas. Com o intuito de evitar tal situação a identificação será realizada com as letras iniciais do nome. Os dados serão analisados em conjunto, guardando assim o sigilo absoluto das informações pessoais. Sua participação é voluntária, não havendo pagamento pela mesma, podendo recusar a responder qualquer pergunta do questionário, lhe sendo garantida a liberdade da retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este projeto trará como benefício para os participantes o maior entendimento a respeito do climatério, assim como a possibilidade destas informações serem aproveitadas para um melhor abordagem em termos de saúde pública.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, ao qual será feita a divulgação para os entrevistados, o meio acadêmico e científico.

**Nara Macêdo Botelho**

Profª Dra. da disciplina Saúde da Mulher I-II / ICS/UFPa.  
 End. Pça. Camilo Salgado s/n (Fone: 32016844)  
 (Pesquisador responsável)

CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

---

Assinatura do entrevistado

## **APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO**

### **1. Dados Pessoais**

- 1.1) Nome: ..... Número do Prontuário: .....
- 1.2) Data de nascimento: ..... Idade: .....
- 1.3) Idade com a qual realizou primeira consulta no ambulatório de climatério: .....
- 1.4) Endereço: .....
- 1.5) Telefone: ..... Procedência: .....
- 1.6) Estado Conjugal: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União Estável ( ) Divorciada ( )  
Viúva
- 1.7) Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Outra: .....
- 1.8) Nível de escolaridade: ( ) Analfabeta ( ) Ensino Médio  
( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Superior
- 1.9) Profissão Atual: .....

### **2. Anamnese**

- 2.1) Número de Gestações, Partos (Tipo) e Abortos: G.....P.....A.....
- 2.2) Idade da menarca: ..... Idade da coitarca: ..... Idade da menopausa: .....
- 2.3) Mantém relação sexual? ( ) Sim ( ) Não
- 2.3.1) Houve mudança após a menopausa? ( ) Sim ( ) Não
- 2.3.2) Se positivo, qual mudança? .....
- 2.4) Motivo da menopausa: ( ) Espontânea ( ) Induzida por cirurgia
- 2.4.1) Se menopausa induzida por cirurgia, qual tipo de procedimento?  
( ) Histerectomia ( ) Histerectomia + Ooforectomia
- 2.4.2) Qual foi o motivo da cirurgia? .....
- 2.5) Realiza Terapia de Reposição Hormonal? ( ) Sim ( ) Não
- 2.5.1) Se positivo, por qual motivo? .....
- 2.5.2) Qual medicação? .....
- 2.5.3) Há quanto tempo? .....
- 2.5.4) Há efeito colateral? ( ) Sim ( ) Não
- 2.5.5) Qual efeito colateral? .....
- 2.5.6) Já realizou troca de medicação? ( ) Sim ( ) Não
- 2.6) Já realizou mamografia? ( ) Sim ( ) Não
- 2.6.1) Data do último exame: .....

- 2.6.2) Classificação Bi-Rads mama direita: .....
- 2.6.3) Classificação Bi-Rads mama esquerda: .....
- 2.6.2) Periodicidade de realização do exame: .....
- 2.7) Já realizou colpocitologia oncótica? ( ) Sim ( ) Não
- 2.7.1) Data do último exame:.....
- 2.7.2) Resultado: .....
- 2.7.3) Periodicidade de realização do exame: .....
- 2.8) Já realizou densitometria óssea? ( ) Sim ( ) Não
- 2.8.1) Data do último exame: .....
- 2.8.2) Resultado: .....
- 2.9) Já realizou Ultrassom transvaginal? ( ) Sim ( ) Não
- 2.9.1) Data do último exame: .....
- 2.9.2) Resultado: .....
- 2.10) Patologias associadas: .....
- 2.11) Medicamentos em uso: .....
- 2.12) Quantidade de refeições diárias: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ou mais
- 2.13) Prática de atividades físicas:
- ( ) Sim. Qual: ..... Quantos dias na semana: .....
- ( ) Não.
- 2.14) Tabagista ( )Sim ( )Não
- 2.14.1) Caso positivo, há quanto tempo? .....
- 2.14.2) Quantos cigarros por dia? .....
- 2.15) Etilista ( )Sim ( )Não
- 2.15.1) Caso positivo, há quanto tempo? .....
- 2.15.1) Quantas vezes por semana? .....