

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

Geraldo Edson Souza Guerra Júnior

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Montes Claros, MG.

2017

Geraldo Edson Souza Guerra Júnior

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS ASSISTIDAS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Araújo Veloso

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Josiane Santos Brant Rocha

Montes Claros, MG.

2017

G934q

Guerra Júnior, Geraldo Edson Souza.

Qualidade de vida em mulheres climatéricas assistidas pela Estratégia Saúde da Família [manuscrito] / Geraldo Edson Souza Guerra Júnior. – 2017.

92 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2017.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Araújo Veloso.

Coorientadora: Profa. Dra. Josiane Santos Brant Rocha.

1. Climatério. 2. Qualidade de vida. 3. MENQOL (*Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire*). 4. Saúde da Mulher. I. Veloso, Daniela Araújo. II. Rocha, Josiane Santos Brant. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Ensino: Professor João Felício Rodrigues Neto

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Virgílio Mesquita Gomes

Pró-reitor adjunto de Pesquisa: Professor Antônio Dimas Cardoso

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dário Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós-Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Pró-reitoria Adjunta Pós-graduação: Professora Juliane Leite Ferreira

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-Sensu: Professora Maria de Fátima Rocha Maia

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenador Adjunto: Professora Simone Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: GERALDO EDSON SOUZA GUERRA JÚNIOR

TÍTULO DO TRABALHO: "QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS ASSISTIDAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA"

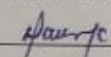
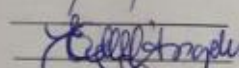

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROFª DRª DANIELA ARAÚJO VELOSO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)
PROFª. DRª. JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA (COORIENTADORA)
PROF. DR. CARLOS EDUARDO MENDES D'ANGELIS
PROF. DR.. LUIS ANTÔNIO NOGUEIRA DOS SANTOS

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. EDUARDO GONÇALVES
PROFª DRª LUCINÉIA DE PINHO

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br/mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br>

Dedico este trabalho a Deus, meus pais, minha esposa, meu filho Matheus, meus irmãos, minha família e amigos por todo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

- Deus por sempre me conduzir no melhor caminho.
- A meus pais Geraldo e Fafá pelo amor, incentivo e por sempre serem meu porto seguro.
- À minha esposa Kelma por incentivar e apoiar em todos os momentos deste trabalho e por presentear me com nosso filho Matheus.
- À minha família, em especial a meus irmãos Frederico, Felipe e Fabrício e meu sobrinho Arthur e minhas cunhadas, por torcerem e incentivarem para que pudesse realizar este sonho.
- À minha orientadora, amiga e conselheira, Prof^a. Doutora Daniela Veloso, pela dedicação com que realiza cada um de seus trabalhos e pelo modo especial que trata cada um de seus alunos. Muito obrigado pelos ensinamentos, pela dedicação e pela paciência em mostrar os caminhos certos para conclusão deste trabalho.
- À co-orientadora Prof^a. Doutora Josiane Santos Brant, pela generosidade em disponibilizar a oportunidade de participar deste seu projeto, meu muito obrigado.
- Ao coordenador do curso Prof^o. Doutor Antônio Prates Caldeira, pelos valorosos ensinamentos, disponibilidade e total colaboração.
- Às Faculdades Integradas Pitágoras em nome da Professora Fátima Turano pela oportunidade de crescimento através desta turma de mestrado.
- As Professoras Doutoras Maria do Carmo e Luiza Rossi pela contribuição na minha qualificação e aos Professores Cadu e Luís Antônio pela contribuição na minha defesa.
- Aos colegas e professores do Mestrado em Cuidado Primário em Saúde, pelo ótimo convívio, por todo conhecimento e experiências compartilhados.
- Aos colegas de trabalho no Núcleo de Atenção a Saúde e de Práticas Profissionalizantes (NASPP) e do Laboratório da Santa Casa pelo apoio e incentivo.

“Escolha um trabalho que você ama e você nunca terá que trabalhar um dia sequer na vida”
Confúcio

RESUMO

Este estudo avaliou a qualidade de vida de mulheres climatéricas e fatores associados, através de abordagem quantitativa, transversal e analítica por amostragem probabilística. Variáveis foram investigadas por questionários estruturados/pré-testados e pelo MENQOL (*Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire*), em 849 mulheres. Utilizou-se estatística descritiva com frequências absolutas, relativas, médias e desvios-padrão. As médias dos escores dos domínios do MENQOL (Vasomotor, Psicossocial, Físico e Sexual) foram comparadas pelos testes de MannWhitney e Kruskal-Wallis, segundo características sociodemográficas e clínicas da amostra. Variáveis associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada seguiram para regressão linear múltipla ($p < 0,05$). Revelaram-se preditoras de intensidades mais elevadas no domínio vasomotor, mulheres com intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC elevado ($p = 0,006$) alterações no sono ($p = 0,022$) e pós-menopáusicas ($p < 0,001$). No domínio psicossocial, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$). No domínio físico, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC elevado ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$). Para o subdomínio sexual, mantiveram-se associadas a intensa sintomatologia climatérica ($p < 0,001$), alterações no sono ($p < 0,001$) e pós-menopausa ($p < 0,001$). Intensa sintomatologia climatérica, baixa qualidade do sono, elevado IMC e pós-menopausa foram os fatores mais associados ao comprometimento da qualidade de vida. Com o aumento da expectativa de vida, maior será a exposição das mulheres às consequências do climatério. Informar e educar sobre essa questão é essencial para sua saúde e melhoria dos indicadores de qualidade de vida.

Palavras-chave: Climatério. Qualidade de Vida. MENQOL. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study evaluated the quality of life of climacteric women and associated factors, through a quantitative, transversal and analytical approach by probabilistic sampling. Variables were investigated by structured / pre-tested questionnaire and MENQOL (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire) in 849 women. Descriptive statistics were used with absolute, relative, mean and standard deviation frequencies. Mean scores of the MENQOL (Vasomotor, Psychosocial, Physical and Sexual) domains were compared by the MannWhitney and Kruskal-Wallis tests, according to sociodemographic and clinical characteristics of the sample. Variables associated up to the level of 20% ($p < 0.20$) in the bivariate analysis followed for multiple linear regression ($p < 0.05$). Women with intense climacteric symptoms ($p < 0.001$), high BMI ($p = 0.006$) sleep disturbances ($p = 0.022$) and in postmenopausal stage ($p < 0.001$) were found to be predictors of severe intensities in the vasomotor domain. In the psychosocial domain, intense climacteric symptoms ($p < 0.001$) and sleep disturbances ($p < 0.001$). In the physical domain, intense climacteric symptoms ($p < 0.001$), high BMI ($p < 0.001$) and sleep disturbances ($p < 0.001$). For the sexual subdomain, intense climacteric symptoms ($p < 0.001$), sleep disturbances ($p < 0.001$) and postmenopausal stage ($p < 0.001$). Intense climacteric symptomatology, poor sleep quality, high BMI and postmenopause stage were the factors most associated with quality of life impairment. With the increase in life expectancy, a greater exposure of women to the consequences of the climacteric is expected. Informing and educating about this issue is essential for their health and for improving quality of life indicators.

Keywords: Climacteric. Quality of Life. MENQOL. Women's Health.

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela (Artigo)	1	Características demográficas e socioeconômicas de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família; 2015	40
Tabela (Artigo)	2	Características relacionadas aos hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família; 2015	41
Tabela (Artigo)	3	Característica demográficas e socioeconômicas de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família segundo domínios do MENQOL; 2015	43
Tabela (Artigo)	4	Hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família segundo domínios do MENQOL;2015.....	44
Tabela (Artigo)	5	Regressão linear segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas em relação aos domínios do MENQOL	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ESF	Estratégia Saúde da Família
<i>et al.</i>	E colaboradores
ERF	Escore de Risco Global de Framingham
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GCS	<i>Greene Climacteric Scale</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
ICIQ-SF	<i>Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form</i>
IPAQ	<i>Internacional Physical Activity Questionnaire</i>
IQSP	Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh
IMC	Índice de massa corporal
Kg	Quilograma
MENQOL	<i>Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire</i>
MG	Minas Gerais
MLS	<i>Menopausal Symptoms List</i>
MRS	<i>Menopausal Rating Scale</i>
MQOL	<i>Menopausal Quality of Life Scale</i>
P/E^2	Peso corporal pela altura ao quadrado
OMS	Organização Mundial da Saúde
QSM	Questionário Saúde da Mulher
QV	Qualidade de Vida
QVLS	Qualidade de Vida Ligada a Saúde
RCQ	Relação cintura quadril
RP	Razões de prevalências
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SM	Síndrome Metabólica

SOBRAC	Sociedade Brasileira do Climatério
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVM	Sintomas Vasomotores
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>
WHQ	<i>Women's Health Questionnaire</i>
UQOL	<i>Utian Menopause Quality of Life Scale</i>

SUMÁRIO

	Pág.
1. INTRODUÇÃO/REVISÃO DA LITERATURA	13
1.1 Estrutura etária brasileira.....	13
1.2 Climatério	13
1.3 Repercussões hormonais do climatério	14
1.4 Qualidade de vida	15
1.5 Qualidade de vida em Saúde	16
1.6 Avaliação da qualidade de vida	17
1.7 Instrumentos para avaliação da qualidade de vida no climatério - MENQOL	18
1.8 Lacuna do conhecimento, justificativa, cenário e objeto de estudo	20
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3. MÉTODOS.....	22
3.1 Tipo/Delineamento do estudo.....	22
3.2 Local do estudo.....	22
3.3 Estratégia Saúde da Família	22
3.4 População	23
3.5 Amostragem	23
3.6 Estudo piloto.....	24
3.7 Instrumentos e procedimentos	24
3.7.1 Avaliação demográfica	24
3.7.2 Avaliação socioeconômica	25
3.7.3 Avaliação das condições clínicas, hábitos de vida e cuidados de saúde	25
3.8 Procedimentos estatísticos	28
3.9 Aspectos éticos	28
4. PRODUTO	29
4.1 Artigo - Cadernos de Saúde Pública: Qualidade de vida em mulheres climatéricas assistidas por equipes da Atenção Primária à Saúde	30

4.2 Resumo expandido - Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão FEPEG: Qualidade de vida em mulheres climatéricas no Brasil	50
5. CONCLUSÕES	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	64
ANEXOS	70

1. INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Estrutura etária brasileira

O Brasil vivencia profunda mudança em sua estrutura etária, cujas principais características apontam para o envelhecimento populacional com acentuado aumento do número de mulheres, configurando grandes desafios para o setor de saúde brasileiro (PEREIRA, 2009; PEREIRA *et al.*, 2012).

Entre 1960 e 2010 observou-se que o número de pessoas com mais de 60 anos saltou de três para 18 milhões, consubstanciando um aumento de 600% em meio século. Revela-se, pois, uma nova estrutura etária populacional, caracterizada por elevado número de indivíduos adultos, deixando de ser predominantemente jovem para um progressivo processo de envelhecimento (WONG; CARVALHO, 2005; NASRI, 2008; ALVES; CAVENAGHI, 2012; DOLL; RAMOS; BUAES, 2015).

Em 2010, o número de mulheres na população brasileira era de 97.348.809, dentre as quais 33.101.991 (34%) estavam na faixa etária compreendida entre 35 e 65 anos, período em que ocorre o climatério (IBGE, 2010; PEREIRA; LIMA, 2015). Para 2025, dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 81 anos e de 78 anos nos países em desenvolvimento, o que poderá repercutir no aumento da população de mulheres climatéricas (WHO, 1998; PEREIRA; LIMA, 2015). Considerando essa perspectiva, nos próximos anos, um aumento na procura dos serviços de saúde por essa população é esperado, tendo com queixas principais os sintomas advindos dessa fase, fazendo das mulheres climatéricas as principais usuárias dos serviços públicos de saúde (BERLEZI *et al.*, 2013).

1.2 O Climatério

Climatério, do grego *Klimater*, significa ponto crítico e representa o período transitório da vida reprodutiva para a não reprodutiva da mulher. Trata-se de um processo fisiológico que se inicia a partir da quarta década de vida e finaliza com a senilidade, em torno dos 65 anos (POLISSENI *et al.*, 2009; HOFFMANN *et al.*, 2015).

Por compreender um intervalo de tempo entre os ciclos ovulatórios potencialmente férteis para um período de falência ovariana, a chegada da menopausa é a comprovação da redução da secreção de estradiol, causando o fim do ciclo menstrual e das noções de fertilidade. (ALDRIGHI *et al.*, 2002; DE LORENZI *et al.*, 2009; SPEZZIA; CALVOSO JÚNIOR, 2013).

Dessa forma, temporalmente, o climatério inicia-se em torno dos 35 anos e se estende até cerca de 65 anos, podendo ainda ser dividido em três fases decanuais: inicial, dos 35 aos 45 anos; intermediária, dos 46 aos 55 anos; e tardia, dos 56 aos 65 anos (NOTELOVITZ, 1988; VALENÇA; NASCIMENTO-FILHO; GERMANO, 2010). A Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC, 2013) divide o período em fases pré, peri e pós-menopausal, sendo a pré-menopausa iniciada após os 40 anos, com diminuição da fertilidade, mas mantendo um padrão menstrual similar ao da fase reprodutiva; a perimenopausa referindo-se à fase que demarca o fim da vida reprodutiva feminina (SILVA *et al.*, 2015), sendo próxima da menopausa, com alterações hormonais mais intensas e com ciclos menstruais variando de irregulares a normais (SOBRAC, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015). A seguir inicia-se a pós-menopausa, que é subdividida em precoce, com intervalo de até cinco anos da última menstruação, ou tardia, quando superior a cinco anos (NAMS, 2010). Todavia, faz-se importante ressaltar que tratamentos médicos como cirurgias, quimioterapias ou radioterapias podem causar redução dos níveis de hormônios ovarianos, e assim constituir um estado de climatério e até de menopausa induzidos (NAMS, 2006).

Assim, o climatério é uma fase de transição natural da vida da mulher em sua longevidade, não se constituindo como doença ou transtorno (WHO, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008 A ; NASRI, 2008).

1.3 Repercussões hormonais do climatério

Algumas sociedades científicas consideram o climatério uma etapa vulnerável às desordens endócrinas (FEBRASGO, 2004; WEISS *et al.*, 2004; SBC/SBH/SBN, 2006), uma vez que a falência ovariana comum dessa fase repercute no declínio da produção do hormônio estrogênico. A baixa do estradiol tem sido associada à desorganização de diversos ritmos funcionais orgânicos e, com isso, pode acarretar além de um desequilíbrio hormonal, também um desequilíbrio no conjunto de fatores biopsicossociais (CARDOSO; CAMARGO, 2015).

Como o estradiol (estrógeno) participa de vários processos biológicos, sua redução implica em alterações cardiovasculares, cerebrais, cutâneas, geniturinárias, ósseas e vasomotoras, além de mudanças de humor e apetite (CONTE *et al.*, 2014). Os sintomas mais prevalentes são a sudorese noturna, ondas de calor, secura vaginal, flacidez muscular do assoalho pélvico, dispareunia e insônia (SPEZZIA; CALVOSO JÚNIOR, 2013; SASSOON *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015;). Os relatos de ansiedade e depressão demonstram ainda alterações da atividade neurotransmissora como possíveis reflexos da diminuição dos níveis hormonais (DE LORENZI *et al.*, 2005; CABRAL *et al.*, 2012). Durante o climatério há uma redistribuição corporal de gordura, com tendência a depositar em vísceras intra-abdominais (GARAULET *et al.*, 2006; CEYLAN; ÖZERDOĞAN 2014).

Dessa forma, a experiência climatérica é peculiar a cada mulher e influenciada por fatores hereditários, sociodemográficos, culturais e estilo de vida. Ainda, além do advento do climatério, a maioria das mulheres experimenta mudanças físicas e biopsíquicas naturais ao processo de envelhecimento do organismo (SOM; ROY; RAY,2014; MARQUES *et al.*, 2015), com repercussões diversas, dentre elas o comprometimento da manutenção das características funcionais dos órgãos sexuais femininos (BARACHO, 2007).

O climatério também pode ser analisado como resultado de um processo pessoal, abrangendo o indivíduo e sua integralidade, com mudanças gradativas ocorrendo frente à influência de variáveis orgânicas, contexto sociocultural e experiências vivenciadas (VALENÇA; NASCIMENTO-FILHO; GERMANO, 2010). Dessa forma, salienta-se o impacto desse período na qualidade de vida feminina, sendo este aspecto apontado na literatura especializada, como de grande relevância social e científica (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SOM; ROY; RAY,2014), além de que, identificar os indivíduos que mais sofrem com tais repercussões é uma meta dos profissionais da saúde (CASTELO-BRANCO; BLUMEL; CHEDRAUI, 2006).

1.4 Qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) e a busca por sua melhoria são uma procura incessante do ser humano, sendo características da espécie a eterna necessidade de querer viver bem, de vislumbrar meios de melhorar o cotidiano e de tentar superar condições adversas (MOREIRA, 2000).

O termo qualidade de vida surge antes de Aristóteles, associado a palavras como “felicidade” e “virtude”, as quais, quando alcançadas, proporcionariam ao indivíduo “boa vida” (BECK *et al.*, 1999). Nos Estados Unidos da América, começou-se a falar em qualidade de vida no pós-guerra, para descrever o efeito do poder aquisitivo sobre a vida das pessoas. Todavia, o termo foi subsequentemente ampliado para incluir educação, saúde, crescimento econômico e industrial (ORTIZ; PUEYREDON, 2000; PEREIRA *et al.*, 2006).

Nesse contexto, qualidade de vida tornou-se um conceito discutido em áreas do conhecimento tais como Sociologia, Economia, Psicologia, Saúde, Política e Educação, assumindo em cada um desses campos uma dimensão específica. (GAIVA, 1998). Para Minayo *et al.*, (2000), trata-se de uma noção humana que contempla muitos significados e refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Esses significados podem dizer do momento histórico, da classe social e da cultura dos indivíduos. Segundo Diniz e Schor (2006), no domínio da produção técnica destacam-se três âmbitos complementares que são essenciais para a compreensão e análise da Qualidade de Vida: 1 - aspectos materiais (habitação, abastecimento de água e sistema de saúde) e imateriais (ligados ao ambiente, ao patrimônio cultural); 2 - aspectos individuais (condição econômica pessoal e familiar) e coletivos (serviços básicos e públicos); 3 - aspectos objetivos (indicadores sociais) e subjetivos (percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre Qualidade de Vida) (SEILD; ZANNON, 2004).

A OMS (1994) define Qualidade de Vida como a percepção que uma pessoa tem de sua vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive em relação às suas metas, expectativas, padrões e interesses (FLECK *et al.*, 2000; PANDEY *et al.*, 2005).

1.5 Qualidade de vida em saúde

Duas tendências quanto à conceituação do termo qualidade de vida na área da saúde são reconhecidas: 1 - um conceito mais genérico; 2 - uma expressão de Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS), traduzida da expressão *Health-Related Quality of Life* (HRQoL) (SEIDL; ZANNON, 2004).

No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma aceção mais abrangente, sem referências a disfunções ou agravos, em consonância à conceituação da OMS, que também ampliou seu

conceito de saúde para “um estado de completo bem-estar físico mental e social” (UCHOA *et al.*, 2002; MIRHAGHJOU *et al.*, 2016), não se restringindo apenas à ausência de doenças e enfermidades. Por outro lado, o termo QVLS parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, organizando a percepção da saúde em quatro dimensões: a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. (WHOQOL Group, 1995).

A partir desses conceitos consolidam-se dois aspectos relevantes sobre qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade. O primeiro refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social, ou seja, considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida (WHOQOL Group, 1995). Já a multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes facetas, incluindo o relacionamento com a família, a própria saúde, a saúde de pessoas próximas, as questões financeiras, a moradia, a independência, a religião, a vida social e as atividades de lazer (SEIDL; ZANNON, 2004; PANZINI *et al.*, 2007). Dessa forma, avaliar a QV implica considerar a interação de vários critérios de natureza biológica, psicológica e social.

Nas últimas décadas, o interesse em avaliar qualidade de vida torna-se imperativo e se deve, em parte, aos novos paradigmas que influenciam as políticas e as práticas do setor. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, envolvendo aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. Graças a essas mudanças, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (SEIDL; ZANNON, 2004; MIRHAGHJOU *et al.*, 2016)

1.6 Avaliação da qualidade de vida

Uma importante medida sobre o impacto das doenças crônicas, a avaliação da qualidade de vida oportuniza conhecer as necessidades da população, avaliar serviços sanitários, otimizar

recursos e oferecer ao cliente a possibilidade de reforçar seu papel na relação médico-cliente. Além disso, pode ser usada como medida de desfecho em ensaios clínicos e como um dos componentes da análise de custo/utilidade, a qual deriva de teorias econômicas e de análise de decisão, refletindo a preferência dos pacientes por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção (RODRIGUES NETO; FERREIRA, 2003).

Por ser difícil conceituar qualidade de vida, é também difícil medi-la, uma vez que tanto o conceito quanto o desfecho podem sofrer influências de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de percepções pessoais. A qualidade de vida da população, portanto, pode ser medida sob o âmbito individual e coletivo. Na avaliação do aspecto individual são utilizadas medidas que priorizem a subjetividade, considerando que o estado de satisfação ou insatisfação são experiências pessoais (GAIVA, 1998).

Por essa razão, a necessidade de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico, em culturas diversas, para a criação simultânea do WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life*), um instrumento constituído por cem perguntas referentes a seis domínios e divididos em vinte e quatro facetas específicas, com quatro perguntas para cada faceta. Além das vinte e quatro facetas específicas, uma 25ª faceta composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida completa o formulário (FLECK, 2000).

Para Rodrigues Neto e Ferreira (2000), os instrumentos utilizados na medida de qualidade de vida devem, portanto, apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade a mudanças, sendo reprodutibilidade a medida de consistência dos resultados quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares; validade é a propriedade do instrumento em medir o que realmente se pretende medir; e sensibilidade a mudanças sendo definida como a habilidade da escala de registrar alterações devido a tratamento ou mudanças associadas a história natural da doença.

1.7 Instrumentos para a avaliação da qualidade de vida no Climatério - MENQOL

Segundo Zollner, Acquadro e Schaefer (2005), nove principais instrumentos de avaliação de qualidade de vida da mulher climatérica têm sido utilizados em trabalhos científicos, a saber:

Greene Climacteric Scale (GCS), Qualifemme, Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), Menopausal Rating Scale (MRS), Menopausal Symptoms List (MSL), Menopausal Quality of Life Scale (MQOL), Utian Menopause Quality of Life Scale (UQOL), Women's Health Questionnaire (WHQ) e Questionário da Saúde da Mulher (QSM). Todos variando em quantidade e qualidade de domínios que abrangem desde questões relativas a aspectos psicossociais, somáticos, vasomotores, urogenitais e sexuais, até questões relativas à cognição, sono, apetite, ocupação e qualidade de vida geral.

A presente pesquisa utiliza como instrumento de coleta de dados o Questionário de Qualidade de Vida da Menopausa (MENQOL), uma ferramenta desenvolvida em 1996 para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde no período pós-menopausal imediato (RADTKE; TERHORST; COHEN, 2011).

Entende-se que o MENQOL promove melhorias nos vários instrumentos pré-existentes utilizados para avaliar o impacto dos sintomas da menopausa na qualidade de vida, incluindo o Índice Kupperman e a Escala Geral de Bem-Estar, das seguintes maneiras: 1) especificidade da condição da menopausa; 2) desenvolvimento de itens com base nos próprios relatos (qualitativos e quantitativos) das mulheres sobre seus sintomas da menopausa; 3) inclusão de todos os domínios pertinentes à experiência menopausal, incluindo sintomas sexuais; 4) demonstração de confiabilidade e validade (HILDITCH *et al.*, 1996).

O MENQOL é auto-administrado e consiste de um total de 29 itens em formato de escala Likert. Cada item avalia o impacto de um dos quatro domínios dos sintomas da menopausa, como experimentado no último mês: vasomotor (itens 1-3), psicossocial (itens 4-10), físico (itens 11-26) e sexual (itens 27 -29). Os itens pertencentes a um sintoma específico são classificados como presentes ou não presentes, e se presente, quão incômodo é em uma escala de zero (não incômodo) a seis (extremamente incômodo) (HILDITCH *et al.*, 1996; LEWIS, HILDITCH, WONG, 2005). As médias são calculadas para cada sub-escala, dividindo a soma do itens do domínio pelo número de itens nesse domínio. O não endosso de um item é marcado como "1" e o endosso como "2" mais o número da classificação específica, de modo que a pontuação possível em qualquer item varia de "1" a "8" (RADTKE; TERHORST; COHEN, 2011).

1.8 Lacuna do conhecimento, justificativa, cenário e objeto de estudo

Juntamente com o crescente prolongamento da expectativa de vida, o período da menopausa também está aumentando. Assegurar que mulheres nessa fase preservem sua qualidade de vida torna-se possível através da divulgação dos problemas que experimentam. Embora existam muitos estudos que avaliam a qualidade de vida em diferentes grupos, estudos relacionados à transição menopausal são limitados e os fatores associados à perda da qualidade de vida no climatério ainda não são completamente compreendidos.

Diante do exposto, o climatério merece atenção crescente da sociedade (BOULET, 1994), sendo fundamental que as mulheres climatéricas sejam acompanhadas sistematicamente visando a promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e à prevenção de danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b; MAIA; GUILHERME; LUCCHESI, 2010).

A Estratégia Saúde da Família – ESF constitui-se importante mecanismo para propiciar uma assistência adequada à saúde da mulher na fase do climatério visto que se trata de um modelo de atenção criado pelo Sistema Único de Saúde – SUS com o foco prioritário de desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com cobertura populacional de 63,6% (BRASIL, 2015). Por ser porta de entrada do SUS, é na ESF que a mulher climatérica recebe os principais cuidados à sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b).

Em razão das lacunas identificadas na literatura, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas na Estratégia Saúde da Família e fatores associados. Deseja-se que os resultados deste estudo possam permitir aos gestores e profissionais de saúde, em especial aos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma reavaliação da rede de atenção à saúde da mulher nessa fase. Nesse sentido, dada a escassez de estudos representativos da população brasileira no que tange às doenças crônicas e aos agravos não transmissíveis, os achados deste trabalho podem constituir possíveis referências para novos estudos que venham a ser conduzidos em outros contextos econômicos e sociais, a fim de provocar mudanças individuais e coletivas para a melhoria do atendimento na atenção primária em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas na Estratégia Saúde da Família e fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar aspectos sociodemográficos, hábitos de vida, composição corporal, aspectos clínicos e presença de morbidades na amostra populacional em estudo.
- Identificar fatores associados à qualidade de vida.
- Associar qualidade de vida e as diferentes fases do climatério.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo/Delineamento do Estudo

Tratou-se de estudo quantitativo, analítico, com desenho transversal e realizado no município de Montes Claros/MG, no período compreendido entre agosto de 2014 e agosto de 2015.

3.2 Local do Estudo

No cenário de diversidade do estado de Minas Gerais, a região Norte individualiza-se tanto pelos seus aspectos fisiográficos (zona de transição cerrado/caatinga) como pelos seus baixos indicadores socioeconômicos, sendo Montes Claros o único município com população superior a 100 mil habitantes.

O recenseamento IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) estimou uma população residente em Montes Claros de cerca de 394.350 habitantes no ano de 2015. Em 2010, as mulheres correspondiam a 52% da população total. Dentre estas, 61.500 estavam na faixa etária entre 35 a 65 anos de idade.

3.3 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é formada por equipes que prestam atendimento familiar para prevenção de doenças e promoção da qualidade de vida. As equipes realizam o cadastramento da população adstrita, abrangência territorial, desenvolvem ações educativas e preventivas e prestam atenção primária à saúde nas próprias unidades da ESF ou em domicílio, quando necessário. Além de uma equipe de profissionais de saúde, cada estratégia é composta de grupos de agentes comunitários de saúde que, pelo menos uma vez por mês, visitam os domicílios realizando o mapeamento da região coberta por cada unidade da ESF. No município de Montes Claros, na ocasião de coleta de dados, estavam implementadas 73 unidades de ESF distribuídas entre as zonas urbana e rural.

3.4 População

A população alvo foi composta por 30.018 mulheres climatéricas cadastradas nas 73 unidades da ESF de Montes Claros/MG.

3.4.1 Critérios de inclusão

- Estar cadastrada em uma das unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros-MG.
- Possuir entre 40 e 65 anos.

3.4.2 Critérios de exclusão

- Não se apresentar para a coleta de dados após três tentativas;
- Estar gestante e/ou puérpera e/ou acamada.

3.5 Amostragem

A amostragem foi probabilística e os sujeitos que atenderam aos pré-requisitos de participação foram selecionados considerando-se os critérios de inclusão e exclusão. A seleção se deu mediante sorteio, seguindo um plano amostral em dois estágios: 1º estágio: por conglomerado (30 unidades da ESF); 2º estágio: aleatório simples estratificado de acordo com o período do climatério (pré – 40 a 45 anos, peri – 46 a 51 anos e pós menopausa – 52 a 65 anos) entre as mulheres cadastradas dentro da respectiva unidade da ESF sorteada.

Nos casos em que as mulheres sorteadas não foram encontradas, foram realizados novos sorteios até completar a cota de mulheres, por amostragem probabilística, proporcional a cada unidade da ESF.

No processo de amostragem, o tamanho amostral foi calculado para um nível de confiança de 95%. Ao final, obtiveram-se, como amostra do estudo, 849 mulheres cadastradas na ESF. Para incorporar a estrutura do plano amostral complexo na análise estatística dos dados, cada

entrevistada foi associada a um peso (w), que correspondeu ao inverso de sua probabilidade de inclusão na amostra (f) (SZWARCOWALD; DAMACENA, 2008).

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Figura 1: Fórmula para cálculo da amostra

Fonte: Adaptado de Miot (2011)

- n = Número de indivíduos na amostra
- $Z_{\alpha/2}$ = Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.
- p = Proporção populacional de indivíduos que pertencem à categoria de interesse.
- q = Proporção populacional de indivíduos que NÃO pertencem à categoria de interesse ($q = 1 - p$).
- E = Margem de erro ou “erro máximo de estimativa”. Identifica a diferença máxima entre a “proporção amostral” e a verdadeira “proporção populacional” (p).

3.6 Estudo Piloto

Após o treinamento dos entrevistadores e antes da coleta de dados propriamente dita, conduziu-se um estudo piloto em uma unidade da ESF, com mulheres pertencentes ao grupo etário estudado e que não fizeram parte da amostra final. O estudo piloto permitiu que fossem testados na prática o questionário e o desempenho dos entrevistadores. Após essa fase, a pesquisa de campo foi iniciada. Ajustes no instrumento de coleta de dados não foram necessários.

3.7 Instrumentos e Procedimentos

O tipo de unidade de saúde da família, urbana ou rural, foi estabelecido de acordo com a informação da Secretaria Municipal de Saúde.

3.7.1 Avaliação demográfica

As características demográficas abrangeram as seguintes informações: idade, cor da pele situação conjugal e religião.

A investigação da idade foi feita por meio da pesquisa do mês e ano de nascimento, confirmados por um documento. O cálculo foi referente à data da pesquisa, sendo as respostas posteriormente agrupadas em faixas etárias: 40 a 45; 46 a 51; 52 a 65.

Sobre a situação conjugal, foi considerada como solteira, casada/união estável, divorciada e viúva (IBGE, 2012). A cor da pele foi obtida por autodeclaração: branca, preta, parda e outras (IBGE, 2012). Dados sobre religião também foram obtidos por autodeclaração e as respostas foram agrupadas em Católica, Evangélica e Outras/sem informação.

3.7.2 Avaliação socioeconômica

As características socioeconômicas contemplaram informações sobre escolaridade, trabalho remunerado e renda familiar.

Para caracterizar a escolaridade, foi considerada como alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Foi investigado o nível ou grau do ensino concluído do curso mais elevado que frequentou. A correspondência foi feita de tal forma que cada série correspondeu a um ano de estudo (IBGE, 2012) e após foi categorizado em quatro classes: Fundamental I; Fundamental II; Médio/superior; Sem informação.

Foi definido como trabalho, função remunerada exercida pela investigada (sim ou não) (BRASIL, 2015). Foi perguntada a remuneração mensal bruta recebida pela mulher e classificada em quantidade de salários mínimos (salário vigente na época da pesquisa = R\$ 724,00 - setecentos e vinte e quatro reais). Para a análise estatística, as repostas foram agrupadas em duas categorias: Acima de 1 salário mínimo; Abaixo de 1 salário mínimo.

3.7.3 Avaliação das condições clínicas, hábitos de vida e cuidados de saúde

Para a categorização das fases do climatério foram classificadas como em pré-menopausa as mulheres com ciclo menstrual regular (de 28 a 28 dias, 29 a 29 dias), em peri-menopausa as

com ciclo menstrual irregular variando de 2 a 11 meses e em pós-menopausa as com ciclo menstrual interrompido a mais de 12 meses (SOBRAC, 2013).

Informações relativas à sintomatologia climatérica foram obtidas por meio do índice de Kupperman (KUPPERMAN *et al.*, 1953); instrumento adaptado, validado e amplamente utilizado com propósitos de pesquisa e em prática clínica, para monitorização de efeitos dos tratamentos instituídos no climatério (SILVEIRA *et al.*, 2007). As respostas seguem a seguinte escala de escores: 0 (sem sintomas); 1 (sintomas leves); 2 (sintomas moderados) e 3 (sintomas intensos). Para o cálculo do escore total, os sintomas pesquisados apresentam pesos diferenciados, nos quais as ondas de calor (fogachos) assumem maior relevância (peso 4), parestesia, insônia e nervosismo um valor intermediário (peso 2) e os demais sintomas, como tristeza, vertigens, fraqueza, artralgia/ mialgia, cefaleia, palpitação e formigamento têm peso 1 (um). Multiplicando a intensidade do sintoma pelo respectivo fator de conversão e, em seguida, fazendo a soma dos resultados obtidos, alcança-se uma pontuação capaz de classificar a síndrome climatérica em leve, moderada, intensa e sem informação.

A mensuração da estatura ocorreu com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés com a mulher na devida posição para avaliação deste dado; do peso (kg) usando balança portátil SECA OMEGA 870 digital e do Índice de Massa Corporal - IMC pelo produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/E^2) (WHO, 2000). Os resultados do IMC foram classificados, segundo os critérios da WHO (2000) em adultos: peso adequado (18,5 a 24,9); sobrepeso (25,0 a 29,9); obesidade (30,0 ou acima); sem informação.

Informações relativas à hipertensão arterial e diabetes foram coletadas por auto-relato, declarando ter sido advertida por algum médico sobre a condição. As respostas foram categorizadas em: Sim; Não; Sem informação.

Com relação à atividade física, foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), desenvolvido e validado por Craig *et al.*, (2003) para população de 18 a 65 anos e validado para o português por Matsudo *et al.*, (2001). A versão curta adotada nesta pesquisa consta de seis perguntas relacionadas à atividade física realizada na última semana, por pelo menos 10 minutos contínuos, anterior à aplicação do questionário. Segundo a classificação do instrumento, considerou-se a pessoa:

A. Muito Ativa: Aquela que cumpre a recomendação:

- a) Vigorosa: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;
- b) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + Moderada e/ou Caminhada ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão.

B. Ativa: Aquela que cumpre a recomendação:

- a) Vigorosa: ≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão e /ou;
- b) Moderada ou Caminhada: ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão e/ou;
- c) A soma de qualquer atividade: ≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos por semana (vigorosa + caminhada + moderada).

C. Irregularmente Ativa: Aquela que cumpre prática de atividade física, mas insuficiente para ser classificado como ativo, por não cumprir as recomendações quanto à frequência e duração.

D. Sedentária: Aquela que não preferiu praticar atividade física por, pelo menos, 10 minutos seguidos (contínuos) durante a semana.

Para a análise estatística, as repostas foram agrupadas em três categorias: Ativa/Muito ativa; Irregularmente ativa; Sedentária.

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) é um questionário auto-referido que avalia a qualidade do sono ao longo das últimas 4 semanas e distingue sono "pobre" de sono "bom" (BUYSSSE *et al.*, 1989). É composto por 19 questões graduadas (Escala de Lickert) em pontos de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave) e analisadas por escores de sete componentes: (1) qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) as alterações do sono; (6) o uso de medicações para o sono; (7) sonolência ou disfunção diurna. Os escores (dos sete componentes) são somados e a soma oscila entre 0 a 20. Pontuações de 0 a 5 indicam sono de boa qualidade, pontuações de 6 a 20 indicam perda da qualidade de sono. As últimas cinco questões, direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto, são utilizadas apenas para a prática clínica, não contribuindo para a pontuação total do índice (BUYSSSE *et al.*, 1989). O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh-BR é instrumento com confiabilidade já estabelecida, tendo sido validado para o Português do Brasil por Bertolazi *et al.*, (2011).

Dados relativos à qualidade de vida foram coletados por meio do MENQOL, instrumento auto-administrado que consiste de um total de 29 itens em formato de escala Likert. Cada item avaliou o impacto de um dos quatro domínios dos sintomas da menopausa, como

experimentado no último mês: vasomotor (itens 1-3), psicossocial (itens 4-10), físico (itens 11-26) e sexual (itens 27 -29). Os itens pertencentes a um sintoma específico foram classificados como presentes ou não presentes, e se presente, quão incômodo foram em uma escala de zero (não incômodo) a seis (extremamente incômodo) (HILDITCH *et al.*, 1996; LEWIS, HILDITCH, WONG, 2005). As médias foram calculadas para cada sub-escala, dividindo a soma dos itens do domínio pelo número de itens nesse domínio. O não endosso de um item foi marcado como "1" e o endosso como "2" mais o número da classificação específica, de modo que a pontuação possível em qualquer item variou de "1" a "8"(RADTKE *et al.*, 2011).

3.8 Procedimentos estatísticos

Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21.0 utilizando-se estatística descritiva, com o uso de frequências absolutas, relativas, médias e desvios padrão.

As médias dos escores de cada domínio do MENQOL foram comparadas a partir do teste de MannWhitney (duas categorias) e Kruskal-Wallis (três ou mais categorias), de acordo com as características demográficas e socioeconômicas e clínicas das mulheres participantes do estudo. Todas as variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p \leq 0,20$) na análise bivariada foram avaliadas de forma global por meio da regressão linear múltipla. Nesta última etapa assumiu-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

3.9 Aspectos Éticos

Os sujeitos do estudo que concordaram em participar da presente pesquisa de forma voluntária assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos pesquisadores, contendo o objetivo do estudo, procedimento de avaliação, caráter de voluntariedade da participação do sujeito e isenção de responsabilidade por parte do avaliador. Por se tratar de um estudo envolvendo humanos, este estudo foi submetido, apreciado e aprovado para execução por um Comitê de Ética e Pesquisa (Parecer nº 817.166), sendo os preceitos éticos da resolução CNS 466/2012 integralmente observados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

4. PRODUTO CIENTÍFICO

4.1 Artigo “**Qualidade de vida em mulheres climatéricas assistidas por equipes da Atenção Primária à Saúde**” submetido ao periódico científico *Cadernos de Saúde Pública*; extrato WebQualis A2 Interdisciplinar.

4.2 Resumo Expandido “**Qualidade de vida em mulheres climatéricas no Brasil**” - apresentado ao 11º FEPEG.



Qualidade de vida em mulheres climatéricas assistidas por equipes da Atenção Primária à Saúde

Geraldo Edson Souza Guerra Júnior
Antônio Prates Caldeira
Maria Fernanda Santos Figueiredo
Sara Tereza Camelo Mendes
Josiane Santos Brant Rocha
Daniela Araújo Veloso

RESUMO

Este estudo avaliou a qualidade de vida de mulheres climatéricas e fatores associados, utilizando instrumento amplamente empregado em todo o mundo, mas pouco explorado no Brasil. Trata-se de estudo transversal que avaliou amostra aleatória e representativa de mulheres assistidas por equipes da atenção primária. Variáveis foram investigadas por questionários estruturados e validados e pelo MENQOL (*Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire*). As médias dos escores dos domínios do MENQOL foram comparadas pelos testes de MannWhitney e Kruskal-Wallis, segundo as características da amostra. Variáveis associadas até o nível de 20% na análise bivariada foram avaliadas conjuntamente por regressão linear múltipla. Foram avaliadas 849 mulheres com idade entre 40 e 65 anos. Revelaram-se preditoras de pior qualidade de vida no domínio vasomotor, mulheres com intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC elevado ($p = 0,006$), alterações no sono ($p = 0,022$) e pós-menopáusicas ($p < 0,001$). Para o domínio psicossocial, as variáveis associadas foram intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$); para o domínio físico, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC elevado ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$); para o subdomínio sexual, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), alterações no sono ($p < 0,001$) e pós-menopausa ($p < 0,001$). Em síntese, intensa sintomatologia climatérica, baixa qualidade do sono, elevado IMC e pós-menopausa foram os fatores mais associados ao comprometimento da qualidade de vida. Com o aumento da expectativa de vida, propõe-se maior atenção aos aspectos relacionados à qualidade de vida de mulheres climatéricas.

Palavras-chave: Climatério. Qualidade de Vida. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study evaluated the quality of life of climacteric women and associated factors, using an instrument widely used all over the world, but little explored in Brazil. This cross-sectional study evaluated a random sample of women assisted by primary care teams. Variables were investigated by structured and validated questionnaires and by MENQOL (Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire). Mean scores of the MENQOL domains were compared by MannWhitney and Kruskal-Wallis tests, according to the characteristics of the sample. Variables associated up to the level of 20% in the bivariate analysis were evaluated jointly by multiple linear regression. A total of 849 women between the ages of 45 and 65 years were evaluated. ($P < 0.001$), high BMI ($p = 0.006$), alterations in sleep ($p = 0.022$) and post-menopause ($p < 0.001$) were found to be predictors of poorer quality of life in the vasomotor domain, women with intense climacteric symptoms). For the psychosocial domain, the associated variables were intense climacteric symptoms ($p < 0.001$) and changes in sleep ($p < 0.001$); for the physical domain, intense climacteric symptoms ($p < 0.001$), high BMI ($p < 0.001$) and changes in sleep ($p < 0.001$); ($p < 0.001$), changes in sleep ($p < 0.001$) and post-menopause ($p < 0.001$). In summary, intense climacteric symptomatology, poor sleep quality, high BMI and postmenopause were the factors most associated with quality of life impairment. With the increase of the life expectancy, it is proposed to pay more attention to the aspects related to the quality of life of climacteric women.

Keywords: Climacteric. Quality of life. Women's Health.

INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia profunda mudança em sua estrutura etária, com nítido envelhecimento populacional e aumento do número de mulheres¹. Para 2025, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima uma expectativa de vida em torno de 78 anos nos países em desenvolvimento, o que poderá repercutir no aumento da população de mulheres climatéricas². Considerando essa perspectiva, essas mulheres serão as principais usuárias dos serviços públicos de saúde brasileiro.

O climatério é marcado pelo declínio da produção do estrogênio, que, por participar de vários processos biológicos, pode implicar em alterações cardiovasculares, cerebrais, cutâneas, geniturinárias, ósseas e vasomotoras, além de mudanças de humor e apetite³. Os sintomas mais prevalentes nessa fase são a sudorese noturna, as ondas de calor, a secura vaginal, a flacidez muscular do assoalho pélvico, a dispneúria e a insônia³⁻⁵. Relatos de ansiedade e depressão demonstram ainda alterações da atividade neurotransmissora como possíveis reflexos da diminuição dos níveis hormonais⁶.

Apesar das alterações comuns a todas as mulheres nessa fase, decorrentes do hipoestrogenismo, a experiência climatérica é peculiar a cada mulher e pode sofrer influência de fatores hereditários, sociais, culturais e do próprio estilo de vida. Acrescenta-se ainda o fato de que a mulher vivencia no período as mudanças físicas e psíquicas naturais ao processo de envelhecimento do organismo. Todo esse processo pode impactar na qualidade de vida das mulheres, sendo este aspecto de grande relevância social e científica⁷. Nas últimas décadas, tem-se percebido a necessidade de avaliar a qualidade de vida, devido em parte, aos novos paradigmas que influenciam as políticas públicas e as práticas assistenciais. Graças a essas mudanças, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças⁸.

Em um estudo de revisão sobre avaliação da qualidade de vida em mulheres climatérica, os autores identificaram que nove principais instrumentos têm sido mais utilizados em trabalhos científicos, variando em quantidade e qualidade de domínios que abrangem desde questões relativas a aspectos psicossociais, somáticos, vasomotores, urogenitais e sexuais, até questões relativas à cognição, sono, apetite, ocupação e qualidade de vida geral⁹. Entre todos os instrumentos disponíveis, o MENQOL (*Menopause-specific Quality of Life Questionnaire*) parece ser melhor em relação aos pré-existentes por incluir vários aspectos do índice de Kupperman, que monitoriza os efeitos dos tratamentos instituídos no climatério e a Escala Geral de Bem-Estar¹⁰. Apesar de bastante utilizado em todo o mundo, o MENQOL é pouco empregado na América Latina e no Brasil¹¹.

Embora existam muitos estudos que avaliem a qualidade de vida em diferentes grupos, pesquisas relacionadas à transição menopausal são limitadas e os fatores associados à perda da qualidade de vida no climatério ainda não são absolutamente conclusivos. Considerando as lacunas identificadas na literatura, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas por equipes da Estratégia Saúde da Família, buscando identificar fatores associados aos piores escores de qualidade de vida, segundo o MENQOL.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal e analítico. A população alvo foi composta por mulheres em faixa etária referente ao período do climatério, cadastradas nas 73 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em uma cidade de porte médio na região norte de Minas Gerais, Brasil.

A amostragem foi do tipo probabilística, sendo as participantes selecionadas mediante sorteio, seguindo um plano amostral em dois estágios: (1) por conglomerado, assumindo-se cada UBS como uma unidade amostral e (2) seleção aleatória estratificada, de acordo com o período do climatério (pré, peri e pós menopausa) entre todas as mulheres eletivas para o estudo em cada UBS. Nos casos em que as mulheres sorteadas não foram encontradas, foi realizado um novo sorteio até completar o número previamente definido, segundo partilha proporcional. O tamanho amostral foi calculado com base no total de mulheres na faixa etária do estudo cadastradas nas UBS (N=30.018), considerando-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Como não existem estudos prévios sobre o tema na região, estimou-se uma prevalência de 50% para o evento estudado, pois define um maior número amostral. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número amostral identificado pelo cálculo foi multiplicado por um fator de correção igual a dois e acrescido de 10% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de mulheres a serem avaliadas seria de 836 mulheres. Foram considerados critérios de exclusão mulheres gestantes, puérperas, acamadas e as que apresentassem alguma dificuldade cognitiva.

Estudo piloto foi conduzido anteriormente à coleta de dados para capacitação da equipe e possíveis ajustes nos instrumentos de coleta. O instrumento para a coleta de dados contemplava os aspectos sócio-demográficos, hábitos de vida, composição corporal, aspectos clínicos e presença de morbidades. A qualidade de vida foi aferida por meio do MENQOL. Trata-se de um instrumento auto-administrado e consiste em um total de 29 itens em formato de escala *Likert*, que avaliam sintomas da menopausa no último mês, distribuídos em quatro domínios: vasomotor (itens 1-3), psicossocial (itens 4-10), físico (itens 11-26) e sexual (itens 27 -29). Os itens pertencentes a um sintoma específico são classificados como presentes ou não presentes, e se presente, o incômodo é classificado em uma escala de zero (nenhum incômodo) a seis (extremamente incômodo)^{10,12}. As médias foram calculadas para cada sub-escala, dividindo a soma dos itens do domínio pelo número de itens nesse domínio. O não endosso de um item é marcado como "1" e o endosso como "2" mais o número da classificação específica, de modo que a pontuação possível em qualquer item varia de "1" a "8".

As médias dos escores de cada um dos quatro domínios do MENQOL foram comparadas para as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: idade (40 a 45 anos; 46 a 51 anos; 52

a 65 anos), raça/cor da pele (negros x outros), estado civil (casada ou em união estável x solteira/separada/viúva), renda familiar (abaixo de um salário mínimo x acima de um salário mínimo), escolaridade (ensino fundamental I; ensino fundamental II; ensino médio ou superior). Também foram comparadas as médias de cada um dos quatro domínios do MENQOL para as seguintes variáveis clínicas: classificação do climatério (pré-menopausa; peri-menopausa; pós-menopausa); magnitude de sintomatologia do climatério (leve; moderada; intensa), Índice de Massa Corporal – IMC (peso adequado; sobrepeso; obesidade), atividade física, aferida pelo *International Physical Activity Questionnaire* - IPAQ (muito ativa ou ativa; irregularmente ativa ou sedentária)¹³, qualidade do sono, segundo o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - IQSP (perda da qualidade do sono x boa qualidade do sono)¹⁴, registro de hipertensão arterial (sim x não) e registro de diabetes (sim x não).

Para a categorização das fases do climatério foram classificadas como em Pré-menopausa as mulheres com ciclo menstrual regular habitual, em Peri-menopausa as mulheres com ciclo menstrual irregular variando de 2 a 11 meses e em Pós- menopausa as mulheres com ciclo menstrual interrompido a mais de 12 meses.

Informações relativas à sintomatologia climatérica foram obtidas por meio do índice de Kupperman, instrumento que foi adaptado e validado com propósitos de pesquisa e prática clínica, para monitorização de efeitos dos tratamentos instituídos no climatério¹⁵. As respostas seguem a seguinte escala de escores: 0 (sem sintomas); 1 (sintomas leves); 2 (sintomas moderados) e 3 (sintomas intensos). Para o cálculo do escore total, os sintomas pesquisados apresentam pesos diferenciados, nos quais as ondas de calor (fogachos) assumem maior relevância (peso 4), parestesia, insônia e nervosismo um valor intermediário (peso 2) e os demais sintomas, como tristeza, vertigens, fraqueza, artralgia/ mialgia, cefaleia, palpitação e formigamento têm peso 1 (um). Multiplicando a intensidade do sintoma pelo respectivo fator de conversão e, em seguida, fazendo a soma dos resultados obtidos, alcança-se uma pontuação capaz de classificar a síndrome climatérica em leve, moderada, intensa e sem informação.

O IMC foi obtido pela divisão do peso corporal pela altura ao quadrado (P/E^2). Os resultados do IMC foram classificados, segundo os seguintes critérios: Peso adequado (18,5 a 24,9); Sobrepeso (25,0 a 29,9) e Obesidade (30,0 ou acima). A mensuração da estatura ocorreu com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés com a mulher na devida posição para avaliação deste dado. Para avaliação do

peso (kg) utilizou-se balança portátil SECA OMEGA 870 digital e as mulheres utilizavam roupas leves.

Com relação à atividade física, foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), desenvolvido e validado por Craig *et al.*, (para população de 18 a 65 anos e validado para o português por Matsudo e colaboradores¹³. A versão curta adotada nesta pesquisa consta de seis perguntas relacionadas à atividade física realizada na última semana, por pelo menos 10 minutos contínuos, anterior à aplicação do questionário. Segundo a classificação do instrumento, considerou-se a pessoa como muito ativa, ativa, irregularmente ativa ou sedentária.

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP) é um questionário autoreferido, validado para o Brasil, que avalia a qualidade do sono ao longo das últimas quatro semanas e distingue sono "pobre" de sono "bom"¹⁴. É composto por 19 questões graduadas (Escala de Likert) em pontos de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave) e analisadas por escores de sete componentes: (1) qualidade subjetiva do sono; (2) a latência do sono; (3) a duração do sono; (4) a eficiência habitual do sono; (5) as alterações do sono; (6) o uso de medicações para o sono; (7) sonolência ou disfunção diurna. Os escores (dos sete componentes) são somados e a soma oscila entre 0 a 20. Pontuações de 0 a 5 indicam sono de boa qualidade, pontuações de 6 a 20 indicam perda da qualidade de sono.

O registro de hipertensão arterial e diabetes foi auto-referido, considerando a resposta à questão: “*Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta/diabetes?*”.

Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21.0 utilizando-se estatística descritiva, com o uso de frequências absolutas, relativas, médias e desvios padrão. As médias dos escores de cada domínio do MENQOL foram comparadas a partir do teste de MannWhitney (duas categorias) e Kruskal-Wallis (três ou mais categorias), de acordo com as características demográficas e socioeconômicas e clínicas das mulheres participantes do estudo. Todas as variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$), na análise bivariada foram avaliadas de forma global por meio da regressão linear múltipla. Nesta última etapa assumiu-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Todas as participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 817.166).

RESULTADOS

Participaram do estudo 849 mulheres climatéricas, a maioria delas na faixa etária entre 52 a 65 anos (45,0%), casadas ou em união estável (62,7%), com escolaridade inferior a nove anos (41,0%). Quase metade do grupo estudado referiam renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo (44,4%). A Tabela 1 mostra as principais características demográficas e socioeconômicas da população estudada.

A Tabela 2 retrata as características clínicas, hábitos de vida e cuidados de saúde das participantes. A maioria das mulheres estava em fase de pós-menopausa (43,7%), apresentava excesso de peso (73,4%), com registro de ser irregularmente ativa em relação à atividade física (55,5%). A morbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (46,0%).

Sobre as características demográficas e socioeconômicas, os escores médios obtidos para cada domínio MENQOL estão listados na Tabela 3. Em relação à idade, as médias dos escores foram maiores para a faixa de 52 a 65 anos para os domínios vasomotor, físico e sexual. Não foram registradas diferenças das médias dos escores entre mulheres negras e não negras, nem entre as categorias avaliadas de renda familiar.

Em relação aos escores obtidos para cada domínio do MENQOL, segundo as características clínicas (Tabela 4), mulheres com sintomatologia intensa do climatério apresentaram maiores escores em todos os domínios. Mulheres classificadas como obesas e aquelas com comprometimento da qualidade do sono também apresentaram maiores escores em todos os domínios.

Todas as variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram avaliadas de forma global por meio da regressão linear múltipla (Tabela 5), tendo como variável dependente cada um dos domínios do MENQOL. Revelaram-se como preditoras de intensidades mais elevadas no domínio vasomotor, as mulheres que apresentaram intensa sintomatologia climatérica ($p < 0,001$), IMC elevado ($p = 0,006$) distúrbio

na qualidade do sono ($p=0,022$) e que estavam na pós-menopausa ($p<0,001$). No domínio psicossocial, as variáveis que se apresentaram associadas foram: intensa sintomatologia climatérica ($p<0,001$) e alterações na qualidade do sono ($p<0,001$). Para o domínio físico, as variáveis associadas foram intensa sintomatologia climatérica ($p<0,001$), IMC elevado ($p<0,001$) e alterações na qualidade do sono ($p<0,001$). No domínio sexual, mantiveram-se associadas as variáveis intensa sintomatologia climatérica ($p<0,001$), alterações na qualidade do sono ($p<0,001$) e idade mais avançada ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, registrando um importante comprometimento da qualidade de vida, associado à maior intensidade da sintomatologia do climatério, baixa qualidade do sono, elevado IMC e idade, em diferentes domínios do instrumento utilizado. Embora a literatura nacional possua estudos avaliando a qualidade de vida de mulheres climatéricas¹⁶⁻¹⁸, não foram observados registros da utilização do MENQOL, que é apontado como um dos melhores instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida nessa fase da vida feminina⁹⁻¹². O climatério marca um tempo de importantes mudanças hormonais e sociais para as mulheres e à medida que a expectativa de vida aumenta, maior tem sido a exposição às consequências desta condição, o que destaca a necessidade de maior investimento para a melhoria da qualidade de vida de mulheres climatéricas.

A transição do período de fertilidade para o período de diminuição da função ovariana é um processo gradual e relativamente complexo e a literatura registra uma variação considerável na prevalência e padrão de sintomas em diferentes estudos populacionais, o que provavelmente decorre da diversidade cultural, preceitos e tradições, dieta e outros fatores relacionados ao estilo de vida e justifica a necessidade de estudos regionais¹⁹⁻²². No presente estudo os maiores escores do instrumento, que refletem pior qualidade de vida, foram mais observados para os domínios físicos e vasomotores quando comparados aos escores dos domínios psicossocial e sexual, o que foi também observado em outros estudos¹⁹⁻²⁴. Esse resultado traduz a relevância dos sintomas vasomotores e físicos (dores, fadiga, ganho de peso, etc.) durante o climatério e a necessidade de que eles sejam mais bem avaliados e compreendidos pelos profissionais de saúde⁵.

A maior intensidade dos sintomas climatéricos, aferidos pelo índice de Kuperman e a perda da qualidade do sono se mostraram como variáveis associadas o maior comprometimento da qualidade de vida em todos os domínios do MENQOL, mesmo após análise múltipla. Sobre a sintomatologia climatérica, outros estudos já mostraram resultados similares^{19,25}. Tal associação denota, por um lado, a íntima relação dos dois instrumentos e, por outro lado, a intrínseca relação das dimensões aferidas para a qualidade de vida com os sintomas climatéricos, que ultrapassam os aspectos fisiológicos vasomotores e alcançam aspectos físicos, psicológicos e sexuais⁵.

Sobre a qualidade do sono, é compreensível que os fogachos e a sudorese noturna, sintomas mais comuns relatados durante a menopausa, tenham uma interferência direta sobre o sono. Estudos destacam que tais manifestações podem efetivamente prejudicar a duração e a qualidade do sono e resultar em fadiga, irritabilidade, esquecimento, desconforto físico agudo, diminuição da produtividade do trabalho e qualidade de vida geral^{5,26,27}.

Os achados deste estudo também demonstram associação estatisticamente significativa e independente entre IMC elevado e piores escores da qualidade de vida para os domínios vasomotor e físico. Tais resultados estão em consonância com estudos realizados em outros países^{19,25,27-30}. Mulheres nessas condições não só estão mais propensas a experimentar sintomas vasomotores como a se sentirem mais incomodadas por eles. Uma possível explicação para esses achados seria o fato de que a grande circunferência da cintura e o IMC elevado são indicadores importantes de dificuldades físicas com as atividades básicas da vida diária²⁹.

Mulheres com idade mais avançada e em pós-menopausa também mostraram, neste estudo, piores escores de qualidade de vida para os domínios sexual e vasomotor, respectivamente. Esses achados são coincidentes com dois estudos^{22,31}. Porém, a literatura não é consensual em relação ao tema e outros autores observaram que incidência de problemas vasomotores tende a ser maior durante a perimenopausa, com tendência a se reduzirem com o passar da idade, o que, segundo esses autores denotam uma maior capacidade da mulher para lidar com os sintomas climatéricos^{24,25}.

Embora outros estudos que utilizaram o MENQOL tenham identificado comprometimento da qualidade de vida em associação com variáveis sociais e econômicas^{28,33}, o presente estudo

não permitiu identificar qualquer associação dessa natureza. Isso provavelmente decorre do público selecionado para o estudo, de mulheres assistidas pelas equipes do serviço público de saúde, ou seja, mulheres que, de certa forma, possuem um contexto social e econômico similar.

A delimitação do público alvo desta pesquisa representa uma das limitações do estudo. Não é possível fazer inferências para toda a população, considerando que apenas mulheres assistidas pelas equipes da ESF foram avaliadas. Todavia, é preciso destacar que essa foi uma estratégia assumida pelos pesquisadores para alcançar maior adesão ao estudo. O fato de o instrumento avaliar sintomas experimentados nas últimas quatro semanas, pode estar vinculado a viés de memória e ou mesmo à limitação da própria memória humana para mulheres mais idosas. Além disso, como se tratou de um estudo transversal, apenas é possível estabelecer associações de causalidade, não sendo possível, portanto, avaliar o impacto dos fatores sobre a mudança na qualidade de vida ao longo de tempo para a população estudada. Outro aspecto a ser destacado refere-se ao instrumento que, originalmente, foi desenvolvido para avaliação de mulheres na menopausa, não tendo sido validado para os períodos pré e perimenopausais. Entretanto, é uma tendência entre os novos estudos que utilizam o MENQOL observar que mulheres em estágios anteriores também vivenciam sinais e sintomas classicamente atribuídos à menopausa^{11,34,35}.

Apesar das limitações identificadas, a utilização do MENQOL, trabalhado com sucesso em todo mundo e pouco adotado no Brasil, é um aspecto relevante do estudo, que contou com um número amostral satisfatório e avaliou um grupo populacional frequentemente excluído das políticas públicas de saúde. É relevante reafirmar que muitos dos aspectos abordados na avaliação da qualidade de vida envolvem a presença de sinais e sintomas que podem e devem ser abordados pelos profissionais de saúde, buscando compreender a influência dos mesmos sobre as relações cotidianas e aliviando, sempre que possível, os desconfortos referidos pelas mulheres. Nesse sentido, o presente estudo alerta para que os profissionais de saúde avaliem de forma mais criteriosa e cuidadosa as mulheres climatéricas, estimulando e promovendo estilos de vida saudáveis, valorizando aspectos subjetivos e abordando adequada e oportunamente as manifestações clínicas. Tais recomendações são particularmente importantes considerando-se a perspectiva de um grande aumento da população idosa feminina para os próximos anos, que representará o principal grupo usuário dos serviços de saúde.

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família; 2015

Variável	(n)	(%)
Idade		
40 a 45 anos	228	27,7
46 a 51 anos	238	27,3
52 a 65 anos	383	45,0
Cor da pele		
Parda	535	63,6
Preta	109	12,6
Branca	152	17,4
Amarela	38	4,5
Indígena	9	1,2
Sem informação	6	0,8
Situação conjugal		
Solteira	82	9,6
Casada/União estável	542	62,7
Divorciada/separada	133	16,7
Viúva	90	10,6
Sem informação	2	0,3
Religião		
Católica	568	66,9
Evangélica	263	31,0
Outras/Sem informação	18	2,1
Escolaridade		
Ensino (Médio + Superior)	276	32,0
Fundamental II	226	26,7
Fundamental I	344	41,0
Sem informação	3	0,3
Renda familiar		
Acima de 1 salário mínimo	471	55,6
Abaixo de 1 salário mínimo	378	44,4
Trabalha fora de casa		
Sim	342	40,6
Não	500	58,7
Sem informação	7	0,7

Fonte: Banco de dados do Projeto Agravos Saúde da Mulher Climatérica

Tabela 2: Características relacionadas aos hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família; 2015

Variável	(n)	(%)
Classificação do Climatério		
Pré-menopausa	230	26,9
Peri-menopausa	263	29,4
Pós-menopausa	356	43,7
Sintomatologia climatério		
Leve	524	62,0
Moderada	241	28,2
Intensa	83	9,7
Sem informação	1	0,1
IMC		
Peso adequado	223	25,8
Sobrepeso	323	37,5
Obesidade	298	35,9
Sem informação	5	0,8
Hipertensão arterial		
Sim	386	46,0
Não	406	48,8
Sem informação	57	5,3
Diabetes		
Sim	115	14,1
Não	680	81,2
Sem informação	54	4,7
Atividade física		
Muito ativa/ativa	109	12,8
Irregularmente ativa	471	55,5
Sedentária	269	31,7
Qualidade do sono (Pittsburgh)		
Sem distúrbio	271	31,2
Com distúrbio	529	63,1
Sem informação	49	5,7

Fonte: Banco de dados do Projeto Agravos Saúde da Mulher Climatérica

Tabela 3: Características demográficas e socioeconômicas de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família segundo domínios de MENQOL; 2015

Característica	N	%	x	Vasomotor		Psicossocial		Físico		Sexual		P valor
				dp	P valor	x	dp	P valor	x	dp	P valor	
Idade					<0,001			0,439			0,033	<0,001
40 – 45	228	27,7	3,01	2,38		3,66	1,75		3,52	1,56	2,80	1,44
46 – 51	238	27,3	3,93	2,62		3,67	1,74		3,83	1,61	3,09	1,48
52 – 65	383	45,0	4,11	2,71		3,55	1,82		3,94	1,68	3,66	1,71
Cor da pele					0,297			0,830			0,646	0,062
Negro	644	76,3	3,81	2,65		3,58	1,78		3,79	1,65	3,24	1,59
Não negro	200	23,7	3,64	2,59		3,73	1,75		3,85	1,60	3,38	1,77
Estado civil dicotomizado					0,108			<0,001			<0,001	0,167
Casado\união estável	542	64	3,74	2,60		3,51	1,68		3,76	1,56	3,24	1,59
Solteiro\separada\viuva	305	36	3,81	2,70		3,80	1,94		3,89	1,77	3,33	1,70
Renda familiar					0,674			0,871			0,608	0,420
Acima de 1 salário mínimo	471	55,5	3,71	2,59		3,58	1,69		3,82	1,56	3,23	1,63
Abaixo de 1 salário mínimo	378	44,5	3,83	2,70		3,66	1,88		3,79	1,73	3,31	1,63
Escolaridade					<0,001			0,151			0,240	<0,001
Ensino (Médio + Superior)	276	32,0	3,23	2,48		3,42	1,68		3,68	1,56	2,95	1,53
Fundamental II	226	27,0	3,96	2,66		3,72	1,86		3,79	1,66	3,22	1,56
Fundamental I	344	41,0	4,06	2,67		3,70	1,78		3,92	1,68	3,57	1,70

Fonte: Banco de dados do Projeto Agravos Saúde da Mulher Climatérica

Tabela 4: Hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família segundo domínio de MENQOL; 2015

Característica	n	%	Vasomotor			Psicossocial			Físico			Sexual		
			x	dp	P valor	x	dp	P valor	x	dp	P valor	x	dp	P valor
Fase do climatério					<0,001			0,173			0,006			<0,001
Pré-menopausa	226	27,0	2,98	2,37		3,65	1,75		3,57	1,57		2,79	1,45	
Peri-menopausa	238	28,4	3,93	2,62		3,67	1,74		3,83	1,61		3,09	1,48	
Pós-menopausa	373	44,6	4,14	2,71		3,56	1,83		3,94	1,70		3,66	1,71	
Sintomatologia					<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Intensa	83	9,8	6,92	1,89		5,58	1,63		5,89	1,24		4,87	1,58	
Moderada	241	28,2	4,83	2,49		4,33	1,67		4,40	1,48		3,62	1,63	
Leve	524	62,0	2,77	2,18		2,98	1,47		3,21	1,37		2,85	1,43	
IMC					< 0,001			0,004			< 0,001			0,056
Peso adequado	223	26,4	3,28	2,48		3,64	1,77		3,49	1,55		3,11	1,62	
Sobrepeso	323	38,3	3,68	2,62		3,34	1,75		3,67	1,59		3,21	1,56	
Obesidade	298	35,3	4,21	2,68		3,84	1,79		4,20	1,67		3,46	1,69	
Hipertensão					<0,001			0,059			<0,001			0,002
Não	406	51,3	3,43	2,50		3,52	1,71		3,65	1,61		3,10	1,54	
Sim	386	48,7	4,30	2,76		3,80	1,87		4,08	1,64		3,48	1,70	
Diabetes					<0,001			0,009			0,001			0,038
Não	680	85,5	3,68	2,59		3,58	1,75		3,77	1,61		3,23	1,59	
Sim	115	14,5	4,90	2,84		4,08	1,96		4,34	1,73		3,54	1,83	
Atividade física					0,093			0,021			0,358			0,015
Muito ativa/ativa	109	12,8	4,00	2,55		3,96	1,67		3,94	1,62		3,49	1,51	
Irregular/ ativa	471	55,5	3,65	2,64		3,48	1,74		3,74	1,61		3,14	1,62	
Sedentária	269	31,7	3,86	2,65		3,71	1,87		3,88	1,69		3,41	1,67	
Qualidade do sono					<0,001			<0,001			<0,001			<0,001
Com distúrbio	529	66,1	4,27	2,67		4,00	1,74		4,25	1,59		3,56	1,66	
Sem distúrbio	271	33,9	2,87	2,35		2,85	1,55		2,98	1,38		2,70	1,37	

Fonte: Banco de dados do Projeto Agravos Saúde da Mulher Climatérica

Tabela 5: Regressão linear segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas em relação aos domínios de MENQOL

Domínio	Variável	β	Intervalo de confiança (95%)	P valor	R²
Vasomotor	Sintomatologia do climatério	- 0,490	- 2,174 a -1,677	<0,001	0,339
	IMC	- 0,084	-0,497 a -0,083	0,006	
	Qualidade do Sono	- 0,073	- 0,767 a -0,059	0,022	
	Fase do climatério	-0,161	-0,711 a -0,325	<0,001	
Psicossocial	Sintomatologia climatério	-0,435	-1,311 a -0,967	<0,001	0,261
	Qualidade do sono	-0,164	-0,871 a -0,374	<0,001	
Físico	Sintomatologia climatério	-0,440	-1,213 a -0,912	<0,001	0,333
	IMC	-0,150	-0,444 a -0,194	<0,001	
	Qualidade do sono	-0,216	-0,970 a -0,535	<0,001	
Sexual	Sintomatologia climatério	-0,303	-0,889 a -0,557	<0,001	0,185
	Qualidade do sono	-0,143	-0,732 a -0,255	<0,001	
	Idade	-0,145	-0,416 a -0,148	<0,001	

Fonte: Banco de dados do Projeto Agravos Saúde da Mulher Climatérica

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19: 507-19
2. World Health Organization (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic (report of a WHO consultation on obesity)*. Geneva: World Health Organization, 1998. p. 98.
3. Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric*. 1999; 2: 284-6.
4. Sociedade Brasileira de Climatério [Internet]. Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica. São Paulo: SOBRAC; 2003.
5. Blümel JE, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011;18:778-85.
6. Maheshwari PK, Agrawal P, Garg R, Upadhyay S, Verma U. Understanding climacteric depression and depression in other phases of women's life. *JSAFMS* 2015; 3:20-3.
7. Schneider HPG, Birkhauser M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric* 2017; 20:187-94.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:163-77.
9. Zöllner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res* 2005; 14:309-27.

10. Hilditch JR, Lewis J, Peter A, van Maris B, Ross A, Franssen E, et al. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996; 24:161–75.
11. Sydora BC, Fast H, Campbell S, Yuksel N, Lewis JE, Ross S. Use of the Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) questionnaire in research and clinical practice: a comprehensive scoping review. *Menopause* 2016; 23:1038-51.
12. Lewis JE, Hilditch JR, Wong CJ. Further psychometric property development of the Menopause Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL Intervention questionnaire. *Maturitas* 2005; 50:209–21.
13. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2012; 6:5-18.
14. Bertolazi NA, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo I C, Barba ME *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med* 2001; 12:70-5.
15. Sousa RL, Sousa ESS, Silva JCB, Filizola RG. Fidedignidade do teste-reteste na aplicação do índice menopausal de Blatt e Kupperman. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:481-7.
16. Menezes DV, Oliveira ME. Evaluation of life's quality of women in climacteric in the city of Floriano, Piauí. *Fisioter Mov* 2016; 29:219-28.
17. Lorenzi DRS, Catan LB, Cusin T, Felini R, Bassani F, Arpini AC. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2009; 9:459-66

18. Freitas ER, Barbosa AJG. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. *Arq Bras Psicol* 2015; 67:112-24.
19. Ceylan B, Özerdoğan N. Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women in the climacteric period. *Climacteric* 2014; 17:705-12.
20. Mirhaghjou SN, Niknami M, Moridi M, Pakseresht S, Kazemnejad E. Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res* 2016; 30:252-6.
21. Syed Alwi SA, Lee PY , Awi I , Malik PS , Haizal MN . The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric* 2009; 12: 548-56
22. Poomalar GK, Arounassalame B. The quality of life during and after menopause among rural women . *J Cli Diag Res* 2013; 7:135-9
23. Yanikkerem E, Oruc Koltan S, Goker Tamay A, Dikayak S. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012; 15:552-62
24. Som N, Roy P, Ray S. Menopause-specific quality of life of a group of urban women, West Bengal, India. *Climacteric* 2014; 17:713-9.
25. Willians RE, Levine KB, Kalilani K, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas* 2009; 62:153-9.
26. Shaver JL, Woods NF. Sleep and menopause: a narrative review. *Menopause* 2015; 22:899–915.
27. Freedman RR. Menopausal hot flashes: mechanisms, endocrinology, treatment. *J Steroid Biochem Mol Bio* 2014; 142: 115-20

28. Mirhaghjou SN, Niknami M, Moridi M, Pakseresht S, Kazemnejad E. Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res* 2016; 30: 252-6.
29. Ghazanfarpour M, Abdollahian S, Zare M, Shahasavari S. Association between anthropometric indices and quality of life in menopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29: 917-20.
30. Shobeiri F, Jenabi E, Hazavehei SMM, Roshanaei G. Quality of Life in Postmenopausal Women in Iran: A Population-based Study. *J Menopausal Med* 2016; 22:31-8.
31. Nisar N, Sohoo NA. Frequency of menopausal symptoms and their impact on the quality of life of women: a hospital based survey. *J Pak Med Assoc* 2009; 59:752-6.
32. Norozi E, Mostafavi F, Hasanzadeh A, Moodi M, Sharifirad G. Factors affecting quality of life in postmenopausal women, Isfahan, 2011. *J Educ Health Promot* 2013; 58:1-7.
33. Fallahzadeh H. Quality of life after the menopause in Iran: A population study. *Qual Life Res* 2010; 19:813-19.
34. Kim MJ, Cho J, Ahn Y, Yim G, Park HY. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Women's Health*. 2014; 14: 122
35. Asghari M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S, Malakouti J, Nedjat S. Effect of aerobic exercise and nutrition education on quality of life and early menopause symptoms: a randomized controlled trial. *Women Health*. 2017; 57:173-188



QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS NO BRASIL

SARA TEREZA CAMELO MENDES¹ GERALDO EDSON SOUZA GUERRA JÚNIOR² ANTÔNIO PRATES CALDEIRA³ MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO⁴ JOSIANE SANTOS BRANT ROCHA⁵ DANIELA ARAÚJO VELOSO⁶

¹ UNIMONTES, Acadêmica em Odontologia, saraterezacm@gmail.com; ² UNIMONTES E FIP-MOC, Mestrando em Cuidado Primário em Saúde, macguer@uol.com.br; ³ UNIMONTES E FIP-MOC, Doutor em Ciências da Saúde, antonio.caldeira@unimontes.br, ⁴ UNIMONTES, Doutora em Ciências da Saúde, nanda_sanfig@yahoo.com.br, ⁵ UNIMONTES E FIP-MOC, Doutora em Ciências do Desporto, josianenat@yahoo.com.br ⁶ UNIMONTES E FIP-MOC, Pós-doutora em Malformações e Síndromes com Envolvimento Orofacial, danielavelloso@yahoo.com.br

Introdução

O Brasil vivencia profunda mudança em sua estrutura etária, cujas principais características apontam para o envelhecimento populacional com acentuado aumento do número de mulheres, configurando grandes desafios para o setor de saúde brasileiro (PEREIRA *et al.*, 2012), dessa forma, salienta-se o impacto desse período na qualidade de vida feminina, sendo este aspecto apontado na literatura especializada, como de grande relevância social e científica (SOM; ROY; RAY, 2014).

O MENQOL (*Menopause-specific Quality of Life Questionnaire*) que é um dos instrumentos utilizados de avaliação de qualidade de vida da mulher climatérica em trabalhos científicos parece promover progressos ao incluir o Índice Kupperman, que monitoriza os efeitos dos tratamentos instituídos no climatério, e a escala geral de bem-estar.

Objetivo

Avaliar a qualidade de vida de mulheres climatéricas assistidas na Estratégia Saúde da Família e fatores associados.

Material e métodos

Este trabalho foi um braço do projeto “Agravos a Saúde das mulheres climatéricas: um estudo epidemiológico” aprovado no comitê de ética e pesquisa das FIP-Moc com parecer 817.166, cuja linha de pesquisa é saúde da mulher climatérica, tratou-se de estudo quantitativo, analítico, com desenho transversal e realizado no município de Montes Claros/MG, no período compreendido entre agosto de 2014 e agosto de 2015, A população alvo foi composta por 30.801 mulheres climatéricas cadastradas nas 73 unidades da Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais.

Os dados foram processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 21.0 utilizando-se estatística descritiva, com o uso de frequências absolutas, relativas, médias e desvios padrão. As médias dos escores de cada domínio do MENQOL foram comparadas a partir do teste de MannWhitney (duas categorias) e Kruskal-Wallis (três ou mais categorias), de acordo com as características demográficas e socioeconômicas e clínicas das mulheres participantes do estudo.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 849 mulheres climatéricas, a maioria delas na faixa etária entre 52 a 65 anos (45,0%), casadas ou em união estável (62,7%), com escolaridade inferior a nove anos (41,0%). Quase metade do grupo estudado referia renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo (44,4%).

Já as características clínicas, hábitos de vida e cuidados de saúde das participantes a maioria das mulheres estava em fase de pós-menopausa (43,7%), apresentava excesso de peso (73,4%), com registro de ser irregularmente ativa em relação à atividade física (55,5%). Sobre as características demográficas e socioeconômicas, os escores médios obtidos para cada domínio MENQOL estão listados em relação à idade, as médias dos escores foram maiores para a faixa de 52 a 65 anos para os domínios vasomotor, físico e sexual. Não foram registradas diferenças das médias dos escores entre mulheres negras e não negras, nem entre as categorias avaliadas de renda familiar. A morbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial (46,0%).

Estudos prévios têm demonstrado que a incidência de problemas vasomotores tende a ser maior durante a transição da menopausa, devido ao aumento do nível de neurotransmissores, em consequência do declínio nos níveis de estrogênio, o que responderia imediatamente com o aumento da ocorrência de sintomas vasomotores nesta fase (Ceylan, 2014).

Revelaram-se preditoras de intensidades mais elevadas no domínio vasomotor, mulheres com intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC (Índice de Massa Corporal) elevado ($p = 0,006$) alterações no sono ($p = 0,022$) e pós-menopáusicas ($p < 0,001$).

No domínio psicossocial, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$). No domínio físico, intensos sintomas climatéricos ($p < 0,001$), IMC elevado ($p < 0,001$) e alterações no sono ($p < 0,001$).

Em relação aos escores obtidos para cada domínio do MENQOL, segundo as características clínicas, mulheres com sintomatologia intensa do climatério apresentaram maiores escores em todos os domínios. Mulheres classificadas como obesas e aquelas com comprometimento da qualidade do sono também apresentaram maiores escores em todos os domínios.

Domínio	Variável	β	Intervalo de confiança (95%)	P valor	R ²
Vasomotor					0,339
	Sintomatologia do climatério	-0,490	-2,174 a -1,677	<0,001	
	IMC	-0,084	-0,497 a -0,083	0,006	
	Qualidade do Sono	-0,073	-0,767 a -0,059	0,022	
	Fase do climatério	-0,161	-0,711 a -0,325	<0,001	
Psicossocial					0,261
	Sintomatologia climatério	-0,435	-1,311 a -0,967	<0,001	
	Qualidade do sono	-0,164	-0,871 a -0,374	<0,001	
Físico					0,333
	Sintomatologia climatério	-0,440	-1,213 a -0,912	<0,001	
	IMC	-0,150	-0,444 a -0,194	<0,001	
	Qualidade do sono	-0,216	-0,970 a -0,535	<0,001	
Sexual					0,185
	Sintomatologia climatério	-0,303	-0,889 a -0,557	<0,001	
	Qualidade do sono	-0,143	-0,732 a -0,255	<0,001	
	Idade	-0,145	-0,416 a -0,148	<0,001	

TABELA 1: Regressão linear segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e cuidados de saúde de mulheres climatéricas em relação aos domínios de MENQOL.

Conclusão

Apesar limitações identificadas, a utilização do MENQOL, trabalhado com sucesso em todo mundo e pouco adotado no Brasil, é um aspecto relevante do estudo, que contou com um número amostral satisfatório e avaliou um grupo populacional frequentemente excluído das políticas públicas de saúde. É relevante reafirmar que muitos dos aspectos abordados na avaliação da qualidade de vida envolvem a presença de sinais e sintomas que podem e devem ser abordados pelos profissionais de saúde, buscando compreender a influência dos mesmos sobre as relações cotidianas e aliviando, sempre que possível, os desconfortos referidos pelas mulheres. Nesse sentido, o presente estudo alerta para que os profissionais de saúde avaliem de forma mais criteriosa e cuidadosa as mulheres climatéricas, estimulando e promovendo estilos de vida saudáveis.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de Minas Gerais, pelo apoio financeiro.

Referências

CEYLAN, B.; Özerdoğan, N. Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women in the climacteric

Period *Climacteric*, v.17, p.705-712, 2014

GHAZANFARPOUR, M; ABDOLAHIAN, S; ZARE, M; SHAHASAVANI, S. Association between anthropometric indices and quality of life in menopausal women. **Gynecol Endocrinol**, v. 29 n. 10, p.917-920, 2013

HIDITCH JR; LEWIS J; PETER A; VAN MARIS B; ROSS A; FRANSSEN E; et al. A menopause-specific quality of

life questionnaire: development and psychometric properties. **Maturitas**, v.24, n.3, [PubMed: 8844630], p.161–175, 1996

PEREIRA, E. C. A. P.; SCHMITT, A. C. B.; CARDOSO, M. R. A.; PEREIRA, W. M. P.; LORENZI-FILHO, G.; BLUMEL, J. E.; ALDRIGHI, J. M. Prevalência da sonolência diurna excessiva e fatores associados em mulheres de 35 a 49 anos de idade do “Projeto de Saúde de Pindamonhangaba” (PROSAPIN). **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 58, n. 4, p. 447-42, 2012.

Som, N.; Roy, P.; Ray,S. Menopause-specific quality of life of a group of urban women, West Bengal, India. **Climacteric**;v.17 n.6, 713-9, 2014

5. CONCLUSÕES

- A maioria na faixa etária entre 52 e 65 anos (fase pós-menopausal), vivia com companheiro, possuía baixa escolaridade e renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo. A maioria também se apresentou com excesso de peso, irregularmente ativa em relação á atividade física. A morbidade mais prevalente foi a hipertensão arterial.
- A intensidade da sintomatologia climatérica, a baixa qualidade do sono, o elevado IMC e a idade avançada foram os fatores associados.
- A fase pós-menopausal mostrou-se associada aos sintomas dos domínios vasomotor e sexual.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A meta do estudo foi alcançada, confirmando assim o afincamento com que nos vestimos de entusiasmo. Com empenho, estivemos (grupo de estudo dos agravos à saúde da mulher climatérica) reunidos por dezenas de vezes para definir cada passo da pesquisa e revisar as temáticas centrais de interesse coletivo. Enfoques sobre a temática qualidade de vida e suas peculiaridades são infindos, podem ser históricos, epidemiológicos, culturais. Conseguimos, com a ajuda das pacientes, a quem agradecemos imensamente, muitos e valiosos dados para enriquecer e clarear a nossa busca. Aprendemos que era preciso tempo e trabalho para tratar os dados. A resultante aqui aparece, apontando os fatores relacionados à perda da qualidade de vida no climatério, que mesmo sendo reafirmativos sobre o que versa a literatura, nos alegra por estarmos no caminho da boa prática do método científico.

Reconhecemos, todavia, a limitação do desenho do estudo, do tipo corte transversal, medindo o desfecho e a exposição simultaneamente, deixando de provar a temporalidade. Mas o uso de um instrumento consistente, com as melhores condições para aferir o que se propunha, eleva a validade dos resultados encontrados.

Nossas conclusões, portanto, apontam para a necessidade de avaliar a incidência dos fatores relacionados à qualidade de vida na mulher climatérica, uma vez que a menopausa marca um tempo de dramáticas mudanças hormonais e sociais para as mulheres e que, à medida que a expectativa de vida aumenta, maior será a exposição às potenciais consequências desta condição. Portanto, para melhorar a saúde dessas mulheres, é essencial que toda a família seja informada e educada sobre essa questão, além disso, acredita-se que o presente trabalho possa vir a ser utilizado de maneira norteadora para implementação de políticas de atendimento em saúde voltadas para mulheres climatéricas.

Por fim, ou talvez como partida, reconhecemos o valor da educação em saúde, do aviso antecipatório, preventivo, empoderando as mulheres nos períodos que antecedem a pré-menopausa, a fim de constituir condições psicobiológicas para viverem a queda da produção de estrógeno e progesterona de forma saudável e sem vitimações.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, J. M.; ALDRIGHI, C. M. S.; ALDRIGHI, A. P. S. Alterações sistêmicas do climatério. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 59, p. 15-21, 2002.
- ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. *Cadernos de Estudos Sociais*, v. 27, n. 2, 2012.
- ASGHARI, M; MIRGHAFORVAND, M; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S; MALAKOUTI, J; NEDJAT, S. Effect of aerobic exercise and nutrition education on quality of life and early menopause symptoms: A randomized controlled trial. *Women Health*. 2017; 57(2): 173-188
- BECK, C. L. C. *et al.* A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem – elementos para reflexão. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 4, p.348-354, 1999.
- BARACHO, E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- BERLEZI, E. M.; BALZAN, A.; CADORE, B. F.; PILLATT, A. P.; WINKELMANN, E. R. Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 2, p. 273-283, 2013.
- BERTOLAZI, A. N.; FAGONDES, S. C.; HOFF, L. S.; DARTORA, E. G.; MIOZZO, I. C.; BARBA, M. E. *et al.* Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Medicine*, v. 12, n. 1, p. 70-75, 2011.
- BOULET, M. J. *et al.* Climacteric and menopause in seven South-east Asian Countries *Maturitas*. v. 19, n. 3, p. 157-176, 1994.
- BRASIL. Dados sobre a Estratégia Saúde da Família. [atualizados em setembro de 2015]. *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- BUYSSE, D. J.; REYNOLDS, C. F.; MONK, T. H. *et al.* The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, v. 28, p.193-213, 1989.
- BUSS P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 5, p.163-177, 2000.

BLÜMEL; J.E.; CHEDRAUI P.; BARON G.; BELZARES E.; BENCOSME A.; CALLE A.; *et al.* A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 18:778-785, 2011.

CABRAL, P. U. L.; CANÁRIO, A. C. G.; SPYRIDES, M. H. C.; UCHÔA, S. A. C.; ELEUTÉRIO JÚNIOR, J.; AMARAL, R. L. G.; GONÇALVES, A. K. S. Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrici*, v. 34, n. 7, 329-334, 2012.

CASTELO-BRANCO, C.; BLUMEL, J. E.; CHEDRAUI, P. Age at menopause in Latin América. *Menopause*, v. 13, n.4, p. 706-712, 2006.

CARDOSO, M. R.; CAMARGO, M. J. G. Percepções sobre as mudanças nas atividades cotidianas e nos papéis ocupacionais de mulheres no climatério. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar*, v. 23, n. 3, p. 553-569, 2015.

CEYLAN, B.; ÖZERDOĞAN, N. Menopausal symptoms and quality of life in Turkish women in the climacteric period. *Climacteric* 2014; 17(6):705-12

CONTE, F. A.; FRANZ, L. B. B.; IDALÊNCIO, V. H. Compulsão alimentar e obesidade no climatério: uma revisão de literatura. *ABCS Health Sciences*, v. 39, n. 3, p. 199-203, 2014.

CRAIG, C. L.; MARSHALL, A. L.; SJOSTROM, M.; BAUMAN, A. E.; BOOTH, M. L.; AINSWORTH, B. E. *et al.* International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports Exercise*, v. 35, n. 8, p. 1381-1395, 2003.

D'AGOSTINO, R. B.; VASAN, R. S.; PENCINA, M. J.; WOLF, P.A.; COBAIN, M.; MASSARO, J. M.; KANNEL, W. B. General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care: The Framingham Heart Study. *Circulation*, v. 117, p.743-753, 2008

DE LORENZI, D. R. S. **D.** *et al.* Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, v. 27, n. 1, p. 7-11, 2005 .

DE LORENZI, D. R. S. D.; CATAN, L. B.; MOREIRA, K.; ÁRTICO, G. R. Assistance to the climacteric woman: new paradigms. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 2, p. 287-293, 2009.

DINIZ, D. P.; SCHOR, N. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. *In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. Qualidade de vida*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2006. Cap.1, p.01-10.

DOLL, J.; RAMOS, A.C.; BUAES, C.S. Educação e envelhecimento. *Educação & Realidade*, v. 40, n. 1, p. 9-15, 2015.

FALLAHZADEH H . Quality of life after the menopause in Iran: A population study. *Qual Life Res*, 2010 ; 19 : 813 – 19

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA CLIMATÉRIO - FEBRASGO. *Climatério* - Manual de orientação. São Paulo,SP: FEBRASGO, 2004.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p.33-38, 2000.

GAIVA, M.A.M. Qualidade de vida e saúde. *Revista Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 377-382, 1998.

GARAULET, M.; HERNÁNDEZ-MORANTE, J. J.; TÉBAR, F. J.; ZAMORA, S.; CANTERAS, M. Two-dimensional Predictive Equation to Classify Visceral Obesity in Clinical Practice. *Obesity*, v.14, n.7, p. 1181-1191, 2006.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, v. 29, n. 4, p. 453-457, 1996.

HILDITCH, J. R.; LEWIS, J.; PETER, A.; VAN MARIS, B.; ROSS, A.; FRANSSEN, E. *et al.* A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, v.24, n.3, p. 161–175, 1996.

HOFFMANN, M.; MENDES, K. G.; CANUTO, R.; GARCEZ, A. D. A. S.; THEODORO, H.; RODRIGUES, A. D. *et al.* Dietary patterns in menopausal women receiving outpatient care in Southern Brazil. *Ciencia e Saúde Coletiva*, v.20, n.5, p. 1565-1574, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico. 2010. *Características da população e dos domicílios Resultados do universo*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KUPPERMAN, H. S.; BLATT, M. H.; WIESBADER, H.; FILLER, W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, v. 13, n. 13, p.688-703, 1953.

LEWIS, J. E.; HILDITCH, J. R.; WONG, C. J. Further psychometric property development of the Menopause Specific Quality of Life questionnaire and development of a modified version, MENQOL Intervention questionnaire. *Maturitas*, v.50, n.3, p. 209–221, 2005.

LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

KIM, M.-J.; CHO, J.; AHN, Y.; YIM, G.; PARK, H.-Y. Association between physical activity and menopausal symptoms in perimenopausal women. *BMC Women's Health*. 2014; 14(1): 122

MAIA, C.; GUILHERME, D.; LUCCHESI, G. Integration of health surveillance and women's health care: a study on comprehensiveness in the Unified National Health System. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 4, p. 682-692, 2010.

MAHESHWARI P.K.; AGRAWAL P.; GARG R.; UPADHYAY S.; VERMA U. Understanding climateric depression and depression in other phases of women's life. *JSAFMS*, 3:20-3, 2015.

MARQUES, L. O.; COLLACO, L. M.; PIZZATTO, L. R.; MARCONDES, B. B. M. Efeitos da tibolona sobre o parênquima mamário: estudo experimental. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrica*. v. 37, n. 5, p. 233-240, 2015.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Atividade Física & Saúde*, v. 2, n. 6, p. 5-18, 2001.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MIRANDA, G.M.D; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 19: 507-519, 2016.

MIRHAGHJOU, S.N.; NIKNAMI, M.; MORIDI, M.; PAKSERESHT, S.; KAZEMNEJAD,E; Quality of life and its determinants in postmenopausal women: a population-based study. *Appl Nurs Res* 2016; 30: 252-6.

MOREIRA, M.M.S. Trabalho. Qualidade de vida e envelhecimento. 2000, 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, SP, 2000.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). The management of osteoporosis in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 13, p. 340-367, 2006.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, v. 17, n. 2, p. 242-255, 2010.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, v. 6, s. 1, p. S4-S6, 2008.

NOTELOVITZ, M. Climacteric medicine and science: a societal need. In: NOTELOVITZ, M. *The climacteric in perspective*. Lancaster: M.T.P. Press., 1988. p.19-21.

ORTIZ, Z. E.; PUEYRREDON, C. E. Calidad de vida relacionada con la salud. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, v. 78, n.1, p. 119-129, 2000.

PANDEY, M.; TOMAS, B. C.; SREEREKHA, P.; RAMDAS, K.; RATHEESAN, K.; PARAMESWARAN, S.; MATHEW, B.S.; RAIAN, B. Quality of life in women with breast cancer undergoing treatment with curative intent. *World J Surg Oncol*, v. 27, n.3, p. 63, 2005.

PANZINI, R.G.; ROCHA, N.S.; BANDEIRA, D.R.; FLECK, M.P.A.; Qualidade de vida e espiritualidade. *Rer. Psiq. Clín.*, v.34, supl1, p. 105-115, 2007.

PARK, H. S.; OH, A. W.; CHO, S.; CHOI, W. H, KIM, Y. S. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. *International Journal of Epidemiology*, v. 33, p. 328-336, 2004.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R.F.; PRIORE, S.E.; CECON, P.R.. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr.*, Porto Alegre, v.28, n.1, Jan./Apr. 2006.

PEREIRA, E. C. A. P. *Fatores associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa*. 2009, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PEREIRA, E. C. A. P.; SCHMITT, A. C. B.; CARDOSO, M. R. A.; PEREIRA, W. M. P.; LORENZI-FILHO, G.; BLUMEL, J. E.; ALDRIGHI, J. M. Prevalência da sonolência diurna excessiva e fatores associados em mulheres de 35 a 49 anos de idade do “Projeto de Saúde de Pindamonhangaba” (PROSAPIN). *Revista da Associa Medica Brasileira*, v. 58, n. 4, p. 447-452, 2012.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.26, n.2, p.241-250, 2012.

PEREIRA, D. C. L.; LIMA, S. M. R. R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres após a menopausa. *Arquivos Médicos dos Hospitais e das Faculdades de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, v. 60, p. 1-6, 2015.

POLISSENI, A. F.; ARAÚJO, D. A. C.; POLISSENI, F.; MOURÃO JÚNIOR, C. A.; POLISSENI, J.; FERNANDES, E. S. *et al.*. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, v.31, p.28-34, 2009.

RADTKE, J.V.; TERHORST, L. COHEN, S.M. The Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) Questionnaire: Psychometric Evaluation among Breast Cancer Survivors. *Menopause*, v.18, n.3, p. 289–295, 2011.

RIBEIRO, A. S.; SOARES, A. K. A.; SIQUEIRA, V. M. S.; SOUZA, W. A.; PODESTÁ, M. H. M. C.; FERREIRA, E. B. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 13, n. 1, p. 48-65, 2015.

RODRÍGUES NETO, J.F.; FERREIRA, C.G. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. *Rev. Méd. Minas Gerais*, v.13, n. 1, p.42-46, 2003.

SASSOON, S. A.; DE ZAMBOTTI, M.; COLRAIN, I. M.; BAKER, F. C. Association between personality traits and DSM-IV diagnosis of insomnia in peri- and postmenopausal women. *Menopause*, v. 21, n. 6, p. 602-611, 2014.

SILVA, C. B. *et. al.* Atuação de Enfermeiros na Atenção às Mulheres no Climatério. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 9, suppl. 1, p. 312-318, 2015.

SILVEIRA, I. L.; PETRONILO, P. A.; SOUZA, M. O.; SILVA, T. D. N. C.; DUARTE, J. M. B. P.; MARANHÃO, T. M. O. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, v. 29, n. 8, p. 415-422, 2007.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar./abr., 2004.

SOBRAC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO. Guia da Menopausa. Sociedade norte-americana de menopausa-nams..7. ed., 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). *V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. São Paulo: SBC/SBH/SBN, 2006.

SOM, N.; ROY, P.; RAY,S. Menopause-specific quality of life of a group of urban women, West Bengal, India. *Climacteric* 2014; 17(6): 713-9.

SCHNEIDER H.P.G.; BIRKHAUSER M. Quality of life in climacteric women. *Climacteric*, 20:187-194, 2017

SPEZZIA, S.; CALVOSO JÚNIOR, R. Climatério, doenças periodontais e cáries radiculares. *Braz J Periodontol*, v. 23, n. 3, p. 39-45, 2013.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 11, n. 1, p.38-45, 2008.

TAMANINI, J. T. N.; DAMBROS, M.; D'ANCONA, C. A. L.; PALMA, P. C. R.; NETTO JR, N. R. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form” (ICIQ-SF). *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p.438-44, 2004.

UCHOA, E. *et al.* Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 11, n. 3, p. 115-128, 2002.

Utian, W.H. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric*. 2: 284-286, 1999.

VALENÇA, C. N.; NASCIMENTO-FILHO, J. M.; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Revista Saúde e Sociedade USP*, v. 19, n. 2, p. 273-285, 2010.

WEISS, G.; SKURNICK, J.H.; GOLDSMITH, L.T.; SANTORO, N.F.; PARK, S.J. Menopause and hypothalamic-pituitary sensitivity to estrogen. *JAMA*, v. 292, p. 2991–2996, 2004.

WONG, L. R. *Demographic bonuses and challenges of the age structural transition in Brazil*. In: IUSSP INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE, 25., 2005, Tours, France. **Paper...** Tours, FR: IUSSP, 2005. p. 1-27. Disponível em: <<http://iussp2005.princeton.edu/papers/51352>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity: preventing and managing the global epidemic (report of a WHO consultation on obesity)*. Geneva: World Health Organization, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: World Wealth Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from The World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41 n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ZÖLLNER, Y.F.; ACQUADRO, C.; SCHAEFER, M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Quality of Life Research*, v. 14, p. 309-327, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Parecer aprovado pelo CEP nº _____

Convidamos o (a) Sr (a) para participar do estudo científico AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: Um Estudo Epidemiológico, sob a responsabilidade do pesquisador Prof.^a Dra. Josiane Santos Brant Rocha, cuja pesquisa pretende Investigar os fatores determinantes dos agravos à saúde em mulheres climatéricas atendidas nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais. A sua participação é voluntária e se dará por meio da solução de questionários de pesquisa e submissão a avaliações antropométricas e exames bioquímicos. De acordo com a resolução 466 toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. Neste caso, a pesquisadora se compromete a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a mesma, não previsto nesse neste termo de consentimento. Se a Senhora aceitar participar, estará contribuindo para a elaboração e aplicação de estratégias de prevenção que visem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade das pacientes. Se após consentir em sua participação a Sra. desistir de continuar participando do estudo, poderá retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independentemente do motivo, o que não resultará qualquer prejuízo a sua pessoa. A Sra. não terá nenhuma despesa e também não receberá qualquer remuneração pela participação neste estudo. Os dados obtidos da pesquisa serão objeto de análise e publicação, mas a sua identidade não será divulgada, sendo preservada em sigilo. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço, Avenida Rui Braga, s/n - Vila Mauricéia, 39.401-089, Unimontes - Campus Darcy Ribeiro, Prédio 7, CEAD Unimontes, sala 10, pelo telefone (38) 3229-8303, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, situado á rua Ainda Mainartina, número 80, bairro Ibituruna, telefone (38)3214-7100, ramal 205, cidade de Montes Claros, Minas Gerais

Montes Claros, 22 de setembro de 2014.

Assinatura do (a) participante

APÊNDICE B - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui informado (a) sobre os objetivos do estudo científico pelo seu responsável e qual será a minha participação. Declaro ter entendido perfeitamente as explicações do pesquisador. Por isso, declaro consentir em participar do estudo científico, e concordo com as condições estabelecidas acima explicitadas. Este documento será emitido em duas vias assinadas por mim e pelo responsável pela pesquisa, cabendo uma via a cada um.

Montes Claros, ___/ ___/ _____

Assinatura do participante
(Impressão do dedo polegar, se for o caso)

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA
AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Título da pesquisa: AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Instituição/Empresa onde será realizada a pesquisa:

Estratégia Saúde da Família- Montes Claros.

Pesquisador Responsável: Josiane Santos Brant Rocha

– Contato: (38) 988370232

1-Objetivo:

Investigar os fatores determinantes dos agravos à saúde em mulheres climatéricas atendidas nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) de Montes Claros, Minas Gerais.

2- Metodologia/procedimentos: O presente estudo consiste em um estudo epidemiológico, a ser desenvolvido nas Estratégias da Saúde da Família de Montes Claros – Minas Gerais, de Agosto a de 2014 a agosto de 2016.

Os participantes do estudo serão 819 mulheres climatéricas, que serão selecionadas aleatoriamente dentro das Unidades Básicas de saúde da cidade de Montes Claros. As variáveis a serem analisadas no estudo serão perguntas gerais sobre fatores socioeconômicos, morbidade (doença), história obstétrica, história ginecológica, atividade física (IPAQ Versão Curta), Depressão (BECK), Ansiedade, Avaliação do Sono, Incontinência Urinária, Questionário de Qualidade de Vida Específico para Menopausa – MENQOL, Índice de Kupperman, Avaliação Antropométrica (peso, altura, CQ e CA), e avaliação da síndrome metabólica.

3- Justificativa:

O início da menopausa representa uma oportunidade para a elaboração e aplicação de estratégias de prevenção que visem melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade das pacientes, pois a obesidade, síndrome metabólica, diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, artrose, declínio cognitivo, demência, depressão, ansiedade, câncer e outros agravos à saúde, representam problemas de grande interesse e impacto nessa faixa etária e grupo populacional.

Portanto, a soma entre as carências de dados na região do norte de Minas Gerais, direcionada a essa clientela que necessita de atendimento diferenciado, faz com que estudos de epidemiológicos nesta área se tornem relevantes, a fim de provocar mudanças individuais e

coletivas que venham a contribuir para a transformação social e melhorar o atendimento na atenção primária de saúde.

4- Benefícios:

Com diagnósticos feitos em torno da saúde da população climatérica assistidas pelas estratégias da Saúde da Família de Montes Claros, pode-se traçar um perfil dos fatores determinantes dos agravos à saúde dessa população. Os dados podem fornecer um panorama epidemiológico aos serviços de saúde municipais a fim de embasar e orientar a construção de programas de intervenção, educação e promoção da saúde do público climatérico. Tais indicadores ainda podem direcionar o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na saúde da mulher, envolvendo fatores diversos, desde a melhoria do perfil clínico e dos hábitos de saúde até atividades culturais de lazer. O projeto suscita ainda uma frente de pesquisa ampla assentada no universo das mulheres nessa fase da vida, despertando estudos de recortes e abordagens diversas, contribuindo para o trabalho diante das lacunas do conhecimento existentes e expandindo as perspectivas de pesquisa, na criação de grupos e ligas, bem como na produção científica amparada nos temas análogos ao estudo.

5- Desconfortos e riscos

Com base na resolução 466/12, pesquisas submetidas à participação de seres humanos são envolvidas de certos riscos, entretanto, pesquisas desta natureza são realizadas por propiciar como base de apoio, de forma a gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos. Assim sendo, a pesquisadora suspenderá a pesquisa caso seja detectado qualquer dano de dimensão física, moral e social do ser humano, em qualquer fase desta.

6- Danos

A pesquisa será suspensa caso seja observado a possibilidade de qualquer dano imediato ou tardio que possa ocorrer aos participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:

Não consta.

8- Confidencialidade das informações

Será garantida aos participantes a confidencialidade das informações.

9- Compensação/indenização:

Não consta.

10- Outras informações pertinentes:

Não Consta.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa

____/____/____

Data

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

Assinatura

APÊNDICE D – CONVITE ÀS MULHERES PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



Você é a **convidada especial** para fazer parte deste estudo, desenvolvido para auxiliar na melhora da saúde, qualidade de vida e bem estar da **mulher climatérica**. Participe das coletas de sangue e seja protagonista deste estudo.

COLETAS DE SANGUE + QUESTIONÁRIOS

- DATA: _____
- LOCAL: _____
- HORÁRIO: _____
- É necessário jejum de **12 horas**

 GRUPO DE PESQUISA
SAÚDE NO CLIMATÉRIO

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AGRAVOS À SAÚDE EM MULHERES CLIMATÉRICAS: UM ESTUDO

Pesquisador: Josiane Santos Brant Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36405714.0.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 817.166

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico a ser realizado na cidade de Montes Claros-MG, compreendendo o período de agosto de 2014 a agosto de 2016.

As variáveis a serem analisadas no estudo serão perguntas gerais sobre fatores socioeconômicos, morbidade (doença), história obstétrica, história ginecológica, atividade física (IPAQ Versão Curta), Depressão (BECK), Ansiedade, Avaliação do Sono, Incontinência Urinária.

A coleta de dados será realizada por meio do Questionário de Qualidade de Vida Específico para Menopausa – MENQOL, Índice de Kupperman, Avaliação Antropométrica (peso, altura, CQ e CA), e avaliação da síndrome metabólica que será definida pelo NCEP-ATPIII, Sociedade Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, IDF.

Objetivo da Pesquisa:

Estimar a prevalência da incontinência urinária e os fatores associados em mulheres climatéricas; Estimar a prevalência da depressão, ansiedade e os fatores associados em mulheres climatéricas; Estimar a sintomatologia climatérica e os fatores associados nas mulheres assistidas pelas Estratégias da Saúde da Família. Elaborar uma cartilha educativa direcionada às mulheres climatéricas.

Endereço: Av. Prof. Aida Malvestina,80

Bairro: Estúnia CEP: 36.408-007

UF: MG Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3254-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorothastranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 017.166

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com relação aos riscos da pesquisa a pesquisadora suspenderá a pesquisa caso seja detectado qualquer dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase desta.

Quanto aos benefícios: espera-se que com diagnósticos feitos em torno da saúde da população climatérica assistidas pelas estratégias da Saúde da Família de Montes Claros, pode-se traçar um perfil dos fatores determinantes dos agravos à saúde dessa população. Os dados podem fornecer um panorama epidemiológico aos serviços de saúde municipais a fim de embasar e orientar a construção de programas de intervenção, educação e promoção da saúde do público climatérico. Tais indicadores ainda podem direcionar o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na saúde da mulher, envolvendo fatores diversos, desde a melhoria do perfil clínico e dos hábitos de saúde até atividades culturais de lazer. O projeto suscita ainda uma frente de pesquisa ampla assentada no universo das mulheres nessa fase da vida, despertando estudos de recortes e abordagens diversas, contribuindo para o trabalho diante das lacunas do conhecimento existentes e expandindo as perspectivas de pesquisa, na criação de grupos e ligas, bem como na produção científica amparada nos temas análogos ao estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que contribuirá para o conhecimento e expansão das estratégias na melhoria da qualidade de vida para o público estudado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatórias adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto cumpre os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Aida Malnarina,80
Bairro: Itaipura CEP: 36.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1000 E-mail: doroteiafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



Continuação do Parecer: 617.166

MONTES CLAROS, 02 de Outubro de 2014

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Marinina,80
Bairro: Itaipava CEP: 38.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorothetracca@gmail.com

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SAÚDE NO CLIMATÉRIO

MOMENTO AVALIATIVO 1 (agosto-dezembro 2014)

Nome: _____ Código: MF _____ Data: ____/____/____

Dar boas vindas, dizer bom dia ou boa tarde. Apresentar se dizendo: _ meu nome é (**diga a nome**) e função, sou entrevistador (a) da Universidade Estadual de Montes Claros, estamos realizando estudo sobre saúde da mulher montes-clarense e a senhora foi sorteada para participar. Os resultados ajudarão a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso às respostas aqui recolhidas. Mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer.

PERGUNTAS GERAIS

1. USF Coloque o n. de registro da entrevistada RG da entrevistada	_____ (nome e micro área) _____ RG _____
2.1 Quantos anos completos Sra. têm? Idade	Idade.....____/____ NS.....88 (não sei) NR.....99 (não respondeu)
2.2. Em que mês e ano a Sra. nasceu? (conferir a idade com documento)	Mês.....____/____ Ano.....____/____/____/____ NS.....88 NR.....99
3.1 A Sra. consegue ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
3.2 Qual foi o curso mais elevado que frequentou e concluiu na escola?	Não concluiu nem a 1ª série.....1 1ª série.....2 2ª série.....3 3ª série.....4 4ª série.....5 5ª série.....6

	6ª série.....7 7ª série.....8 8ª série.....9 1º colegial(científico).....10 2º colegial (científico).....11 3º colegial (científico).....12 Superior de graduação (terceiro grau ou superior).....13 Mestrado e/ ou doutorado.....14 Alfabetização de adultos.....15 Supletivo ministrado em escola.....16 NS.....88 NR.....99
3.3. A escola que a Sra. estudou por mais tempo era...	Pública.....1 Particular.....2 Metade pública/ Metade particular.....3 NS.....88 NR.....99
4. A Sra. tem alguma religião? Qual?	Católica apostólica romana.....1 Evangélica de missão.....2 Evangélica de origem pentecostal.....3 Outras evangélicas.....4 Espírita.....5 Umbanda e candomblé.....6 Testemunha de Jeová.....7 Sem religião.....8 Outra _____ (escrever) NS.....88 NR.....99
5.1. A Sra. já foi ou é casada ou teve união livre (morou junto com um companheiro)?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 6) NS.....88

	NR.....99
5.2. Este casamento ou união continua ou acabou?	Continua.....1 Separação.....2 Viuvez.....3 Divórcio.....4 NS.....88 NR.....99
6. A Sra. se considera:	Branca.....1 Preta.....2 Amarela.....3 Parda (morena).....4 Indígena.....5 Outra.....6 NS.....88 NR.....99
7.1. A Sra. trabalha ?	Sim.....1 Não.....2 (Vá para a 8.1) NS.....88 NR.....99
7.2 Qual o valor de seu pagamento / remuneração mensal? (Anotar o valor total – referência: Salário mínimo = R\$ 724,00)	R\$ _____ NS.....88 NR.....99
7.3. Qual a profissão exercida?	_____ NS.....88 NR.....99
8.1. Quantas pessoas moram com a Sra.? (sem contar com você)/..... NS.....88 NR.....99
8.2. Qual a renda bruta.? (Anotar o valor total – referência: Salário mínimo = R\$ 724,00)	R\$ _____ NS.....88 NR.....99

MORBIDADE (DOENÇA)

<p>9. A Sra. usa algum remédio (medicamento)? Tem a receita do médico ou a caixa ou a bula do remédio?</p> <p>(anotar o(s) nome(s) do(s) remédio(s) de acordo com a receita ou caixa ou bula).</p>	<p>Não.....1</p> <p>Sim, quais _____ 2</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p> <p>10. _____</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.1. A Sra.tem pressão alta = hipertensão?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p>
<p>10.2. A Sra.tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.3. A Sra. teve diabetes na gravidez = gestacional?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.4. A Sra.tem problema no coração?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2 (Vá para a 10.6)</p> <p>NS.....88 (Vá para a 10.6)</p> <p>NR.....99 (Vá para a 10.6)</p>
<p>10.5. Qual?</p>	<p>_____</p> <p>NS.....88</p> <p>NR.....99</p>
<p>10.6. A Sra. teve Derrame = AVC?</p>	<p>Sim.....1</p> <p>Não.....2</p> <p>NS.....88</p>

	NR.....99
10.7. A Sra. teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
10.8. A Sra. teve ou tem doença de fígado sem ser por causa do álcool? (Doença hepática gordurosa não alcoólica)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
10.9. A Sra. teve ou tem gota = ácido úrico elevado = Hiperuricemia?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
11.1. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
11.2. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
11.3. Alguém da sua família (pai, mãe, irmãos, filhos) teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual idade?	

12.4 A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
12.5 Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes..... / ____ NS.....88

	NR..... 99
12.6 Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes..... / NS..... 88 NR..... 99
12.7 Qual o peso do seu maior filho ao nascer? NS.....88 NR..... 99
12.8 Fez cirurgia ginecológica prévia? (alguma cirurgia na vagina, útero, trompas, ovário, bexiga e reto)	Sim.....1 Não..... 2 (Vá para a 13.1) NS..... 88 NR..... 99
12.9 Qual foi a cirurgia?	1. 2. 3. 4. NS.....88 NR.....99

--

ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)

14. Nós queremos saber quanto tempo você passou fazendo atividade física na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:

- atividades físicas VIGOROSAS: precisam de grande esforço físico e fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas MODERADAS: precisam de esforço físico e fazem respirar POUCO mais forte que o normal.

14.1 Em quantos dias da semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? / dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
14.2 Nos dias em que você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando por dia ?Horas: Minutos: Não caminha.....() NS.....88 NR.....99
14.3 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, / dias por semana

pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração. (NÃO INCLUIR CAMINHADA)	Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
14.4 Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?Horas: _____ Minutos: _____ Não fez..... () NS.....88 NR.....99
14.5 Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração./_____ dias por semana Nenhum..... () NS.....88 NR.....99
14.6 Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?Horas: _____ Minutos: _____ Não fez..... () NS.....88 NR.....99

ÍNDICE DE KUPPERMAN

Tipos de sintomas	Leve	Moderado	Intenso	Escore
Vasomotores- ondas de calor- suores noturnos	4 (1 a 3/dia)	8 (4 a 9/dia)	12 (>10/dia)	
Parestesia - Perda da sensibilidade do corpo	2	4	6	
Insônia	2	4	6	
Nervosismo	2	4	6	
Tristeza	1	2	3	
Vertigem	1	2	3	
Fraqueza	1	2	3	
Artralgia/Mialgia- Dores nas articulações	1	2	3	
Cefaléia Dor de cabeça	1	2	3	
Palpitação Coração batendo forte	1	2	3	
Formigamento	1	2	3	

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Variável	Média
Peso	
Altura	
CQ	
CA	

IMC: _____

RCQ: _____

NEXO C- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO - INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS

Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh-PSQI-BR composto por questionário, instrumento validado, com confiabilidade estabelecida, validado em Português do Brasil (BERTOLAZI, 2011).

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP)

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____

Instruções: As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono somente durante o último mês. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da maioria dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?

Hora usual de deitar _____

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?

Número de minutos _____

3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?

Hora usual de levantar _____

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque uma melhor resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:

(a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(c) Precisou levantar para ir ao banheiro

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(d) Não conseguiu respirar confortavelmente

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(e) Tossiu ou roncou forte

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(f) Sentiu muito frio

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(g) Sentiu muito calor

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(h) Teve sonhos ruins

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

(i) Teve dor

- () Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
- (j) Outra(s) razão(ões), por favor descreva _____
Com que frequência, durante o último mês, teve dificuldade para dormir devido a essa razão?
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?
() Muito boa () Boa () Ruim () Muito ruim
7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
9. No último mês, quão problemático foi para você manter o ânimo para fazer as suas atividades habituais?
() Nenhuma dificuldade () Um problema leve () Um problema razoável () Um grande problema
10. Você tem um(a) parceiro (esposo) ou colega de quarto?
() Não () Sim, outro quarto () mesmo quarto/outra cama () /mesma cama

Se tem parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência, no último mês, você teve:

- (a) Ronco forte
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
- (b) Longas paradas na respiração enquanto dormia
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
- (c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
- (d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono
() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem
- (e) Outras alterações (inquietações) no último mês, enquanto você dorme; por favor, descreva:

() Nenhuma () Menos de 1 vez/ sem () 1 ou 2 vezes/ sem () 3 ou mais vezes/ sem

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH (IQSP)

Componente 1: **Qualidade subjetiva do sono:** Examine a questão 6 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Muito boa: 0 boa: 1 ruim: 2 muito ruim: 3

Pontuação do componente 1:

Componente 2: **Latência do sono:**

1. Examine a questão 2 e pontue: < ou igual 15 minutos: 0 16-30 minutos: 1 31-60 minutos: 2 >60 minutos: 3

2. Examine a questão 5a e pontue: nenhuma vez : 0 menos de 1x/semana: 1 1 a 2 x/semana: 2 / 3 x/semana ou mais : 3

3. Somar os pontos das questões 2 e 5ª, e atribuir escore à soma: (0 = 0; 1 a 2 = 1; 3 a 4 = 2; 5 a 6 = 3)

Pontuação do componente 2:

Componente 3: **Duração do sono**

1. Examine a questão 4 e atribua a pontuação considerando: > 7 horas: 0 6-7 horas: 1 5-6 horas: 2 < 5 horas: 3

Pontuação do componente 3:

Componente 4: **Eficiência habitual do sono**

1. Escreva o número de horas dormidas (obtido na questão 4) e

2. Calcule as horas no leito: {hora de levantar (obtido na questão 3) – hora de deitar (obtido na questão 1)}:

3. Calcule a eficiência do sono: {nº de horas dormidas / nº de horas no leito} x 100 = eficiência do sono (%)

4. Atribua à pontuação do componente 4 da seguinte maneira: > 85 %: 0 75-84 %: 1 65-74 %: 2 < 65 %: 3

Pontuação do componente 4:

Componente 5: **Distúrbio do sono**

1. Examine as questões de 5b a 5j e atribua à pontuação para cada questão, da seguinte maneira:

Resposta Pontuação: nenhuma vez: 0 < 1 vez/semana: 1 1 a 2 vezes/semana: 2 3 vezes/semana ou mais: 3

2. Somar os pontos das questões 5b a 5j e atribuir pontuação: 0 = 0 1 a 9 = 1 10 a 18 = 2 19 a 27 = 3

Pontuação do componente 5:

Componente 6: **Uso de medicação para dormir**

1. Examine a questão 7 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Nenhuma vez : 0 < 1 vez/semana : 1 1 a 2 vezes/semana : 2 3 ou mais vezes/semana: 3

Pontuação do componente 6:

Componente 7: **Sonolência/disfunção durante o dia:**

1. Examine a questão 8 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Nenhuma vez: 0 < 1 vez/semana: 1 1 a 2 vezes/semana : 2 3 ou mais vezes/semana: 3

2. Examine a questão 9 e atribua à pontuação: Nenhuma: 0 pequena: 1 moderada: 2 muita : 3

3. Some as pontuações das questões 8 e 9 e pontue com a soma: 0: 0 1 a 2 : 1 3 a 4: 2 5 a 6 : 3

Pontuação do componente 7:

PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQI: Somar Escores dos 7 componentes.

Pontuar escore final considerando as seguintes relações:

1) 0-4 pontos: Qualidade de sono preservada

2) 5-10 pontos: Perda da qualidade do sono

3) >10 pontos: Grande perda da qualidade do sono (possível presença de distúrbio)

ANEXO F - INSTRUÇÕES PARA AUTORES REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

- 1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);
- 1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));
- 1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));
- 1.6 – [Questões Metodológicas](#): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de [pesquisa etiológica](#) na epidemiologia e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);
- 1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);
- 1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
- 2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
- 2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.
- 2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

- 3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:
 - [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
 - [ClinicalTrials.gov](#)
 - [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)

- [Nederlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos ([Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#)). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

ANEXO G - NORMAS PARA ELABORAÇÃO DE RESUMOS EXPANDIDOS PARA O 11º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO DA UNIMONTES

INTRODUÇÃO

Estas instruções têm como objetivo auxiliar os autores a prepararem os resumos expandidos para o XI Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão da Unimontes. Os resumos expandidos deverão ter, no máximo, três páginas. Deste total, pelo menos duas páginas devem ser dedicadas para o texto. As ilustrações (gráficos e figuras) devem ser colocadas na última página (terceira página). Os resumos serão revisados pela Comissão Científica do Seminário, podendo ser *aprovados sem correções* ou *rejeitados*, em caráter irrevogável não cabendo recurso contra a decisão da Comissão Avaliadora. Apenas serão aceitos trabalhos de pesquisa que apresentem resultados, mesmo que parciais.

Obs: Não altere o tipo e tamanho das fontes ou espaço entre as linhas para adicionar mais texto ao número limitado de páginas. Da mesma forma, não altere o tamanho das páginas nem as margens deste modelo.

Material e métodos

A. Submissão

Os resumos expandidos devem ser submetidos exclusivamente pela internet, através da página do evento. O arquivo deverá ser anexado no campo indicado. Cada resumo poderá ter até 7 (sete) autores, o primeiro nome será o do apresentador do trabalho. Os nomes dos autores e coautores, bem como suas titulações **NÃO DEVERÃO** ser escritos no resumo, sob pena de indeferimento. Os nomes e titulações dos autores **NÃO DEVERÃO CONSTAR** no resumo, sob pena de indeferimento. Apenas serão aceitos arquivos no formato Word (extensão doc). **O tamanho máximo do arquivo não deverá exceder dois MBytes.**

B. Estrutura do resumo

O resumo expandido deve estar formatado segundo este documento modelo, como um arquivo do Microsoft® Word. A margem superior deve ser de 5 cm, as demais margens (inferior, direita e esquerda) deverão ser de 2 cm. (É imprescindível que se respeitem as margens para que o cabeçalho do evento seja inserido na confecção dos anais.) A fonte do texto é o Times New Roman (tamanho 10, espaçamento simples, justificado). O trabalho deve conter uma **Introdução** (concisa, contendo a apresentação do tema com seus objetivos, justificativa da atividade e revisão de literatura); **Material e métodos** (descrição suficientemente clara, de modo que o leitor entenda e possa reproduzir os procedimentos utilizados), **Resultados e discussão**, **Conclusão/Conclusões**, **Agradecimentos** e **Referências Bibliográficas**.

As fontes financiadoras do trabalho deverão ser citadas na nota de rodapé, na primeira página. Os nomes científicos, incluindo os gêneros e categorias infragenéricas, devem estar em *itálico*. Siglas e abreviaturas, quando usadas pela primeira vez, devem ser precedidas do seu significado por extenso, como no exemplo: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Números até dez, devem estar por extenso, a menos que sejam seguidos de alguma unidade de medida, ou indiquem figuras ou tabelas. Subtítulos devem estar em itálico, após letra maiúscula e ponto. Use *itálico* para ênfase; não use sublinhado. Os trabalhos científicos que envolvam pesquisas com seres humanos deverão citar o número de parecer de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa em nota de rodapé. Trabalhos envolvendo animais, caso possuam aprovação da Comissão de Ética em Experimentação e Bem-Estar Animal da Unimontes – CEEBEA deverão apresentar o número de aprovação em nota de rodapé.

C. Forma de apresentação

TODOS os trabalhos serão apresentados na forma de pôster (cujas normas de confecção serão disponibilizadas nesse *site* posteriormente).

Resultados e discussão

A. Figura e Tabelas

Figuras devem ser posicionadas na última página, **após as Referências**. Para adicionar as figuras, clique sobre o ícone Imagem na barra de ferramentas do editor, marque a opção “Enviar ao Servidor” e selecione a figura em seu computador e clique em OK para inserir a figura em seu texto. Figuras coloridas serão permitidas. Todas as figuras deverão ter resolução máxima de 300 pontos por polegada. Recomenda-se a criação de uma única estampa, contendo várias figuras reunidas. As legendas devem ser posicionadas abaixo das figuras. Títulos de tabelas devem estar acima das mesmas. Sempre certifique-se de que as figuras e tabelas estejam citadas no texto. As escalas podem fazer parte da própria figura, com o seu valor correspondente, ou discriminadas na legenda (como por exemplo, "Escala= 1 μ m"). Abreviaturas nas figuras (sempre em minúsculas) devem ser citadas nas legendas e fazer parte da própria figura, inseridas com o uso de um editor de imagens (Adobe® Photoshop, por exemplo). Não use abreviaturas, escalas ou sinais (setas, asteriscos) sobre as figuras como “caixas de texto”. Não use borda ao redor das figuras. Use “Figura”, seguido do número da figura (ambos em negrito), no início da legenda (Figura 1, por exemplo; não abrevie). No texto, use abreviaturas (Fig. 1, por exemplo). Se a figura é composta de várias outras menores, inclua “A” e “B” para distingui-las, no canto inferior esquerdo de cada uma, colocando na legenda Fig. 1A, Fig. 1B, e assim por diante. Não abrevie “Tabela” nas legendas. Tabelas são numeradas com números arábicos (Tabela 1, por exemplo). Use fonte 8 ou 9 na tabela.

B. Citações

Conforme as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (NBR 6023/02).

Obs: os autores deverão, no momento da submissão do resumo, indicar em espaço próprio o número do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa ou em Experimentação e Bem Estar Animal.

Conclusão/Conclusões/Considerações finais

Antes da efetiva submissão do trabalho deve ser feita criteriosa revisão das informações, texto, grafia, imagens etc, pois não serão aceitos quaisquer ajustes após o trabalho ter sido submetido. Todas as informações contidas nos trabalhos são de inteira responsabilidade dos autores e coautores.

Agradecimentos

Tópico obrigatório (Bolsistas do PROINIC-UNIMONTES): Devem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico. Devem ser também mencionados nos agradecimentos, nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho desde que não preencham os requisitos para participar da autoria.

Referências bibliográficas

As referências (limitadas a 10) deverão ser escritas com a fonte Times New Roman (tamanho 07, espaçamento

simples, alinhadas à esquerda), em ordem alfabética, justificadas a esquerda, conforme as normas vigentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (NBR 6023/2002).

PORTO, E. M. V. et al. Produção de biomassa de cultivares do capim buffel submetidos à adubação nitrogenada. *Revista Unimontes Científica*, Montes Claros, v. 19, n. 1, jan./jun. 2017.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Mania de bater*: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu, 2001. 386 p.

JEOLAS, L. S.; KORDES, Hagen. Percursos acelerados de jovens condutores ilegais: o risco entre vida e morte, entre jogo e rito. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 16, n. 34, dez. 2010.

MORETO, A.L. *Estimação dos componentes da variância fenotípica em feijoeiro utilizando método genealógico*. 2005. 76p. (Curso de Pós-Graduação em Genética e Melhoramento de Plantas) – UFLA, Lavras, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente nos municípios e para as unidades da federação brasileira com data de referência em 1º de julho de 2016. 2016. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97868.pdf>. Acesso em: 25 Ago. 2016.

Tabela 1. Altura da planta (AP), diâmetro de colmo (ϕ) e número de galhos (NG) de plantas de mata-pasto (*Senna obtusifolia* L. Irvin e Barneby) no momento do corte para desidratação

Linha de Plantio	Média de 12 plantas avaliadas		
	AP	ϕ (mm)	Nº Galhos
1	72,25	8,40	23,41
2	71,00	9,60	23,92
3	77,00	10,08	23,91
4	72,75	7,00	22,92
5	83,75	9,25	25,58
6	78,50	8,25	24,51
7	72,50	8,58	25,25
8	83,25	7,83	25,75
9	84,00	10,16	25,72
10	88,00	9,71	26,14
Média Geral	78,30	8,89	24,71

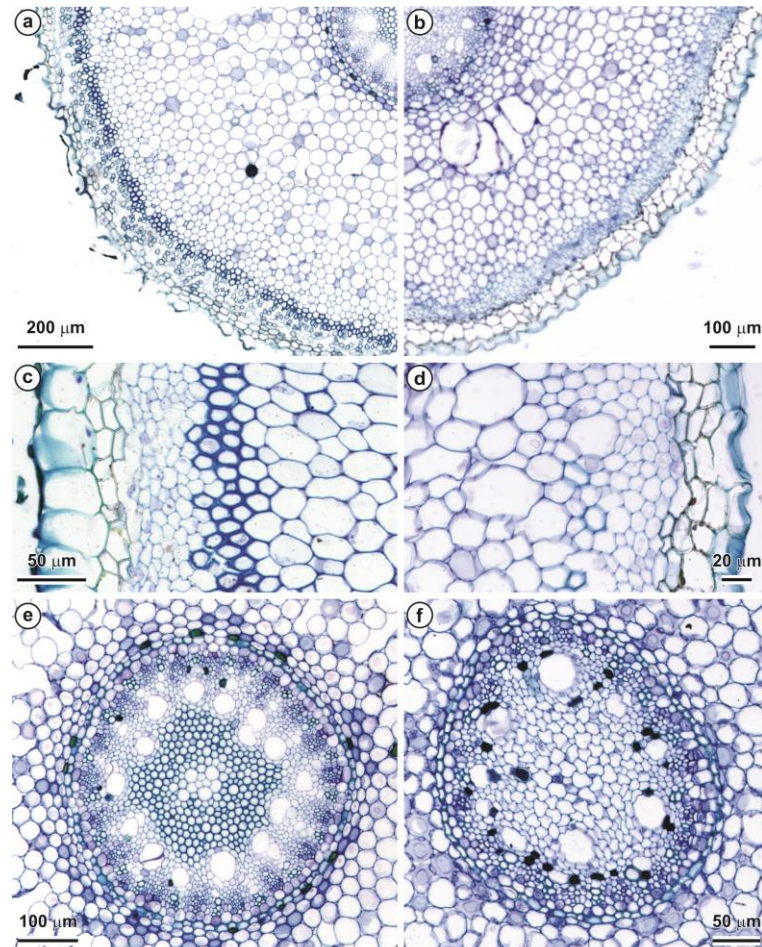


Figura 1. Use “Figura” (seguido do número da figura, ambos em negrito) no início da legenda (não abrevie). Não use abreviaturas, escalas ou sinais (setas, asteriscos) sobre as figuras como “caixas de texto” do Word. Todos estes elementos devem fazer parte da própria figura (use o seu editor de imagens para isso). Não use borda ao redor das figuras. Valores das escalas, se não indicadas na própria figura, devem aparecer desta forma: Fig. 1A, 200μm; Fig. 1B, 100μm; Fig. 1C, 50 μm; Fig. 1D, 20 μm; Fig. 1E, 100 μm; Fig. 1F, 50 μm. **Obs.:** *Figura cedida, para uso neste modelo, pela professora Dra. Maria Olívia Mercadante Simões- Unimontes - Anatomia de raízes de Acrocomia aculeata desenvolvidas em condição in vitro e ex vitro.*