

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA
Área de Concentração: Processos de Avaliação e Intervenção em
Fisioterapia

Via Washington Luís, Km 235 - C.P.676 - CEP. 13.565-905 - SÃO
CARLOS - SP - BRASIL

TEL: (016) 3351- 8448- FAX. (016) 3361-2081

E.mail: ppg-cr@power.ufscar.br

“Dor, qualidade de vida e depressão em mulheres climatéricas adscritas a
uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo”

Anny Caroline Dedicção

SÃO CARLOS
2012

Anny Caroline Dedicção

“Dor, qualidade de vida e depressão em mulheres climatéricas adscritas a
uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo”

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Fisioterapia
da Universidade Federal de São Carlos,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Fisioterapia na área de
concentração Processos de Avaliação e
Intervenção em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Patricia Driusso

SÃO CARLOS

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

D299dq

Dedicação, Anny Caroline.

Dor, qualidade de vida e depressão em mulheres climatéricas adscritas a uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo / Anny Caroline Dedicação. -- São Carlos : UFSCar, 2012.

69 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Epidemiologia. 2. Assistência à saúde. 3. Saúde da mulher. 4. Dor - medição. I. Título.

CDD: 614.4 (20ª)

Membros da banca examinadora para defesa de dissertação de mestrado de ANNY CAROLINE DEDICAÇÃO, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, em 03 de fevereiro de 2012

Banca Examinadora:

Patricia Driusso

**Prof.^a Dr.^a Patricia Driusso
(UFSCar)**

Daniela C. Abreu

**Prof.^a Dr.^a Daniela Cristina Carvalho de Abreu
(USP/R. Preto)**

Tatiana de Oliveira Sato

**Prof.^a Dr.^a Tatiana de Oliveira Sato
(UFSCar)**

Anny Caroline Dedicção

Estudo I

“Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas adscritas a uma
Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo”

Estudo II

“Avaliação da qualidade de vida, sintomas e depressão em mulheres climatéricas de
baixa renda”

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Patrícia Driusso

Apoio Financeiro: CAPES

SÃO CARLOS

2012

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas. Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acarícia, desejo que sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida. É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar. Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.”

Cora Coralina

Dedicatória

Dedico este trabalho, aos meus pais, Fátima e Odair. Meus exemplos de vida, por me ensinarem os principais valores, pelo apoio, incentivo e amor incondicional. Vocês são essenciais na minha vida e foram fundamentais para a realização deste sonho, sem vocês, nada disso teria sentido. Agradeço sempre a Deus por tê-los como meus pais, AMO vocês infinitamente!

Agradecimento especial

Agradeço em especial à minha orientadora, professora e amiga Patricia Driusso, por ter despertado em mim o interesse pela pesquisa, por ter me incentivado e confiado no meu trabalho. Por todos os ensinamentos, carinho e paciência mesmo nos momentos de maior dificuldade. Você é uma das grandes responsáveis pela realização desse sonho. Obrigada por todas as oportunidades que você me ofereceu desde o aprimoramento. Serei eternamente grata!

Agradecimentos

À Deus, pela certeza da companhia em todos os momentos e por ter me concedido mais essa oportunidade.

À minha mãe, melhor amiga e companheira Fátima, por seu imenso amor e companheirismo dispensado a mim durante esta pesquisa e em todos os momentos da minha vida! A meu grande exemplo: Meu eterno agradecimento!

Ao meu pai, Odair, grande exemplo de honestidade e trabalho, pelo incentivo e oportunidade a mim concedida durante toda a minha vida. Sem você, nada disso seria possível. Meu obrigada, para sempre!

Aos meus irmãos, a base de tudo, Carla, Junior e Willian. Por estarem sempre ao meu lado, pelo incentivo e por entender os momentos de maior tensão. É difícil dizer com palavras o quanto vocês são importantes para mim! Amo vocês demais!

À Gabizinha, tão pequena e tão importante para mim. Obrigada por tornar minha vida muito mais divertida e cor de rosa. Amo você infinitamente!

Ao Felipe, pelo seu carinho e apoio incondicional, pela tolerância nos momentos de maior ansiedade. Foram muitos sacrifícios e abnegações para que esta etapa fosse concluída. Obrigada por sempre estar ao meu lado. Te amo demais!

À Camila e a Bia, que vieram completar ainda mais a família que eu tanto amo!

À Carla Britto, Cintia Castellani e Renata Rabelo, pelo apoio e incentivo para que esta etapa da minha formação fosse concluída. Muito obrigada!

Às amigas do LAMU, Mariana, Anna Silvia, Vanessa e Grasiéla por toda a cooperação e ajuda!

À minha equipe, Érica, Camila, Fernanda, Natália, Renata Barros, Renata Bianca e Roberta. Obrigada por sempre compartilhar comigo as alegrias e as frustrações.

À Cecília Leal Dias e Paula Viana, pela ajuda durante esta pesquisa.

Às componentes da banca de qualificação, pelas observações, críticas e sugestões que contribuíram profundamente para o aprimoramento deste trabalho.

Às mulheres que participaram dessa pesquisa por mais esse aprendizado. Talvez elas nunca dimensionem a importância do tempo que com elas passei. Obrigada pela confiança e pelos sorrisos com os quais fui recebida.

Ao programa de pós graduação em Fisioterapia, seus professores e funcionários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. O climatério é definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. Corresponde ao declínio da função ovárica e caracteriza-se por um progressivo estado de hipoestrogenismo, ao qual está associado um conjunto de manifestações multiorgânicas que, a curto, médio ou longo prazo, interferem na vida e saúde da mulher. A sintomatologia do climatério envolve suores noturnos, fogachos, insônia, dores musculoesqueléticas, secura vaginal, osteoporose, aumento das doenças cardiovasculares, labilidade emocional, irritabilidade, nervosismo e depressão. Além das alterações físicas e biológicas, o contexto sócio-econômico-cultural pode exercer grande influência nessa fase de transição. A idade média da menopausa é por volta dos 51 anos, com o aumento gradativo da média de expectativa de vida chegando aos 77 anos, as mulheres brasileiras viverão um terço de suas vidas na pós menopausa, atualmente aproximadamente 32% das mulheres brasileiras estão na fase do climatério. A atenção primária é o nível de atenção adequado para atender grande parte das necessidades de saúde das mulheres no climatério. Diante do exposto, o primeiro estudo teve como objetivo investigar a prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas adscritas à uma Unidade Mista de Saúde de uma comunidade de baixa renda na zona sul de São Paulo. Das mulheres participantes, 93,55% apresentaram queixa de dores musculoesqueléticas e média de dor na escala visual analógica de 6,88 ($\pm 3,03$). A dor é um elemento subnotificado pela atenção primária no Brasil, uma vez que não são registradas especificamente nas Unidades Básicas de Saúde. É responsabilidade da atenção primária realizar ações pró-ativas frente aos problemas de saúde-doença da população, e desenvolver atividades com base no diagnóstico situacional. Este alto índice de dor evidencia a necessidade das mulheres nessa fase e o subsequente planejamento de atividades que venham a supri-las. O segundo estudo teve como objetivos (1) avaliar a qualidade de vida; (2) avaliar a presença e intensidade das manifestações do climatério; (3) avaliar a presença de sintomas depressivos nessa população. A qualidade de vida dessas mulheres apresentou um forte impacto negativo, sendo o domínio componente físico, o mais prejudicado. Os sintomas psicológicos foram as manifestações mais prevalentes, com média 7,29 ($\pm 4,26$) do *Menopause Rating Scale*, a depressão esteve significativamente relacionada com a diminuição da qualidade de vida e aumento dos sintomas referentes a essa fase. Embora seja difícil afirmar que esses sintomas estejam exclusivamente relacionados ao climatério, este estudo fornece um diagnóstico situacional de uma população de mulheres economicamente ativas vivenciando um período crítico para ocorrência de dores musculoesqueléticas, impacto negativo sobre a qualidade de vida e depressão. A detecção precoce destes sintomas na atenção primária, determinará ações preventivas e estratégias terapêuticas mais eficazes. O uso de instrumentos específicos que avaliem as queixas individuais, ajudam a diagnosticar as reais necessidades, produzindo um levantamento epidemiológico mais preciso e um melhor manejo clínico multidisciplinar.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde, saúde da mulher, medição da dor, estudo transversal, qualidade de vida, depressão

ABSTRACT

Women are the majority of the Brazilian population and the main users of SUS -Unified Health System. The climacteric is defined as a biological stage of life and not as a pathological process, and comprises the transition between the reproductive and the non-productive period of women's life. It corresponds to the decline of the ovarian function and is characterized by a progressive state of hypoestrogenism, to which a set of multi-organic manifestations affecting women's health and life in short, medium or long term, is related. The climacteric symptoms involve nocturnal sweating, hot flushes, insomnia, musculoskeletal pain, vaginal dryness, osteoporosis, increase of cardiovascular diseases, emotional lability, irritability, jitters, and depression. In addition to the physical and biological alterations, the socio, economic, and cultural context plays a fundamental role in this transition stage. The average menopausal age is around 51 years, with the gradual increase of the average life expectation reaching 77 years, Brazilian women will live one third of their lives in post-menopause. Currently, about 32% of Brazilian women are in the climacteric stage. The primary attention is the adequate level of attention to meet most of the health needs of climacteric women. In face of, the first study was aimed at investigating the prevalence of musculoskeletal pain in climacteric women registered in a Mixed Unity of Health in a low income community in the south of the city of São Paulo. From women participating, 93.55% complained of musculoskeletal pains, and the average of pain in the analogical visual scale is 6.88 (± 3.03). Pain is also an element sub-notified by the primary care in Brazil, as they are not specifically registered in the Basic Health Unit. Primary care is responsible to conduct proactive actions in face of the health-disease problems of the population, and to develop activities based on the situational diagnosis. This high rate of pain evidences the needs of women in this stage and the subsequent planning of activities purposed to meet such needs. Taking into account this result, the second study was conducted. The objectives were (1) evaluate the quality of life; (2) evaluate the presence and intensity of climacteric manifestations; (3) evaluate the presence of depressive symptoms in this population. The quality of life of these women had a strong negative impact, especially on the physical component domain. The psychological symptoms were the most prevalent manifestations. With an average of 7.29 (± 4.26) in the Menopause Rating Scale, depression was significantly related with the decreased quality of life and the increased symptoms regarding this stage. Although it's difficult to say that such symptoms are exclusively related to the climacteric, this study provides a situational diagnosis of a population of economically active women living a critical period for the occurrence of musculoskeletal pains, negative impact on the quality of life, and depression. The early detection of symptoms in primary care will determine efficient preventive actions and therapeutic strategies. The use of specific instruments to evaluate the individual complaints helps diagnosing the actual needs, thus producing a more accurate epidemiological survey and a better multidisciplinary clinical management.

Keywords: Comprehensive health care, women's health, pain measurement, cross-sectional studies, quality of life, depression.

SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO	2
2. ESTUDO I	
2.1 Resumo	10
2.2 Introdução	11
2.3 Materiais e Métodos	13
2.3.1 Sujeitos	13
2.3.2 Anamnese	14
2.3.3 Dor	15
2.3.4 Análise estatística	15
2.4 Resultados	16
2.5 Discussão	19
2.6 Conclusão	25
2.7 Referências Bibliográficas	26
3. Contextualização para o ESTUDO II	29
4. ESTUDO II	
4.1 Resumo	33
4.2 Introdução	34
4.3 Materiais e Métodos	36
4.4 Análise estatística	39
4.5 Resultados	40
4.6 Discussão	44
4.7 Conclusão	49
4.8 Referências Bibliográficas	50

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	55
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
ANEXO C – Ficha de Anamnese	59
ANEXO D – Questionário <i>Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey (SF-36)</i>	61
ANEXO E – <i>Menopause Rating Scale (MRS)</i>	64
ANEXO F – Inventário de Depressão de Beck (BDI)	65

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O climatério, designação proveniente da palavra grega Klimakter que significa ponto crítico da vida humana, é o período do envelhecimento feminino marcado pela transição de uma fase reprodutiva para um estado não reprodutivo, podendo ser acompanhado de diversos sintomas (Sociedade Internacional de Menopausa, 1999), que comprometem a qualidade de vida (QV) da mulher (Avis et al, 2009). É um processo de adaptação ao qual a mulher passa a um novo estado biológico, sendo caracterizado pela crescente carência estrogênica (Agil et al, 2010). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1996), o climatério compreende uma fase pré-menopausal, que começa em torno dos quarenta anos de idade e se estende até o início dos ciclos menstruais irregulares e/ou de sintomatologia atribuível à falência ovariana, com duração variável; A fase da perimenopausa se inicia anteriormente à menopausa, com o início dos sintomas e/ou ciclos irregulares, e se estende até o primeiro ano após o último ciclo menstrual; e uma fase pós-menopausal, que se inicia com o último período menstrual, não importando se a menopausa é induzida ou espontânea e se estende até os 65 anos de idade.

A menopausa é definida como a permanente cessação da menstruação resultante da perda da atividade folicular ovariana e ocorre com o final do período menstrual. Como não existe um marcador biológico independente, o diagnóstico clínico da menopausa é realizado apenas retrospectivamente após 12 meses consecutivos de amenorréia, que não seja explicado por outra causa patológica ou fisiológica (He et al, 2010).

Nesta fase a mulher passa pela experiência de ter seu bem estar físico comprometido (De Lorenzi, 2008). A expressão “Síndrome Climatérica” é dada ao conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estar físico e emocional, caracterizado por manifestações clínicas: neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, dermatológicas, distúrbios sexuais (Cerqueira e Rezende, 2002), mamários, urogenitais e musculoesqueléticos (Hernández-Valencia et al, 2010). Destacando: ondas de calor, insônia, secura vaginal, fogachos, suores na região da cabeça e tronco superior (Lee et al, 2010), irritabilidade, labilidade emocional e depressão, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno, alterações cardiovasculares, perda de massa óssea, (De Lorenzi et al, 2005) e dores articulares e musculares (Avis et al, 2009).

No Brasil, a população feminina representa 51,04%, em São Paulo 51,34% (Censo 2010), a média de idade de ocorrência da menopausa é 51,2 anos (Pedro et al, 2003). Com a expectativa de vida de 77 anos para as brasileiras, (IBGE, 2010) podemos dizer que as mulheres passam cerca de 25 anos de suas vidas na pós-menopausa (Kaczmarek, 2007).

Esse aumento crescente na expectativa de vida enfatiza a importância da menopausa e seus sintomas na sociedade. Com a elevação contínua da média de expectativa de vida, tem aumentado o foco na qualidade de vida como um importante parâmetro de saúde na população (Lee et al, 2010).

Esta fase de transição pode ter um impacto negativo sobre a qualidade de vida para um número substancial de mulheres devido à associação com sintomas vasomotores, aumento do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, atrofia urogenital, infecções e incontinência urinária, diminuição da libido e disfunção sexual (Pérez et al, 2009), aumento das dores musculoesqueléticas (Ayranci et al, 2010), ansiedade, irritabilidade, depressão, insônia, problemas de concentração e memória (Amore et al, 2007).

Um estudo realizado na Turquia (Neslihan et al, 1998), apontou os sintomas de dores musculares, articulares e ósseas como os mais comuns nessa fase, sendo relatado por 82,3% das entrevistadas, em segundo lugar os fogachos com 73,9%, no Equador essa queixa foi presente em 77% das mulheres (Chedraui et al, 2007). Em Taiwan (Uncu et al, 2007) a queixa mais frequente das mulheres foram as dores lombares, Ayranci et al (2010) encontraram queixas musculares em 95% das mulheres climatéricas, ocupando a segunda colocação entre as principais queixas.

Os distúrbios musculoesqueléticos referem-se às condições que envolvam nervos, tendões, músculos, articulações, cartilagem, coluna e discos vertebrais, apresentando fisiopatologia variada, ligados intrinsecamente pela associação entre dor e diminuição da função física (NIOSH, 2004).

A prevalência de dor aumenta com o passar da idade e é mais comum no gênero feminino (Magliano, 2010). Urquhart et al 2009, afirmam que os hormônios sexuais interagem diretamente no processo de modulação da dor, predispondo à mulher climatérica a sentir mais dores. Concomitante a esta fase surgem as doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento (Macfarlane et al, 2002), alguns experimentos tentam demonstrar que a deficiência de estrogênio, pode atuar como um desencadeador para o processo de desgaste da cartilagem, similar ao que ocorre em relação a perda de massa óssea (Melton et al,2000).

As dores e limitações funcionais exercem efeitos na função social, na saúde mental (Woolf et al, 2003) e sobre a qualidade de vida das mulheres (Avis et al,2009).

A associação entre depressão e comprometimento funcional é documentada em diversos estudos da literatura internacional (Bromberger et al,2009) visto que a alteração das funções é um fator estressante significativo e um fator de risco estabelecido para a depressão, (Van Gool et al, 2005) sendo que os sintomas depressivos aumentam na transição menopausal e na pós menopausa (Bromberger et al, 2007). Além da extrema variação hormonal, que acarreta os sintomas vasomotores, geniturinários, psicológicos e musculoesqueléticos (Blumel et al, 2010) este período é acompanhado pela ocorrência de fatores estressores de vida e significativas mudanças pessoais, familiares e profissionais, esta fase chamada de “janela de vulnerabilidade” predispõe as mulheres aos sintomas depressivos (Soares & Zitek, 2008).

Dados neurobiológicos identificaram receptores de estrogênio em áreas do cérebro como a glândula pituitária e o hipotálamo, sendo capaz de influenciar nas atividades dos neuro transmissores, facilitando o desenvolvimento de sintomas psicológicos (Bromberger et al,10). A variação do hormônio folículo estimulante (FSH) e do hormônio estradiol demonstrou associação com maiores escores nos índices de depressão, evidenciando uma vulnerabilidade biológica nesta fase (Soares, 2010).

Essas mudanças físicas e mentais mencionadas, causam um impacto negativo sobre a qualidade de vida das mulheres nesse período de transição (Elavsky, 2009).

Dados sobre a QV relacionado à saúde fornecem medidas gerais do bem estar individual, representando associação com diversos fatores, incluindo o físico, biológico, psicológico e social, levando em consideração a satisfação do próprio indivíduo (De Lorenzi et al, 2009), assim, essa medida emerge como importante indicador de saúde entre a população (Jafary et al, 2011).

Diversos estudos apontam diminuição da QV durante o período do climatério, devido a diversidade de sintomas que as mulheres vivenciam nessa fase (Gallicchio et al, 2009), sendo que a maioria das mulheres apresentam essas queixas nos serviços de atenção primária (Battacharya et al, 2010).

O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem grandes queixas, outras apresentam sintomas que podem variar na sua diversidade e intensidade. No entanto, é fundamental que os profissionais da saúde da

atenção primária realizem um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos, visando a maior efetividade possível.

A utilização de questionários validados e de alta confiabilidade que avaliam a QV em suas diversas interfaces como o *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36) e de questionários que quantifiquem os sintomas somato-vegetativos, psicológicos e urogeniturinário comuns a fase do climatério, como o *Menopause Rating Scale* (MRS) ajudam a traçar o perfil epidemiológico deste grupo populacional, qualificando as orientações, as ações de promoção, prevenção e tratamento de acordo com a necessidade.

Demonstrada a importância do climatério na vida das mulheres, existe uma necessidade de mais estudos relacionados a esta fase (Orgulu et al, 2011). Embora a literatura multidisciplinar do climatério esteja crescendo, há poucos estudos relacionados a sintomatologia do climatério nas diferentes classes sociais (Dillaway et al, 2008).

O estudo do tema proposto no presente trabalho é relevante, devido ao alto custo referente ao tratamento dessas queixas para os serviços de saúde, o estado e a sociedade, assim como a diminuição da qualidade de vida nos indivíduos que sofrem com esse problema.

Os resultados deste trabalho irão propiciar a verificação objetiva sobre a prevalência de queixas musculoesqueléticas, sintomatologia do climatério e depressão numa comunidade de baixa renda, tornando possível a elaboração de um plano de cuidado terapêutico mais criterioso e mais voltado aos aspectos preventivos, que vise melhorar a qualidade de atenção oferecida durante esta fase específica da vida da mulher, pelos profissionais de saúde, principalmente os fisioterapeutas inseridos na atenção primária.

Referências Bibliográficas:

Utian WH. The International Menopause Society menopause-related terminology definitions. *Climacteric* 1999;2:284-6.

Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2009;16(5): 860–9.

Agıl A, Abıke F, Daşkapan A, Alaca R, Tüzün H. Short-Term Exercise Approaches on Menopausal Symptoms, Psychological Health, and Quality of Life in Postmenopausal Women. *Obstetrics and Gynecology International* 2010, ArticleID 274261:7 pages.

World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization 1996. (WHO Technical Report Series, 866).

He C, Kraft P, Chasman DI, Buring JE, Chen C, Hankinson SE, et al. A large-scale candidate-gene association study of age at menarche and age at natural menopause. *Hum Genet* 2010;128(5):515-527.

De Lorenzi DRS. Avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(3):103-6.

Cerqueira FS, Rezende LR. Atuação da Fisioterapia na Melhora da Qualidade de Vida da Mulher no Climatério e Menopausa. *Femina* 2002;30(7):477-79.

Hernández-Valencia M, Córdova-Pérez N, Basurto L, Saucedo R, Vargas C, Vargas A, et al. Frequency of symptoms of the climacteric syndrome. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(4):232-7.

Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, Joe SH. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. *J Korean Med Sci* 2010;25:758-65.

De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Junior I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(1):12-19.

IBGE – Censo 2010. Disponível em: (http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=00) [Consultado em 20 de dezembro de 2011].

Pedro AO, Neto AMP, Paiva LHS, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(1):17-25.

IBGE 2010. Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira IBGE 2010.

Kaczmarek M. The timing of natural menopause in Poland and associated factors. *Maturitas* 2007;57(2):139-53.

Pérez JAM, Garcia FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause Spanish women. *Maturitas* 2009;62:30-6.

Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Women's Health* 2010;10(1):15-24.

Amore M, Di Donato P, Berti A, Palareti, A, Chirico C, Papalini A, et al. Sexual and psychological symptoms in the climacteric years. *Maturitas* 2007;56:303-11.

Neslihan, CS, Bilge SA, Ozturk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30:37-40.

Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57:271–78.

Uncu Y, Alper Z, Ozdemir H, Bilgel N, Uncu G. The perception of menopause and

hormone therapy among women in Turkey. *Climacteric* 2007;10(1):63-7.

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) Worker Health Chartbook (2004) Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-146/pdfs/2004-146.pdf>. Consultado em 26 de dezembro de 2011.

Magliano M. Menopausal arthralgia: Fact or fiction. *Maturitas* 2010;67:29-33.

Urquhart DM, Bell RJ, Cicuttini FM, Cui J, Forbes A, Davis SR. Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. *Menopause* 2009;16(1):24-29.

Macfarlane TV, Blinkhorn A, Worthington HV, Davies RM, Macfarlane GJ. Sex hormonal factors and chronic widespread pain: a population study among women. *Rheumatology* 2002;41:454-7.

Melton LJ, Atkinson EJ, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL. Determinants of bone loss from the femoral neck in women of different ages. *J Bone Miner Res* 2000;15:24-31.

Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:646-56.

Bromberger JT, Scalea TL. Longitudinal associations between depression and functioning in midlife women. *Maturitas* 2009;64:145-59.

Van Gool CH, Kempen G, Penninx B, Deeg D, Beekman A, Van Eijk J. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Soc Sci Med* 2005;60:25-36.

Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007;103:267-72.

Blümel JE, Aravena H, Brantes S, Cruzat L, Lavín P, Montaña R, et al. Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climatérica. *Rev Med Chile* 2010;138:645-51.

Soares CN, Zitek B. Reproductive hormone sensitivity and risk for depression across the female life cycle: a continuum of vulnerability? *J. Psychiatry Neurosci* 2008;33:331-43.

Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67(6):598-607.

Soares CN. Can depression be a menopause-associated risk? *BMC Medicine* 2010;8:79-81.

Elavsky S. Physical Activity, Menopause, and Quality of Life: The Role of Affect and Self-Worth across Time. *Menopause* 2009;16(2):265-71.

De Lorenzi DRS, Saciloto B, Ártico GR, Fontana SKR. Qualidade de vida e fatores associados em Mulheres Climatéricas Residentes na Região Sul do Brasil. *Acta Med Port* 2009;22:51-5.

Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging Ment Health* 2011;15(5):630-7.

Gallicchio L, Miller S, Zacur H, Flawsd JA. Race and health-related quality of life in midlife women in Baltimore, Maryland. *Maturitas* 2009;63(1):67-72.

Bhattacharya SM, Jha A. A comparison of health related quality of life (HRQOL) after natural and surgical menopause. *Maturitas* 2010;66:431-34.

Ogurlu N, Küçük M, Aksu H. Influence of employment status on menopausal symptoms. *Int Jour of Gynecol and Obstet* 2011;112:204-7.

Dillaway H, Byrnes M, Miler M, Rehan S. Talking among us: How women from different racial ethnic groups define and discuss menopause. *Health Care for Women International* 2008;29:766-81.

2- ESTUDO I

**Prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas adscritas a uma
Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo**

*Prevalence of musculoskeletal pain in climacterics women enrolled at a Basic Health Unit
in the city of São Paulo*

Manuscrito a ser submetido ao periódico Ciência e Saúde Coletiva

2.1 RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a prevalência de dor musculoesquelética em mulheres climatéricas adscritas a uma Unidade Mista de Saúde do município de São Paulo. **MÉTODOS:** Estudo de coorte transversal. Participaram 93 mulheres climatéricas, com idade média de 49,06 ($\pm 6,13$). Essas mulheres foram submetidas a uma anamnese, contendo: antecedentes tocoginecológicos, tipo de menopausa, presença e local de dor musculoesquelética. A dor foi avaliada por meio de um mapa de dor e pela escala visual analógica. **RESULTADOS:** Trinta e nove (41,93%) mulheres eram pós-menopausadas, 55 (59,14%) se auto declararam caucasianas, 64 (68,82%) tinham vida conjugal e 61,29% cursaram até o ensino fundamental. As dores musculoesqueléticas foram referidas por 87 (93,55%) mulheres deste estudo, com média de início dos sintomas há 5,78 ($\pm 7,73$) anos e média de dor na escala visual analógica de 6,88 ($\pm 3,03$). Para 49 (56,32%) voluntárias a dor piorou ao longo do tempo. A coluna lombo sacra foi o local de maior acometimento entre as mulheres (56,99%), seguida de joelhos- face anterior (41,93%) e coluna cervical (35,48%). **CONCLUSÃO:** A dor mostrou-se um problema comum e queixa muito frequente em mulheres climatéricas, caracterizando uma questão de saúde pública, podendo levar a comorbidades. É importante reconhecer o impacto desta queixa, para traçar ações preventivas e que visem uma melhora da qualidade de vida.

Palavras-Chave: Climatério, medição da dor, prevalência

2.1 ABSTRACT

OBJECTIVE: Evaluate the prevalence of musculoskeletal pain in climacteric women registered in a Basic Health Unity in the city of São Paulo. **METHODS:** Cross-sectional study. Ninety three climacteric women with average age of 49.06 (± 6.13) took part of the study. These women were subject to an anamnesis, containing: obstetrical and gynecological background, type of menopause, presence and location of musculoskeletal pain. The pain was evaluated by a map of pain and by the analogical visual scale. **RESULTS:** Thirty nine (41.93%) women were in post-menopause, 55 (59.14%) declared themselves as Caucasian, 64 (68.82%) were married and 61.29% had basic education. The musculoskeletal pains were referred by 87 (93.55%) women in this study, with an average of beginning of symptoms of 5.78 (± 7.73) years and average of pain in the analogical visual scale of 6.88 (± 3.03). For 49 (56.32%) of volunteers the pain has worsened over time. The lumbosacral spine were the place of more incidence among women (53-56.99%), followed by anterior knee (39-41.93%) and cervical spine (33-35.48%). **CONCLUSION:** The pain was a common problem and complaint in climacteric women, characterizing a public health issue, and possibly leading to comorbidities. It's important to recognize the impact of such complaint in order to delineate preventive actions aiming at improving the quality of life.

Keywords: Climacteric, pain measurement, prevalence

2.2 INTRODUÇÃO

A produção de hormônio ovariano atinge seu pico por volta dos 25 anos. Após essa idade, o declínio é de 1 a 3% por ano, sendo que aos 40 anos a produção hormonal diminui de 15 a 45%¹. No Brasil, a menopausa natural ocorre em média aos 51,2 anos². É considerada uma importante transição física e psicológica que determina o fim da vida reprodutiva da mulher³. É confirmada pela ausência de ciclos menstruais por 12 meses consecutivos, excluindo causas patológicas e fisiológicas⁴.

A maioria das mulheres passará de um terço a metade de suas vidas na pós-menopausa^{5,6}. Esse aumento crescente na expectativa de vida enfatiza a importância do climatério e seus sintomas na sociedade⁷.

Aproximadamente 70% das mulheres sofrem por longos períodos devido a deficiência do estrogênio, sendo os sintomas mais comuns e mais reconhecidos, a instabilidade vasomotora, os distúrbios do sono, diminuição da densidade óssea, atrofia geniturinária, alterações lipoproteicas⁸, dores no corpo⁹ e limitações físicas¹⁰. As dores são referidas por mais da metade das mulheres nessa fase¹¹, porém existe poucos estudos que abordem esse tema, principalmente por essa fase coincidir com o aumento da incidência de doenças reumáticas nas mulheres¹². Alguns estudos relatam uma relação importante entre o déficit de estrogênio e o surgimento de dores articulares^{13,14}. A queixa de dor entre mulheres climatéricas varia de 50% a 95%^{4,11,13,15}.

Os gastos com o controle da dor são extremamente elevados, envolvem custos referentes ao setor da saúde¹⁶ e apresenta importante impacto no trabalho, sendo a principal causa de absenteísmo e benefícios previdenciários¹⁷. Sabe-se que dores, no geral, além de

causar limitações e produzir efeitos deletérios nas atividades de vida diária e profissionais, apresentam impacto negativo sobre a qualidade de vida¹³.

A dor e a incapacidade funcional, podem gerar sérias conseqüências na saúde da população, porém esses elementos ainda são subnotificados pela atenção primária no Brasil, uma vez que não são registrados especificamente nas unidades básicas de saúde¹⁸.

É papel dos profissionais inseridos no programa estratégia saúde da família, desenvolver um projeto de saúde no território (PST) que indique as reais necessidades da população para o subsequente planejamento de ações preventivas e terapêuticas que venham suprir essas necessidades, de forma a oferecer uma atenção integrada, humanizada, considerando as diversidades e especificidades das mulheres brasileiras de cada território.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi investigar a prevalência de dor em mulheres climatéricas adscritas à uma Unidade Mista de Saúde, participantes do programa estratégia saúde da família de uma comunidade de baixa renda.

2.3 MÉTODOS

2.3.1 SUJEITOS

Trata-se de um estudo de coorte transversal observacional. A amostra desta pesquisa foi composta por mulheres com idade entre 40 e 64 anos, moradoras da comunidade de Paraisópolis, distrito de Vila Andrade, zona Sul de São Paulo, que possui uma população de aproximadamente 80.000 habitantes (IBGE – Censo 2010)¹⁹, sendo que 3.327 (12,74%) se encontram na faixa entre 40-59 anos e 545 (2,09%) (Hagaplan, 2008)²⁰ se encontram acima de 60 anos. Essas mulheres estavam inseridas no programa de Estratégia Saúde da Família (EsSF) da Unidade Mista de Saúde Paraisópolis I. A partir de uma randomização, realizada por um pesquisador que não participou da pesquisa, foram selecionadas mulheres com este perfil, que foram convidadas a participar deste estudo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo, sob protocolo nº 292/11. As mulheres que se dispuseram a participar voluntariamente desse estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consentindo sua participação na pesquisa, conforme determina o parecer 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Baseado em um cálculo de amostra, 93 mulheres foram recrutadas a participar deste estudo. O cálculo do tamanho amostral foi conduzido de acordo com a seguinte equação:

$$n = \frac{NZ_c^2 p(1-p)}{\mathcal{E}_p^2 (N-1) + Z_c^2 p(1-p)}$$

Sendo:

n - tamanho da amostra

N - tamanho da população total (mulheres climatéricas moradoras da região adscrita à Unidade Mista de Saúde Paraísopolis I)

Zc - valor da distribuição normal;

p - prevalência estimada de mulheres climatéricas e

ϵ_p - erro de amostra.

O intervalo de confiança foi estabelecido a 95% (Zc). De acordo com a equação, e assumindo a prevalência de 5% de mulheres nesta faixa etária e erro de 10% (p)

Todas as voluntárias foram submetidas ao mesmo protocolo de avaliação, aplicado em um mesmo dia, num consultório da Unidade Mista de Saúde Paraísopolis I, pela pesquisadora deste estudo, com duração média de 60 minutos. As participantes foram entrevistadas de setembro a novembro de 2011.

Os critérios de exclusão foram: mulheres que apresentaram dificuldade na compreensão das questões, mulheres restritas ao leito, cadeirantes e com doenças neurológicas, durante a randomização do estudo.

2.3.2 ANAMNESE

A ficha de avaliação apresentava questões referentes a dados pessoais: idade, profissão, naturalidade, escolaridade, estado civil, cor/raça e arranjo de moradia. Hábitos de vida: prática de atividade física, tabagismo e alcoolismo. Antecedentes tocoginecológicos: menarca, ciclos regulares, data da última menstruação, atividade sexual, histórico gestacional,

idade da menopausa, tempo de menopausa, cirurgia ginecológica, uso prévio de hormônios, reposição hormonal, outras cirurgias, doenças associadas e medicação em uso. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado usando a equação: peso dividido pela altura ao quadrado, a balança utilizada foi sempre a mesma, Balança Mecânica Adulta Welmy®, modelo R-110 CH com capacidade para 150 kg e régua antropométrica para verificar a altura. Todos os dados foram coletados pela pesquisadora deste estudo.

2.3.3 DOR

A localização da dor foi avaliada, por meio de um mapa formado por uma figura do corpo humano (face anterior e posterior) sendo que as mulheres eram orientadas a pintar as regiões correspondentes aos locais que sentiam dores. Essa figura foi adaptada a partir do mapa de dor, inserido no *McGill Pain Questionnaire*, questionário específico para avaliar a dor, desenvolvido pelo Dr Melzack da McGill University, em Montreal – Canada, sendo traduzido para diversas línguas. A experiência do indivíduo marcar o local de sua dor, aproxima a avaliação da realidade e particularidade de cada um²¹.

A intensidade foi verificada por meio de uma escala visual analógica (EVA), que é a representação gráfica sobre uma linha contendo uma escala numérica e faces de dor, objetivando a melhor comunicação com a voluntária^{22,23}. A EVA permite uma melhor avaliação de uma sensação subjetiva²⁴. Largamente utilizadas para mensuração da dor, podem ser uni ou multidimensionais²⁵. O indivíduo é informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, acompanhadas de face que representam da tristeza a alegria, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 à maior intensidade já imaginável. Para o preenchimento deste dado, foi considerada a EVA da região mais dolorosa e a intensidade da dor no momento da avaliação.

2.3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente no programa Statistica 7.0. Foram realizadas análises descritivas dos dados. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Para as análises inferenciais foi utilizado a análise de variância (ANOVA) e nos casos significativos o teste de Duncan para discriminar as diferenças. Os dados estão expressos em média \pm desvio padrão e porcentagem. Foi adotado um nível de significância de 5%.

2.4 RESULTADOS

A média de idade das mulheres avaliadas foi de 49.06 (\pm 6.13) anos, com média do IMC de 27.73 (\pm 6,68). A maioria das mulheres se auto declararam caucasiana (59.14%), com vida conjugal 64 (68.82%), moravam com 1 geração (66.67%) e cursaram até o ensino fundamental (61.29%). As dores musculoesqueléticas foram referidas por 93.55% das mulheres deste estudo.

Como hábitos, a maioria das voluntárias (82.80%) não praticava atividade física e não era fumante (76,34%). A caracterização da amostra é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variável	Categorias	Total	EVA	Valor p
Idade		49,06 \pm 6,13		
IMC		27,73 \pm 6,68		
Estado Civil	Sem vida conjugal	29 (31,18%)	7,38 \pm 2,91	0,13
	Com vida conjugal	64 (68,82%)	6,26 \pm 3,36	
Escolaridade	Nenhuma	12 (12,90%)	7,83 \pm 3,24*	0,03
	Ensino Fundamental	57 (61,29%)	6,95 \pm 3,01	
	Ens Médio +	22 (23,66%)	5,21 \pm 3,48	
	Superior			
Cor/Raça	Branca	55 (59,14%)	6,11 \pm 3,37	0,33
	Negra	26 (27,96%)	7,08 \pm 3,47	

	Parda	12 (12,90%)	7,92 ± 1,31	
Moradia	Sozinha	14 (15,05%)	5,00 ± 3,98	0,016
	Cônjuge	4 (4,30%)	8,00 ± 2,83	
	1 Geração	62 (66,67%)	6,44 ± 3,18	
	2/3 Gerações	13 (13,98%)	8,77 ± 1,30 [#]	
Atividade Física	Sim	16 (17,20%)	5,75 ± 3,70	0,25
	Não	77 (82,80%)	6,79 ± 3,15	
Tabagismo	Sim	22 (23,66%)	7,64 ± 2,63	0,09
	Não	71 (76,34%)	6,30 ± 3,38	

Legenda: * p<0,05 vs Ensino fundamental e Ensino médio+ superior; # p<0,05 vs 1 geração e sozinha

Sobre as características ginecológicas e obstétricas (Tabela 2), a média de idade da menarca foi de 13.09 (± 1.61) anos. Das voluntárias deste estudo, 40 (74.07%) apresentavam ciclos irregulares e 39 (41.94%) eram pós-menopausadas. Sessenta mulheres (64.52%) possuíam vida sexual ativa. A média de gestação foi de 3.84 (±2.28) e a idade da menopausa 50.76 (± 4.87).

Tabelas 2. Característica ginecológicas e obstétricas das participantes desse estudo

Variável	Categorias	Frequência	EVA	Valor p
Menarca		13,08 ± 1,61		
Número de gestação		3,84 ± 2,28		
Menopausa	Sim	39 (41,94%)	6,82±3,38	0,60
	Não	54 (58,06%)	6,46±3,18	
Idade da menopausa		50,76 ± 4,87		
Ciclos Regulares	Sim	14 (25,93%)	6,07 ± 1,77	0,59'
	Não	40 (74,07%)	6,60 ± 3,55	
Atividade Sexual	Sim	60 (64,52%)	6,50 ± 3,34	0,65
	Não	33 (35,48%)	6,82 ± 3,12	

Trinta e quatro (36,56%) voluntárias encontravam-se na faixa de sobrepeso, 37 (39.78%) mulheres afirmaram ser hipertensas, 13 (13.98%) afirmaram ser diabéticas e 7 (7,53%) cardiopatas (Tabela 3).

Tabela 3. Ocorrência de doenças associadas

Variável	Categorias	Frequência	EVA	Valor p
----------	------------	------------	-----	---------

Obesidade	Abaixo do normal	3 (3,22%)	3,33 ± 5,77	0,14
	Normal	28 (30,11%)	6,46 ± 3,08	
	Sobrepeso	34 (36,56%)	6,29 ± 3,45	
	Obesidade	28 (30,11%)	7,5 ± 2,70	
Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	37 (39,78%)	6,64 ± 3,35	0,98
	Não	56 (60,22%)	6,59 ± 3,22	
Diabetes Mellitus	Sim	13 (13,98%)	7,77 ± 2,74	0,17
	Não	80 (86,02%)	6,42 ± 3,31	
Cardiopatia	Sim	7 (7,53%)	8,86 ± 1,21	0,06
	Não	86 (92,47%)	6,43 ± 3,30	

A Tabela 4 refere-se às dores, 87 (93,55%) mulheres apresentaram queixa de dores musculoesqueléticas, a média da EVA foi de $6,88 \pm 3,03$. A média de início dos sintomas foi $5,78 \pm 7,73$ anos. Para 49 (56,32%) mulheres essas dores pioraram com o passar do tempo.

Tabela 4. Avaliação da ocorrência, frequência e intensidade da dor musculoesquelética

Variável	Categorias	Frequência	EVA
Dores musculoesquelética	Sim	87 (93,55%)	$6,88 \pm 3,03$
	Não	6 (6,45%)	0
Início dos sintomas	$5,78 \pm 7,73$		
Desde que começou	Melhor	18 (20,69%)	$6,94 \pm 3,06$
	Igual	20 (22,99%)	$5,95 \pm 2,70$
	Pior	49 (56,32%)	$7,24 \pm 3,12$
Intensidade da dor	Leve	11 (12,64%)	$0,64 \pm 0,92$
	Moderada	30 (34,48%)	$5,80 \pm 1,40$
	Intensa	46 (52,87%)	$9,09 \pm 0,89$

A região anatômica dos acometimentos musculoesqueléticos é demonstrada na Tabela 5. A coluna lombo sacra foi o local de maior queixa entre as mulheres (53 - 56,99%), seguida do joelho – face anterior (39 - 41,93%) e coluna cervical (33 - 35,48%).

Tabela 5. Locais dolorosos

Variável	Frequência	EVA
Dores coluna cervical	33 (35,48%)	$6,61 \pm 3,25$
Dores coluna torácica	30 (32,26%)	$6,54 \pm 3,32$
Dores coluna lombo sacra	53 (56,99%)	$6,61 \pm 3,25$

Dores no ombro (posterior)	26 (27,96%)	6,59 ± 3,28
Dores no ombro (anterior)	31 (33,34%)	6,59 ± 3,26
Dores no cotovelo (posterior)	23 (24,73%)	6,56 ± 3,33
Dores no cotovelo (anterior)	23 (24,73%)	6,59 ± 3,26
Dores no punho (posterior)	16 (17,21%)	6,53 ± 3,34
Dores no punho (anterior)	19 (20,43%)	6,59 ± 3,26
Dores na mão (posterior)	15 (16,13%)	6,56 ± 3,33
Dores na mão (anterior)	24 (25,80%)	6,53 ± 3,32
Dores no quadril (posterior)	11 (11,83%)	6,51 ± 3,28
Dores no quadril (anterior)	4 (4,31%)	6,43 ± 3,50
Dores no joelho (posterior)	34 (36,57%)	6,55 ± 3,29
Dores no joelho (anterior)	39 (41,93%)	6,55 ± 3,30
Dores no tornozelo (posterior)	23 (24,74%)	6,55 ± 3,29
Dores no tornozelo (anterior)	16 (17,21%)	6,50 ± 3,35
Dores no pé (posterior)	23 (24,73%)	6,55 ± 3,29
Dores no pé (anterior)	17 (18,28%)	6,59 ± 3,26

2.5 DISCUSSÃO

Não foram encontrados estudos epidemiológicos brasileiros com o objetivo de caracterizar a prevalência de dor em mulheres climatéricas, numa comunidade de baixa renda. A maioria dos estudos envolvendo mulheres climatéricas dedica-se a destacar os sintomas vasomotores da síndrome climatérica. Grande parte desses estudos é proveniente dos Estados Unidos da América (EUA) e Europa, sendo realizado sobre uma população mais homogênea, envolvendo grupos de mulheres caucasianas e com educação de classe média²⁶.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o climatério é definido como a transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher, caracterizado pela redução na produção de hormônios esteróides ovarianos, principalmente estrogênio e progesterona. Para a maioria das mulheres, essa fase se inicia por volta dos 40 anos e termina em meados da sexta década da vida²⁷. A idade da menopausa depende de fatores genéticos, ambientais, econômicos e sociais²⁸, 49,4 anos é a média de idade para mulheres da América

Latina²⁹ e 51 anos para mulheres dos EUA³⁰. No presente estudo, 41,94% eram pós-menopausadas e a idade média da menopausa foi de 50,76 anos \pm 4,87.

Em 2030, o aumento do número de mulheres com mais de 50 anos na população mundial, deverá chegar a 1,2 bilhões³¹, devido ao aumento da expectativa de vida, este dado demonstra a importância de estudos que analisem os fatores que possam ter impacto sobre a qualidade de vida dessa população. Aproximadamente 60 a 80%³² das mulheres viverão os sintomas físicos e psicológicos da síndrome climatérica³³, sendo os mais descritos: fogachos, palpitações, ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia, disfunções sexuais, dificuldades de memória e dor musculoesquelética^{2,34,35}.

De acordo com Magliano³⁶, a prevalência de dor aumenta com o passar da idade e é mais comum no gênero feminino. Segundo Macfarlane et al (2002)³⁷, a incidência de dores pode não apresentar relação com o período do climatério, sendo que sua maior prevalência nessa fase pode estar relacionada ao processo de envelhecimento. A incidência de osteoartrite na mulher aumenta significativamente por volta dos 40-50 anos de idade, época da menopausa, sendo este período o de maior velocidade de perda de volume de cartilagem³⁸. As mudanças hormonais do período climatérico, principalmente a deficiência de estrogênio, pode atuar como um *start* para o início do processo de desgaste de cartilagem, similar ao que ocorre em relação a perda de massa óssea^{39,40}. Por outro lado, Urquhart et al 2009⁴¹, afirmaram que os hormônios sexuais interagem diretamente no processo de modulação da dor, predispondo à mulher climatérica a sentir mais dores.

No presente estudo, 87 (93.55%) mulheres avaliadas referiram dores musculoesqueléticas. Neslihan et al, 1998⁴² verificaram que 82.3% das mulheres climatéricas referiram dores musculares e articulares. No estudo de Olaolorun e Lawoyin¹¹, a dor foi relatada por mais da metade das mulheres climatéricas. Ayranci et al, 2010¹⁵ em estudo realizado na Turquia, envolvendo 1551 mulheres climatéricas, encontraram 95% de queixa de

dores musculares. Para Xu et al⁴ em estudo envolvendo 342 mulheres, as dores articulares e musculares também foram as queixas mais frequentes, acometendo 57% da amostra.

Em estudo australiano de 2001, as dores musculoesqueléticas e rigidez articular foram as queixas mais comum (51,7%) em mulheres entre 45-55 anos¹³. Em um estudo espanhol as dores articulares eram a queixa mais frequente de 300 mulheres na mesma faixa etária⁴³. Em Cingapura, 495 mulheres, com idade entre 40 e 60 anos, relataram as dores musculoesqueléticas como o sintoma mais comum do climatério (51,4%)⁴⁴. No México a queixa de dores nos ossos foi relatada por 47% das 755 mulheres com idade média de 50.1 anos⁴⁵. Entre as mulheres chinesas de 44-55 anos, as dores musculoesqueléticas também foi a queixa mais prevalente⁴⁶. Matthews & Bromberger¹⁰ também relataram importantes queixas de dores no corpo e limitações físicas em mulheres climatéricas.

Os diferentes resultados em relação aos sintomas de maior prevalência no climatério e a prevalência de dor entre os estudos, pode ser devido às diferenças culturais, econômicas, sociais, psicológicas⁴⁷, ambientais, status de saúde⁴⁸, tipo de estudo, população avaliada, seleção amostral, presença de variáveis confundidoras e utilização de diferentes instrumentos para a avaliação da dor, sendo esta uma medida muito subjetiva.

A média de dor foi de $6,88 \pm 3,03$ no presente estudo, avaliada pela EVA. Deve-se ressaltar a importância clínica deste dado, uma vez que dor é um problema de saúde pública, que gera sofrimento e incapacidade na pessoa que a sente. Suas consequências afetam a vida pessoal e social do indivíduo, conduzindo, comumente, a alterações significativas nas relações interpessoais, na convivência familiar e social e na diminuição da capacidade de realizar atividades diárias⁴⁹. Destaca-se, ainda que para a maioria 46 (52,87%) das mulheres avaliadas, essas dores foram referidas como intensa, sendo que não foram encontrados estudos que avaliaram a intensidade da dor em mulheres climatéricas.

A média de início dos sintomas das dores encontrado neste estudo foi de 5,78 ($\pm 7,73$) anos, o que caracteriza dor crônica (DC). A DC apresenta importante influência sobre a

qualidade de vida e impacto profissional⁵⁰. É definida como dor que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos. Apresenta-se com mais de três meses de duração e se manifesta de modo contínuo ou recorrente⁵¹. Os gastos com o controle da dor crônica, são considerados uma sobrecarga financeira, pois significam aumento do uso de serviços médicos e medicações, além de ser uma das principais causas de absenteísmo no trabalho¹⁶. O custo anual com os transtornos dolorosos é estimado em 100 milhões de reais, incluindo diagnóstico, tratamento, diminuição da produtividade, absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, benefícios previdenciários, pensões e compensações de questões trabalhistas¹⁷.

Levando em consideração todo este impacto e a responsabilidade da atenção primária, de manter ações pró-ativas ante os problemas de saúde-doença da população, além de desenvolver atividades de acordo com o planejamento e avaliação do território⁵², os dados encontrados neste estudo apontam que há necessidade de ações preventivas e de tratamento referente a dores musculoesqueléticas para essa população economicamente ativa, que encontra-se num período de transição com forte impacto na vida pessoal e profissional.

No presente estudo houve diferença significativa na média de dor entre mulheres com nenhuma escolaridade, e mulheres que cursaram o ensino fundamental, e ensino médio + superior. Estudos mostram uma forte relação entre baixa escolaridade e aumento da prevalência de dor^{53,54}. Para Hoy et al, 2010⁵⁵ isso ocorre, porque geralmente indivíduos sem nenhum estudo iniciam na força de trabalho em idades mais precoces e em atividades laborativas que envolvam força física. Segundo Gulbrandsen et al, 2010⁵⁶ indivíduos com baixa escolaridade apresentam mais dores, por terem uma saúde mais fragilizada devido ao baixo acesso aos cuidados de saúde e maior dificuldade para compreensão dos riscos a saúde. A maioria dos autores parece concordar que a principal explicação seria o ingresso precoce aos trabalhos mais pesados^{55,56,57}.

Um estudo epidemiológico transversal (Epi-dor)⁵⁸, realizado com 2.401 sujeitos, com objetivo de determinar a prevalência de dor crônica no município de São Paulo, verificou uma prevalência de 28,7% de dor crônica e encontrou como segundo indicador com mais correlação com a dor, o número de moradores por domicílio, quanto maior o número de moradores por domicílio, maior a prevalência de dor. Dado que corrobora o presente estudo, que encontrou média significativa maior de dor entre mulheres que moram com 2/3 gerações em relação a mulheres que moram sozinha ou com 1 geração. Provavelmente, a moradia não seja um fator de risco para a dor, esta, pode estar relacionada a uma exposição maior aos trabalhos domésticos.

No presente estudo, a região de maior acometimento de dor foi a coluna lombo sacra, atingindo 56.99% da amostra, seguida da face anterior do joelho (41.93%) e coluna cervical (35.48%). Na população geral, a dor crônica afeta mais a coluna lombar, a coluna cervical, ombros e joelhos⁵⁰. Em estudo da OMS de 1981⁵⁹ sobre menopausa, a dor na coluna lombar foi o sintoma mais frequente em mulheres de Taiwan. Entre as mulheres climatéricas chinesas, a dor na coluna lombar também foi a queixa mais comum⁴⁷. No México⁴⁶ as dores lombares foram referidas por 55,8% da amostra, seguida de 55,6% de rigidez articular. Na Turquia¹⁵ os principais sintomas da síndrome climatérica foram: fogachos, dores de cabeça e dores na coluna lombar.

Para Park et al, 2010⁶⁰ a dor na coluna lombar é um sintoma muito comum na fase do climatério, devido a diminuição nos níveis de estrogênio e da densidade óssea. Hoy et al, 2010⁵⁵ correlaciona o surgimento dessas dores ao envelhecimento e maior prevalência de doenças como a osteoartrose e alterações posturais. O sexo feminino apresenta algumas características anátomo-funcionais (menor estatura, menor massa muscular, menor massa óssea, articulações mais frágeis e menos adaptadas ao esforço físico pesado, maior peso de gordura) que podem colaborar para o surgimento das dores lombares crônicas; além disso, as mulheres, cada vez, mais combinam a realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de

casa onde estão expostas a sobrecargas ergonômicas, principalmente repetitividade, posição desfavorável e trabalho em grande velocidade⁵⁴.

Para 56,32% das voluntárias, essas dores têm piorado desde o início dos sintomas. Não houve relação da dor com estado civil, raça, atividade física e tabagismo. No entanto, de acordo com Dennerstein et al,2000⁶¹, a falta de uma atividade laborativa fora do ambiente doméstico, baixo *status* socioeconômico e baixo nível educacional são associados com o aumento da prevalência e severidade dos sintomas do climatério esses dados correspondem com a caracterização da nossa amostra, que é composta principalmente de donas de casa, com baixo nível educacional e socioeconômico. A etnia também pode influenciar na experiência do climatério, direta ou indiretamente, pela influência de alguns fatores psicossociais⁶².

O IMC entre 25 – 29,9, caracterizando sobrepeso⁶³, foi encontrado em 36.56% das mulheres. No climatério, o ganho ponderal chega a 0,8 Kg/ano; porém, após a menopausa, pode haver um aumento de 20% na gordura corporal. O papel do hipoestrogenismo nesse processo é ainda incerto, parece estar mais relacionado à inadequação da dieta às necessidades energéticas da mulher climatérica. A carência estrogênica contribuiria principalmente para o acúmulo de gordura abdominal³³.

Por este estudo ter sido realizado em apenas um distrito, dificulta a generalização sobre a prevalência de dores em mulheres climatéricas na cidade de São Paulo. No entanto, podem mostrar indícios para regiões com características demográficas semelhantes.

Para otimizar a prevenção dessa queixa tão importante, faz-se fundamental entender pela ótica das próprias mulheres que vivenciam essa fase e classificar os fatores que mais afetam sua qualidade de vida, no caso deste estudo uma alta prevalência de dor.

A atenção primária é o primeiro local que a mulher recorre para o alívio da sintomatologia climatérica⁶⁴. Sabendo-se da alta prevalência de queixa de dores, é

fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato das dores, a prevenção de danos, medidas terapêuticas e de reabilitação com vistas a proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida, não basta apenas maximizar a expectativa de vida, mas também buscar por uma melhor qualidade de vida, numa população economicamente ativa como as mulheres climatéricas.

Utilizando como base o diagnóstico situacional, simples intervenções da equipe multidisciplinar como: identificação do problema, educação em saúde sobre o climatério, inserção de hábitos saudáveis como a prática de atividade física e/ou práticas corporais e controle do peso por meio de alimentação saudável, podem proporcionar a essas mulheres viver essa fase de forma saudável, lúcida, com prazer, atividade e produtividade.

A falta de um grupo controle de mulheres jovens e com aspectos físicos, psicológicos, econômicos e sociais similar a esta amostra, caracteriza-se como uma limitação deste estudo.

2.6 CONCLUSÃO

A dor no período climatérico mostrou-se como um problema comum e queixa muito frequente em mulheres climatéricas, afetando 93.55% das voluntárias deste estudo sendo classificada pela maioria como intensa. Este alto índice caracteriza uma questão de saúde pública, podendo levar a comorbidades. É importante reconhecer a magnitude desta queixa das mulheres nessa fase, para traçar ações preventivas e que visem uma melhora da qualidade de vida.

2.7 Referências Bibliográficas:

1. Formby B, Schimidt F. Efficacy of biorhythmic transdermal combined hormone treatment in relieving climateric symptoms: a pilot study. *International Journal of General Medicine* 2011;4:159-63.
2. Pedro AO, Neto AMP, Paiva LHS, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(1):17-25.
3. Agıl A, Abike F, Daşkapan A, Alaca R, Tüzün H. Short-Term Exercise Approaches on Menopausal Symptoms, Psychological Health, and Quality of Life in Postmenopausal Women. *Obstetrics and Gynecology International* 2010, ArticleID 274261:7 pages.
4. Xu J, Bartoces M, Neale AV, Dailey RK, Northrup J, Schwartz KL. Natural History of Menopause Symptoms in Primary Care Patients: A MetroNet Study. *JABFP* 2005;18(5):374-82.
5. Kenemans P, Van Unnik GA, Mijatovic V, Van der Mooren MJ. Perspectives in hormone replacement therapy. *Maturitas* 2001;38(Suppl.1):S41-S48.
6. Kaczmarek M. The timing of natural menopause in Poland and associated factors. *Maturitas* 2007;57(2):139-53.

7. Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, Joe SH. Factors Influencing the Severity of Menopause Symptoms in Korean Post-menopausal Women. *J Korean Med Sci* 2010;25:758-65
8. Palacios S. Advances in hormone replacement therapy: making menopause manageable. *BMC Women's Health* 2008;8:22-5.
9. Warren MP. Missed symptoms of menopause. *International Journal Of Clinical Practice* 2007;61(12):2041-50.
10. Matthews KA, Bromberger JT. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005;118(Suppl 12B):25-36.
11. Olaolorun FM, Lawoyin TO. Experience of menopausal symptoms by women in an urban community in Ibadan, Nigeria. *Menopause* 2009;16(4):822-30.
12. Adamson J, Ebrahim S, Dieppe P, Hunt K. Prevalence and risk factors for joint pain among men and women in the West of Scotland Twenty-07 study. *Ann Reum Dis* 2006;65:520-4
13. Szoeki CEI, Cicuttini F, Guthrie J, Dennerstein L. Self-reported arthritis and the menopause. *Climacteric* 2005;8(1):49-55.
14. Cutolo M, Lahita RG. Estrogens and arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2005;31(1):19-27.
15. Ayrançi U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Women's Health* 2010;10(1):15-24.
16. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med* 2003;4:331-39.
17. Guo HR, Chang YC, Yeh WY, Chen CW, Guo YL. Prevalence of musculoskeletal disorder among workers in Taiwan: a nationwide study. *J Occup Health* 2004;46(1):26-36.
18. Mata MS, Costa FA, Souza TO, Mata ANS, Pontes JF. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2011;16(1):221-30.
19. IBGE – Censo 2010. Disponível em: (http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=00) [Consultado em 20 de dezembro de 2011].
20. Paraisópolis: Uma análise de sua complexidade. Hagaplan 2008.
21. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-99.
22. Cork RC, Isaac I, Elsharydah A, Zavisca F, Alexander L. A comparison of the verbal rating scale and the Visual Analog Scale for pain assessment. *The International Journal of Anesthesiology* 2004;(1):1-3.
23. Mendelson G, Selwood TS. Measurement of chronic pain: a correlation study of verbal and nonverbal scales. *Journal of Behavioral Assessment* 1981;3(4):263-9.
24. Sakata RK, Hisatugo MKI, Aoki SS, Vlainich R, Issy AM. Avaliação da dor. *SAERJ* 2003:53-94.
25. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(2):270-6.
26. Lock M. Symptom reporting at menopause: a review of cross-cultural findings. *Journal of the British Menopause Society* 2002;8(4):132-6.
27. World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Geneva: World Health Organization 1996. (WHO Technical Report Series, 866).
28. Silva Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(3):113-20.

29. Castelo- Branco et al,2006 – Castelo-Branco C, Blumel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13(4):706-12.
30. Ogurlu N, Kuçuk M, Aksu H. Influence of employment status on menopausal symptoms. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001;112:204-7.
31. Rozenbaum H. Why has menopause become a public health problem? *Therapy* 1998;53(1):49-59.
32. Hess R, Colvin A, Avis NE, Bromberger JT, Schocken M, Johnston JM, et al. The impact of hormone therapy on health-related quality of life: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2008;15(3):422-8.
33. Hsiao MC, Chiang PH, Liu CY, LinYH. Help-seeking Behavior in Taiwanese Woman with Menopause-related Mood Symptoms. *Chang Gung Med J* 2009;32(3): 313-19.
34. De Lorenzi DRS, Basso EI, Fagundes PO, Saciloto B. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(8):479-84.
35. Woods NF, Mitchell ES, Adams C. Memory functioning among midlife women: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause* 2000;7:257-65.
36. Magliano M. Menopausal arthralgia: Fact or fiction. *Maturitas* 2010;67:29-33.
37. Macfarlane TV, Blinkhorn A, Worthington HV, Davies RM, Macfarlane GJ. Sex hormonal factors and chronic widespread pain: a population study among women. *Rheumatology* 2002;41:454-7.
38. Wluka AE, Wolfe R, Davis RS, Stuckey S, Cicuttini FM. Tibial cartilage volume change in healthy postmenopausal women: a longitudinal study. *Ann Rheum Dis* 2004;63:444-49
39. Spector TD, Campion GD. Generalised osteoarthritis: a hormonally mediated disease. *Ann Rheum Dis* 1989;48(6):523-7.
40. Melton LJ, Atkinson EJ, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL. Determinants of bone loss from the femoral neck in women of different ages. *J Bone MinerRes* 2000;15:24-31.
41. Urquhart DM, Bell RJ, Cicuttini FM, Cui J, Forbes A, Davis SR. Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. *Menopause* 2009;16(1):24-29.
42. Neslihan, CS, Bilge SA, Ozturk TN, Oya G, Ece O, Hamiyet B. The menopausal age, related factors and climacteric symptoms in Turkish women. *Maturitas* 1998;30:37-40.
43. Obermeyer CM, Reher D, Alcalá LC, Price K. The menopause in Spain: results of the DAMES (Decisions At MENopause) study. [Maturitas](#) 2005;52(3-4):190-8.
44. Chim H, Tan BH, Ang CC, Chew EM, Chong YS, Saw SM. The prevalence of menopausal symptoms in a community in Singapore. *Maturitas* 2002;41(4):275-82.
45. Sievert LL, Goode-Null SK. Musculoskeletal pain among women of menopausal age in Puebla, Mexico. *J Cross Cult Gerontol* 2005;20(2):127-40.
46. Ho SC, Chan SG, Yip YB, Cheng A, Yi Q, Chan C. Menopausal symptoms and symptom clustering in Chinese women. [Maturitas](#) 1999;33(3):219-27.
47. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, Brown C, Mouton C, Reame N et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multiracial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol* 2000;152:463-73.
48. Avis NE, Stellato R, Crawford S, Bromberger J, Ganz P, Cain V, Kagawa-Singer M. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science and Medicine* 2001;52(3):345-56.
49. Ferreira MVC. Neurofisiologia, hipnose e dor. In: 1º Congresso Brasileiro de Psicoterapia Breve e Hipnoterapia, São Paulo. Anais do Congresso Brasileiro de Psicoterapia Breve e Hipnoterapia. São Paulo 2004.

50. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167-178.
51. Salvetti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev esc enferm USP* 2007;41(1):135-40.
51. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde (4).
52. Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(7):455-68.
53. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):377-85.
54. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin RH* 2010;24:769-81.
55. Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Laerum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain* 2010;150:458-461.
56. Réthelyi JM, Bergammer R, Kopp MS. Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 2001;93:115-121.
57. Dias T, Latorre MR, Appolinário J, Silva A, Ferreira K, Teixeira MJ. The prevalence of chronic pain in Sao Paulo (Brazil): a population-based study using telephone interview. In: 5th World Congress - World Institute of Pain -WIP, 2009, New York. *Pain Practice*. Hoboken, NJ Wiley-Blackwell, 2009;9:115-116.
58. WHO 1981. Report of a WHO Scientific Group: Research on the menopause. WHO Technical Report Series 670 Geneva: World Health Organization 1981.
59. Park JJ, Shin J, Champagne C, Jin E, Hong S, Jung K, Lee S, Yeom S. Bone mineral density, body mass index, postmenopausal period and outcomes of low back pain treatment in Korean postmenopausal women. *Eur Spine J* 2010;19(11):1942-7.
60. Dennerstein L, Dudley EC, Hopper JL, Guthrie JR, Burger HG: A prospective population-based study of menopausal symptoms. *Obstet Gynecol* 2000;96:351-8.
61. Remennick L: Subjective health, aging, and menopause among native and immigrant Jewish women in Israel. *Women Health* 2008;47:65-82.
62. Bailey KV, Ferro-Luzzi A. Use of the body mass index of adults in assessing individual and community nutritional status. *Bul World Health Org* 1995;73:673-80.
63. Cavadas LF, Nunes A, Pinheiro M, Silva PT. Abordagem da menopausa nos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port* 2010;23:227-36.

3. Contextualização para o ESTUDO II

Foi observado no estudo I que 93,55% das mulheres climatéricas avaliadas apresentavam queixas de dores musculoesqueléticas. Embora essas dores não possam ser atribuídas especificamente ao período do climatério, devido a maior prevalência de dor relacionada ao processo de envelhecimento e surgimento de doenças crônicas (Magliano, 2010), sabe-se que esta queixa aumenta significativamente nesta importante fase de transição (Craft, 2007). Algumas hipóteses são levantadas, como o efeito da variação hormonal sobre os ligamentos e articulações (Craft, 2007; Nevitt et al, 1996) , a contribuição do hipoestrogenismo para o início do processo de desgaste da cartilagem, similar ao que ocorre em relação a perda de massa óssea (Spector et al, 1989; Melton et al, 2000) e a interação direta dos hormônios sexuais no processo de modulação da dor, predispondo à mulher climatérica a sentir mais dores (Urquhart et al, 2009).

O trabalho não teve como objetivo desvendar a etiologia das dores, mas sim investigar a prevalência dessa queixa em mulheres de meia idade, economicamente ativa, que fazem parte do programa Estratégia Saúde da Família, sendo a atenção primária o setor responsável por traçar o perfil situacional da população para definir projetos preventivos e manejo clínico adequado às reais situações da comunidade.

Muitos estudos apontam que o climatério exerce impacto negativo sobre a qualidade de vida (Avis et al, 2009; Elavsky, 2009; Karaçam et al, 2007; Wiklund, 1998; Jafary et al, 2011) e aumenta os índices de depressão nas mulheres (Bromberger et al, 2010; Bromberger et al, 2009; Freeman et al, 2006; Sowers et al, 2006) . Para evidenciar se esses achados são compatíveis com mulheres climatéricas que vivem numa comunidade de baixa renda, o segundo estudo foi conduzido.

Para avaliar essas variáveis, foi utilizado o questionário de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey (SF-36)*, que apresenta domínios referentes a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; além de permitir que as mulheres pesquisadas fizessem uma avaliação própria e de suas relações interpessoais. Para avaliar a intensidade e prevalência dos sintomas mais comuns ao climatérios, foi utilizado o questionário *Menopause Rating Scale (MRS)* e, por fim, o questionário de depressão Inventário de Beck (BDI), foi escolhido por ser um instrumento com alta confiabilidade e boa validade, discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos. É um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações

comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa e de punição, auto-depreciação, auto-acusação, desejo de auto-punição, crise de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido.

Referências Bibliográficas:

Magliano M. Menopausal arthralgia: Fact or fiction. *Maturitas* 2010;67:29-33.

Craft RM. Comprehensive review modulation of pain by estrogens. *Pain* 2007;132:S3–S12.

Nevitt MC, Felson DT. Sex hormones and the risk of osteoarthritis in women:epidemiological evidence. *Ann Rheum Dis*1996;55:673-6.

Spector TD, Campion GD. Generalised osteoarthritis: a hormonally mediated disease. *Ann Rheum Dis* 1989;48(6):523-7.

Melton LJ, Atkinson EJ, O'Connor MK, O'Fallon WM, Riggs BL. Determinants of bone loss from the femoral neck in women of different ages. *J Bone MinerRes* 2000;15:24–31.

Urquhart DM, Bell RJ, Cicuttini FM, Cui J, Forbes A, Davis SR. Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. *Menopause* 2009;16(1):24-29.

Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2009;16(5): 860–9.

Elavsky S. Physical Activity, Menopause, and Quality of Life: The Role of Affect and Self-Worth across Time. *Menopause* 2009;16(2):265–71.

Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007;58:75-82.

Wiklund I. Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. *Maturitas* 1998;29:41–50.

Jafary F, Farahbakhsh K, Shafiabadi A, Delavar A. Quality of life and menopause: Developing a theoretical model based on meaning in life, self-efficacy beliefs, and body image. *Aging Ment Health* 2011;15(5):630-7.

Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67(6):598–607.

Bromberger JT, Scalea TL. Longitudinal associations between depression and functioning in midlife women. *Maturitas* 2009;64:145-159.

Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375–82.

Sowers MF, Jannausch ML, Gross M. Performance-based physical functioning in African-American and Caucasian women at midlife: considering body composition, quadriceps strength, and knee osteoarthritis. *Am J Epidemiol* 2006;163(10):950–8.

4- ESTUDO II

“Avaliação da qualidade de vida, sintomas e depressão em mulheres climatéricas de baixa renda”

“Assessment of health related quality of life, symptoms and depression in menopausal women living in a low income community”

Manuscrito a ser submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*

4.1 RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV), sintomas referentes a síndrome climatérica e depressão em mulheres climatéricas moradoras de uma comunidade de baixa renda da região sudeste do Brasil. Métodos: Estudo corte transversal, envolvendo 93 mulheres com média de idade de 49,06 ($\pm 6,13$) anos. Essas mulheres foram submetidas a aplicação do questionário de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey (SF-36)*, questionário de severidade dos sintomas climatéricos *Menopause Rating Scale (MRS)* e questionário de depressão Inventário de Beck (BDI). Resultados: A QV das mulheres apresentou piores escores no domínio componente físico: aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. A média total do MRS foi 18,73 ($\pm 8,76$), sendo o domínio sintomas psicológicos o que representou maior impacto, com média 7,29 ($\pm 4,26$). A média do BDI foi 15,03 ($\pm 9,89$). Os sintomas depressivos apresentaram correlação moderada com idade e correlação leve com idade em que a participante atingiu a menopausa. O índice de massa corporal apresentou correlação moderada nos seguintes domínios do questionário SF-36: capacidade funcional e vitalidade; e correlação leve no item estado geral de saúde. O domínio dor do SF-36 apresentou correlação leve com idade e idade em que as participantes atingiram a menopausa. Conclusão: Os sintomas mais frequentes do climatério foram os de ordem psicológica. A QV dessas mulheres apresentou forte impacto, principalmente nos componentes físicos, como aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e no aspecto emocional. Os sintomas depressivos estiveram estritamente associados ao aumento da severidade sintomatológica do climatério e baixos índices de QV.

Palavras-chave: Qualidade de vida, mulher, climatério, menopausa, depressão

4.1 ABSTRACT

Objective: To evaluate health-related quality of life (HRQOL), menopausal symptoms and depressive symptoms during the menopausal transition in women living in a low-income community of southeastern Brazil. Study Design: A cross-sectional cohort study involving 93 women with a mean age of 49.06 (± 6.13) years. These women were subjected to application of the HRQOL questionnaire *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey (SF-36)*, *Menopause Rating Scale* questionnaire for symptoms severity and *Beck Depression Inventory (BDI)*. Results: The MRS total mean was 18.73 (± 8.76), the psychological symptoms represented the greater impact, mean 7.29 (± 4.26). The women HRQOL presented

worse score in physical domain component: physical aspects, pain and general health. BDI mean was 15.03 (± 9.89). Depressive symptoms presented moderate correlation with age and mild correlation with menopause age. Body mass index presented moderate correlation with in the following SF-36 domains: physical functioning and vitality; and mild correlation at general health item. The SF-36 pain domain presented mild correlation with age and menopause age. Conclusion: The most common menopause symptoms were psychological. Women's HRQOL had a great impact, especially in the physical components, such as physical aspects, pain and general health; emotional aspect also had an important impact. Depressive symptoms was closely associated with increased severity of menopause symptoms and low levels of HRQOL. Conclusions: Conclusion: The most frequent climacteric symptoms were of psychological origin. The quality of life of these women had a significant impact, mainly on physical components, such as physical aspects, pain and general health, and in the emotional aspect. The depressive symptoms were strictly related to the increased severity of climacteric symptoms and low quality of life rates.

Keywords: Quality of life, women, climacteric, menopause, depression

4.2 INTRODUÇÃO:

O climatério tem sido associado a mudanças físicas, psicológicas, biológicas, sexuais e sociais significativas para a saúde da mulher e seu bem estar, que pode levar a um impacto sobre a qualidade de vida (QV) [1,2,3,4].

Avis et al [5] observaram pequeno impacto do climatério sobre a QV em mulheres americanas, em contrapartida Silva Filho et al [6] encontraram grande impacto sobre a QV em mulheres climatéricas brasileiras. Chedraui et al [7] encontraram uma prevalência de sintomas moderados e severos na maioria das mulheres latino americanas avaliadas pelo Menopause Rating Scale (MRS). Mulheres na pré menopausa, residentes na região sul do Brasil apresentaram melhores índices de QV quando comparadas com mulheres na perimenopausa e pós menopausa [8]. Estudo de Taiwan [9] não encontrou diferença na QV de mulheres nas diferentes fases do climatério.

Estes dados controversos, surgem devido a alta variabilidade de incidência sintomática em diferentes populações e regiões, o que indica que tanto o fator socio-econômico-cultural, quanto o ambiental desempenham papel substancial nesta fase da vida da mulher [10] e que este período de transição recebe diferentes percepções e conceitos baseados em padrões culturalmente produzidos por cada mulher [11].

Segundo dados censitários, a expectativa de vida feminina brasileira, ultrapassa a masculina em 10,8 anos, chegando aos 75,6 anos [12]. Esse aumento na expectativa de vida possibilita com que as mulheres vivam um terço de sua vida no período pós-menopausa [13]. Estudos [14,15] sugerem que as mulheres climatéricas ficam mais suscetíveis a sintomas

depressivos. Tal situação resulta em um interesse crescente acerca das questões relacionadas ao climatério e as possíveis implicações dele para a saúde e qualidade de vida da mulher [16].

Qualidade de vida (QV) foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção individual em relação ao posicionamento na vida, no contexto cultural e sistema de valores que o indivíduo vive; objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física e psicológica da pessoa, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as relações com o ambiente físico [17]. De acordo com de Lorenzi et al [8] os aspectos relacionados à qualidade de vida devem nortear a atenção médica à mulher no climatério, com vistas a promover uma abordagem clínica mais humanizada e baseada em evidências clínicas.

No Brasil, pouco ainda se conhece acerca das implicações do climatério sobre a qualidade de vida da mulher, pois a maioria dos estudos disponíveis tende a centrar-se em aspectos clínicos específicos do climatério [18]. As características sócio-econômicas, como a baixa renda tem sido associada ao aumento dos sintomas climatéricos [10,19,20,21]. É possível identificar experiências distintas em relação ao climatério e à sintomatologia quando se investiga na mesma cultura as diferenças entre as classes sociais [22]. A vulnerabilidade destes subgrupos da sociedade, a sintomatologia do climatério e outros fatores de risco a saúde remete à necessidade de identificação e/ou elaboração de estratégias preventivas e metodologias de tratamento, tornando este tema relevante em pesquisas, porque seus resultados podem ajudar a definir condutas terapêuticas, assim como a avaliar a relação custo/benefício do cuidado prestado [6].

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida, sintomas associados e depressão em mulheres climatéricas. A hipótese desse estudo é que há associação entre os sintomas associados ao climatério com depressão e pior qualidade de vida.

4.3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal. Participaram dessa pesquisa 93 mulheres com idade entre 40 e 64 anos, moradoras da comunidade de Paraisópolis, distrito de Vila Andrade, zona Sul de São Paulo, que possui uma população de aproximadamente 80.000 habitantes (IBGE – Censo 2010)[23], sendo que 3.327 (12,74%) se encontram na faixa entre 40-59 anos e 545 (2,09%) (Hagaplan, 2008)[24] se encontram acima de 60 anos. Essas mulheres estavam inseridas no programa de Estratégia Saúde da Família (EsSF) da Unidade Mista de Saúde Paraisópolis I, que conta com 7 equipes de saúde da família. Os critérios de exclusão foram: mulheres com dificuldade na compreensão das questões, mulheres restritas ao leito, cadeirantes e com doenças neurológicas.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde do município de São Paulo, sob protocolo nº 292/11. As mulheres que se dispuseram a participar voluntariamente desse estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consentindo sua participação na pesquisa, conforme determina o parecer 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Baseado em um cálculo amostral, 93 mulheres foram recrutadas a participar deste estudo. O cálculo do tamanho amostral foi conduzido de acordo com a seguinte equação:

$$n = \frac{NZ_c^2 p(1-p)}{\epsilon_p^2 (N-1) + Z_c^2 p(1-p)}$$

Sendo:

n - tamanho da amostra

N - tamanho da população total (mulheres climatéricas moradoras da região adscrita à Unidade Mista de Saúde Paraisópolis I)

Zc - valor da distribuição normal;

p - prevalência estimada de mulheres climatéricas e

εp - erro de amostra.

O intervalo de confiança foi estabelecido a 95% (Zc). De acordo com a equação, e assumindo a prevalência de 5% de mulheres nesta faixa etária e erro de 10% (p). A partir de um cadastro prévio existente na Unidade Mista de Saúde Paraisópolis I, referente ao programa estratégia saúde da família, foi gerada uma lista de randomização, por um profissional que não participou deste estudo, e as mulheres foram contatadas e convidadas a participar dessa pesquisa. Sete mulheres recusaram-se a participar do estudo, as razões foram: falta de tempo devido ao trabalho (4) e falta de interesse em participar da pesquisa (3).

Todas as voluntárias foram submetidas ao mesmo protocolo de avaliação, aplicado em um mesmo dia, pela pesquisadora deste estudo, com duração média de 60 minutos. As participantes foram entrevistadas de setembro a outubro de 2011. A avaliação foi composta por uma anamnese e pelos questionários de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey* (SF-36), questionário de qualidade de vida específico para avaliação dos sintomas da menopausa *Menopause Rating Scale* (MRS) e Inventário de Depressão de Beck (BDI).

A ficha de avaliação apresentava questões referentes a dados pessoais: idade, escolaridade, profissão, estado civil, cor/raça e arranjo de moradia. Hábitos de vida: prática de atividade física e tabagismo. Antecedentes tocoginecológicos: menarca, ciclos menstrual, data da última menstruação, atividade sexual, histórico gestacional, idade da menopausa, tempo de menopausa, cirurgia ginecológica, uso prévio de hormônios, reposição hormonal, doenças associadas e medicação em uso. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado usando a equação: peso dividido pela altura².

Para a análise da QV das voluntárias foi utilizada a versão em português do SF-36. Elaborado por Ware e Sherbourne (1992) [25], traduzido e validado para o português por Ciconelli em 1997 [26] é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e de um ano atrás. Avalia tanto aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade), como aspectos positivos (bem-estar). Os dados são avaliados a partir da transformação das respostas em escores de 0 a 100 para cada item, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor [27]. Como guia, Ware et al [28] sugeriram que uma diminuição de cinco pontos ou mais em qualquer item do SF-36 é clinicamente relevante.

É um questionário genérico, com conceitos não específicos para uma determinada idade, doença ou grupo de tratamento e que permite comparações entre diferentes patologias e entre diferentes tratamentos. É um questionário auto-aplicável, de fácil administração e compreensão [29]. Apresenta boa sensibilidade quando aplicado em diversas situações, eliminando-se o problema de distribuição excessiva das pontas de escala como excelente e muito ruim [30]. Tem sido utilizado em estudos populacionais e em diferentes condições clínicas tendo demonstrado excelentes propriedades psicométricas [31].

Para a análise específica dos sintomas da síndrome climatérica e o impacto de cada uma delas sobre a vida dessas mulheres, foi utilizada a MRS. É um instrumento de avaliação

que tem em vista avaliar a intensidade da sintomatologia do climatério. É considerada uma ferramenta valiosa na avaliação dos sintomas mais prevalentes para esta fase da vida feminina. Foi desenvolvido por Heinemann et al [32] no início dos anos 90 em resposta a falta de escalas padronizadas para medir a severidade dos sintomas da menopausa e seu impacto sobre a QV [33]. Foi traduzida para vários idiomas, inclusive o português em 2004 [34]. Nesta escala 11 sintomas presentes no climatério são avaliados em três categorias: (1) sintomas somato-vegetativos: fenômenos vasomotores (fogachos), desconforto cardíaco, insônia e queixas locomotoras (itens de 1-3 e 11 respectivamente); (2) sintomas psicológicos: depressão, irritabilidade, ansiedade e exaustão física e mental (itens 4 a 7 respectivamente); e (3) sintomas urogenitais, problemas sexuais, queixas urinárias e secura vaginal (itens 8-10 respectivamente). Cada item apresenta graus de intensidade de 0 (nenhum) a 4 (1, pouco severo; 2, moderado; 3, severo; 4, muito severo) [34]. Tem demonstrado alta confiabilidade e validade, excelente aplicabilidade e boa reprodutibilidade [35]. É de fácil aplicação, sendo simples de ser avaliada [32].

Sendo a depressão uma queixa comum a fase do climatério, foi utilizado o BDI. Desenvolvido por Beck et al em 1961 [36] e validado para o português por Gorenstein e Andrade em 1996 [37] para avaliar a intensidade da depressão. Revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (0,86) e boa validade quando comparado com o diagnóstico realizado por profissionais. É um dos questionários mais utilizados para a sintomatologia depressiva [38], discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos [37] e vem sendo referência padrão e uma das escalas auto-aplicadas mais comumente utilizadas para a avaliação da depressão. O BDI é um instrumento estruturado, composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. São elas: humor, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa e de punição, auto-depreciação, auto-acusação, desejo de auto-punição, crise de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda da libido.

A pontuação varia de 0 a 63, sendo que de 0 a 12 pontos: pessoa sem depressão clínica; de 13 a 20: sintomas depressivos leves; de 21 a 30: depressão moderada e de 31 ou mais: depressão severa.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente no programa Statistica 7.0. Foram realizadas análises descritivas dos dados. Os dados estão expressos em média \pm desvio padrão e porcentagem. Para a análise de correlação foi utilizado o teste de correlação de Spearman. Foi adotado um nível de significância de 5%. Os valores de correlação foram interpretados segundo as seguintes diretrizes: 0,00-0,19 = nenhuma a ligeira, 0,20-0,39 = leve, 0,40-0,69 = moderada, 0,70-0,89 = alta, e 0,90-1,00 = muito alta [39].

4.5 RESULTADOS

A média de idade das mulheres avaliadas foi de 49,06 (\pm 6,13) anos, com média do IMC de 27,73 (\pm 6,68). A maioria das mulheres (59,14%), se auto declararam caucasiana (68,82%), com vida conjugal (66,67%), moravam com 1 geração (61,29%), cursaram até o ensino fundamental e 37,64% não exerciam atividade laborativa fora de casa. Como hábitos, a maioria das voluntárias (82,80%) não praticava atividade física e não era fumante (76,34%). A caracterização da amostra é demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra

Variável	Categorias	Total
Idade		49,06 \pm 6,13
IMC		27,73 \pm 6,68
Estado Civil	Sem vida conjugal	29 (31,18%)
	Com vida conjugal	64 (68,82%)
Escolaridade	Nenhuma	12 (12,90%)
	Ensino Fundamental	57 (61,29%)
	Ensino Médio + Superior	22 (23,66%)
Cor/Raça	Branca	55 (59,14%)
	Negra	26 (27,96%)
	Parda	12 (12,90%)
Moradia	Sozinha	14 (15,05%)
	Cônjuge	4 (4,30%)
	1 Geração	62 (66,67%)
Atividade Física	2/3 Gerações	13 (13,98%)
	Sim	16 (17,20%)
	Não	77 (82,80%)
Tabagismo	Sim	22 (23,66%)
	Não	71 (76,34%)
	Profissão	Do Lar
Aposentada		2 (2,15%)
Doméstica/Diarista		19 (20,42%)
Demais profissões		37 (39,79%)

Os dados referentes à avaliação dos questionários BDI, MRS e SF-36 encontram-se na Tabela 2. A média do resultado do BDI foi 15,03 (\pm 9,89); sendo que 51 (54,85%) das voluntárias não apresentaram depressão clínica, 20 (21,51%) foram classificadas com

sintomas depressivos leves, 12 (12,90%) com sintomas depressivos moderados e 10 (10,75%) com depressão severa.

No questionário MRS o domínio sintomas psicológicos, foi o que apresentou maior impacto sobre as mulheres. E em relação ao SF-36, os domínios que apresentaram maior impacto sobre a QV das participantes avaliadas foram: aspectos físicos, dor, estado geral de saúde e aspectos emocionais.

Tabela 2. Avaliação dos questionários BDI, MRS e SF-36

	Média ± Desvio Padrão	Valores min - max
BDI	15,03 ± 9,89	0-63
MRS	18,73 ± 8,76	0-44
Sintomas somato-vegetativos	6,69 ± 3,41	0-16
Sintomas psicológicos	7,29 ± 4,26	0-16
Sintomas urogenitais	4,81 ± 3,12	0-12
SF-36		
Capacidade Funcional	62,31 ± 28,15	0-100
Aspecto Físico	28,49 ± 43,24	0-100
Dor	40,56 ± 23,79	0-100
Estado geral de saúde	47,10 ± 26,46	0-100
Vitalidade	54,84 ± 25,11	0-100
Aspectos sociais	68,68 ± 29,00	0-100
Aspectos emocionais	49,82 ± 48,06	0-100
Saúde mental	60,30 ± 23,09	0-100

A Tabela 3 apresenta a correlação entre os domínios dos questionários BDI, SF36 e MRS com idade, idade da menopausa e IMC. Os sintomas depressivos, avaliados pelo BDI, apresentaram correlação moderada com a idade e correlação leve com a idade em que a participante atingiu a menopausa.

O IMC apresentou correlação moderada nos seguintes itens do questionário SF-36: capacidade funcional e vitalidade; e correlação leve no item estado geral de saúde. O domínio dor do SF-36 apresentou correlação leve com a idade e idade em que as participantes atingiram a menopausa.

Tabela 3. Correlação entre os domínios dos questionários BDI, SF36 e MRS com idade, idade da menopausa e IMC.

	Idade	Idade menopausa	IMC
--	-------	-----------------	-----

		(anos)	(anos)	(kg/cm ²)
MRS	BDI	-0,42 (p=0,12)	-0,38 (p=0,02)	0,21 (p=0,21)
	Sintomas somato-vegetativos	-0,27 (p=0,11)	-0,25 (p=0,15)	0,17 (p=0,31)
	Sintomas psicológicos	-0,23 (p=0,18)	-0,19 (p=0,27)	0,17 (p=0,32)
	Sintomas urogenitais	-0,10 (p=0,57)	-0,07 (p=0,65)	0,22 (p=0,21)
	Total	-0,25 (p=0,14)	-0,22 (p=0,19)	0,23 (p=0,18)
SF36	Capacidade Funcional	-0,01 (p=0,93)	-0,54 (p=0,70)	-0,53 (p=0,00)
	Aspecto Físico	0,02 (p=0,90)	0,10 (p=0,57)	-0,26 (p=0,12)
	Dor	0,37 (p=0,03)	0,38 (p=0,02)	-0,29 (p=0,08)
	Estado Geral de Saúde	0,21 (p=0,22)	0,22 (p=0,19)	-0,34 (p=0,04)
	Vitalidade	0,23 (p=0,18)	0,27 (p=0,11)	-0,42 (p=0,01)
	Aspectos sociais	0,33 (p=0,56)	0,36 (p=0,36)	-0,23 (p=0,17)
	Aspectos emocionais	0,11 (p=0,53)	0,13 (p=0,46)	-0,31 (p=0,70)
	Saúde mental	0,01 (p=0,94)	0,04 (p=0,80)	-0,007 (p=0,96)

A Tabela 4 se refere à correlação entre o BDI e os questionários SF36 e MRS. Os sintomas depressivos apresentaram correlação significativa com todos os domínios do SF-36 e as subescalas do MRS.

Tabela 4. Correlação entre o SF36, MRS e BDI

		BDI
SF36	Capacidade Funcional	-0,3618*
	Aspecto Físico	-0,2627*
	Dor	-0,4505*
	Estado Geral de Saúde	-0,4395*
	Vitalidade	-0,4761*
	Aspectos sociais	-0,4374*
	Aspectos emocionais	-0,3563*
	Saúde mental	-0,5585*
MRS	Sintomas somato-vegetativos	0,4455*
	Sintomas psicológicos	0,5623*
	Sintomas urogenitais	0,4101*
	Total	0,5995*

Legenda: * p<0.001

4.6 DISCUSSÃO

A idade da menopausa depende de fatores genéticos, ambientais, econômicos e sociais, [6] sendo 49,4 anos a média de idade para mulheres da América Latina, [40] 51 anos para mulheres dos EUA [41] e 51,2 para mulheres brasileiras [42]. No presente estudo, a idade média da menopausa foi de 50,76 (\pm 4,87) anos. Objetivando uma maior abrangência do tema climatério/menopausa, foram avaliadas mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos, para incluir os períodos pré, peri e pós-menopausal, como sugerido por Chen et al [43].

Com o aumento da expectativa de vida mundial, as mulheres passarão grande parte de sua vida desprovida de estrogênio e enfrentando suas conseqüências [41], portanto entender o impacto dessas questões sobre a QV, torna-se importante para definir estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

Os sintomas do climatério são amplamente conhecidos e suas alterações físicas, biológicas e psicológicas afetam a QV das mulheres [44]. Para a melhor mensuração desse impacto, deve ser levada em consideração a satisfação do próprio indivíduo, incluindo níveis específicos de diferentes funções (físicas, psicológicas e sociais). O resultado desta auto-avaliação, representa na realidade, o efeito funcional desta fase por meio da percepção da própria mulher [45].

São diversos os instrumentos desenvolvidos especialmente com esse objetivo [46]. Neste sentido, optou-se pelo MRS, que identifica sintomas/queixas em três domínios: somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais [47].

O MRS é um questionário largamente utilizado em estudos epidemiológicos [4]. Embora na Europa, América do Norte, América Latina e Ásia a pontuação média desta escala tenha sido 9 pontos, [48] este estudo encontrou índices elevados, com média de 18,73 (\pm 8,76), dados que ficam mais próximos a média de 16 pontos encontrado por Prado et al [21], envolvendo 370 mulheres chilenas. Sierra et al, [44] em estudo equatoriano encontraram dados semelhantes, sendo os sintomas do climatério mais intensos em mulheres desta região, com baixa renda e pouca escolaridade quando comparadas às mulheres européias. Apesar das evidências apontando para o efeito direto do estrogênio até sobre o Sistema Nervoso Central, os fatores psico-sociais também são importantes desencadeantes para a presença e aumento na intensidade dos sintomas do climatério [49]. A correlação entre a intensidade dos sintomas do climatério e as questões sócio-econômicas já foram evidenciadas por outros autores, [50] que apresentaram como conclusão que um ambiente social prejudicado, favorece o desenvolvimento desses sintomas/queixas [47].

A subescala do MRS que apresentou maior impacto nas mulheres avaliadas neste estudo, foi a referente aos sintomas psicológicos, com média 7,29 ($\pm 4,26$).

Dados que corroboram o estudo [7] realizado na América Latina envolvendo 8373 mulheres, sendo o item psicológico o de maior impacto. A explicação para a semelhança de resultados seria a característica demográfica das populações envolvidas. Kakkar et al, [51] em estudo envolvendo mulheres indianas também encontraram maior impacto nos sintomas psicológicos, principalmente em mulheres que exercem alguma atividade laborativa, característica coincidente aos achados deste estudo, sendo que apenas 2,15% das mulheres da amostra não trabalhavam. Além das questões físicas e biológicas, deve-se levar em consideração que concomitante a essa fase existe a preocupação com o *status* ocupacional, as questões relacionadas a dinâmica familiar como a síndrome do ninho vazio, ambiente sócio econômico, estilo de vida, imagem corporal e relações interpessoais [52].

Em contrapartida, outros estudos [4,10,53,54,55] encontraram os sintomas somato-vegetativos como os mais comuns nessa fase. No presente estudo, esta subescala apresentou o segundo maior impacto na população, com média de 6,69 ($\pm 3,41$). Esses achados controversos podem ser explicados por meio das diferenças culturais [10] e socioeconômicas, [10,19,20] assim como a percepção individual de cada mulher [10]. Chedraui et al [47] afirmaram que os sintomas psicológicos são comuns no climatério e diversas vezes estão associados aos sintomas vasomotores e a questão sócio-econômica é um fator que contribui para o agravamento desses sintomas. O sedentarismo também está relacionado com o aumento dos sintomas vasomotores, [51] a grande maioria das mulheres desta amostra (80,82%) não praticavam qualquer tipo de atividade física.

A subescala com menor impacto foi a de sintomas urogenitais, com média 4,81 ($\pm 3,12$), estudos parecem concordar que essa subescala apresenta maior índice em mulheres na pós menopausa, [4,56] cabe ressaltar que a idade média das mulheres deste estudo foi 50,76 anos, idade que se aproxima mais da pré e perimenopausa. Shafie et al [10] em estudo envolvendo 472 mulheres com idade entre 40 e 60 anos também encontraram a subescala sintomas urogenitais, como a de menor impacto entre as mulheres, assim como Metintas et al, [55] em estudo envolvendo 600 mulheres na Turquia.

Como visto, o climatério inclui fatores que não só os físicos, biológicos e psicológicos, abrangem também o psicossocial, estilo de vida e variáveis contextuais [57], o que explica a diferença de prevalência de sintomas em diferentes estudos e diferentes impactos em relação aos domínios somato-vegetativos, psicológicos e urogenitais. Essa ampla gama de sintomatologia pode exercer um impacto negativo sobre a QV [43].

O conceito de QV é abrangente e individual, as percepções e conceitos de saúde e doença são produzidos com base em padrões culturais, [58] levando em consideração estas questões, foi utilizado o questionário genérico SF-36, que avalia domínios importantes, como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; além do mais este questionário permite que as mulheres pesquisadas façam uma avaliação própria e de suas relações interpessoais [59].

No geral, o impacto sobre a QV foi grande em todos os domínios, fato que pode ser explicado por tratar-se de uma população mais carente de assistência médica e questões sociais relevantes, a baixa escolaridade também representa um fator significativo para escores mais baixos de QV [9]. Avis et al [5] também encontraram em estudo envolvendo 3302 mulheres importante diminuição em todos os domínios do SF-36. Cheng et al, [9] encontraram que mulheres que apresentavam sintomas referentes a síndrome climatérica obtinham escores significativamente diminuído em todos os domínios. De acordo com Bobula, [60] quanto maior a intensidade dos sintomas vasomotores, maior impacto sobre os domínios do SF-36.

O maior impacto foi sentido no componente físico (aspectos físicos, dor e estado geral de saúde), os aspectos emocionais também apresentaram impacto importante. Esses dados estão de acordo com os encontrados por Silva Filho et al [6] que atribuíram os achados ao envelhecimento natural e não só a deficiência de estrogênio [10]. Estudo multiétnico envolvendo 16.065 mulheres com idades compreendidas entre os 40 e 55 anos, oriundas de 7 estados norte-americanos demonstrou que o climatério está relacionado a diminuição do componente físico [61], o estudo de Mishra et al [62] também encontrou importante impacto neste domínio e levantou a hipótese de associação com doenças que ocorrem concomitante a esta fase.

A presente amostra demonstrou um alto número de mulheres não praticantes de atividade física, o que também pode contribuir para esse achado [6,8,63]. Elavsky [63] em ensaio clínico controlado encontrou associação importante entre prática de atividade física e o aumento nos índices de QV, inclusive nos fatores psicológicos.

O domínio dor apresentou correlação positiva leve com o aumento da idade. Avis et al [5] atribuíram essa relação não exclusivamente ao período do climatério, mas também a outros problemas de saúde que ocorrem concomitante a essa fase e ao envelhecimento. Houve também leve correlação positiva entre o domínio dor e a idade em que a mulher atingiu a menopausa, segundo Warren et al, [54] embora as modificações hormonais devido à

menopausa sejam similares, a experiência menopausal varia com a idade em que os sintomas começam a ser percebidos pela mulher.

O IMC apresentou correlação negativa moderada com a capacidade funcional e vitalidade e correlação negativa leve com o estado geral de saúde. A obesidade tem sido relacionada ao aumento dos sintomas do climatério [64], mulheres obesas de meia idade apresentaram índices mais elevados de testosterona e níveis diminuídos de estradiol e progesterona quando comparadas a mulheres de IMC normal de meia idade, o que acarreta numa maior severidade dos sintomas climatéricos [65].

Os sintomas depressivos apresentaram correlação com todos os domínios do SF-36 e do MRS, embora a maioria das mulheres (54,84%) não apresentou depressão clínica. Esses dados corroboram os encontrados por outros autores [5,66] que relacionaram a depressão com importante declínio nos itens do SF-36.

Estudos [14,15,67] sugerem que as mulheres no período do climatério ficam mais suscetíveis a sintomas depressivos e de ansiedade, um estudo realizado no estado de São Paulo com 367 mulheres mostrou taxas de depressão no climatério ao redor de 58,9% [68], já um estudo americano [69] avaliou 70 mulheres na pré menopausa, quando comparadas com o grupo controle, as mulheres na pré menopausa apresentaram maiores índices de depressão e maior impacto sobre a QV. Essa maior prevalência tem sido associada ao declínio da secreção de estradiol, que caracteriza essa fase, reduzindo a síntese de endorfinas encefálicas e interferindo no humor [70]. Altos níveis de testosterona também parece contribuir para o surgimento de sintomas depressivos, independente da fase do climatério [71].

Assim como esta pesquisa, estudos sugerem forte associação entre depressão e diminuição da capacidade física, [72,73] exercendo impacto negativo sobre a QV [74].

As manifestações psicológicas e físicas do climatério explicam a correlação entre o BDI e o maior impacto sobre QV avaliada pelo SF-36 e intensidade dos sintomas pelo MRS [75].

O climatério abrange não apenas os sintomas decorrentes da deficiência estrogênica, como os sintomas vasomotores, secura vaginal, perda urinária, insônia, dores musculoesqueléticas, irritação, ansiedade e condições de saúde como: degenerações ósseas, alteração de humor e estresse, [5] mas, acima de tudo, abrange um contexto amplo que contempla a mulher inserida num meio social, no qual mantém inter-relações de diversas naturezas, sua percepção dos sintomas e dos sentimentos desencadeados pelo climatério contribuirá para determinar sua QV [76]. Na sociedade atual, em que vitalidade, eficiência e produtividade são apresentadas como ideal, a mulher teme ainda mais o envelhecimento, e o

climatério é a representação do início dessa fase [77], gerando sofrimento e instabilidade psicológica [63,64]. Visto isso, a associação entre o climatério e seus sintomas são complexos e significativamente influenciados por fatores sociais e culturais, [78] neste sentido a aplicação dos questionários que avaliam a QV e sintomas específicos da menopausa e de depressão, fornece ao profissional da saúde excelentes dados para anamnese e para o planejamento de ações de prevenção e tratamento, além de demonstrar o quão ampla, multidisciplinar e complexa deve ser a atuação desses profissionais, para se aproximar das necessidades reais da mulher climatérica.

4.7 CONCLUSÃO

As mulheres climatéricas de baixa renda apresentaram como sintomas mais frequentes desta fase de transição, avaliado pelo MRS, os de ordem psicológica. A QV dessas mulheres apresentou forte impacto, principalmente nos componentes físicos, como aspectos físicos, dor e estado geral de saúde e no aspecto emocional. Os sintomas depressivos foram associados ao aumento da severidade sintomatológica do climatério e baixos índices de QV.

Referências Bibliográficas:

1. Bhattacharya SM. Effects of tibolone on health-related quality of life in menopausal (surgical) woman. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(1):43-5.
2. Buckler H. The menopause transition: endocrine changes and clinical symptoms. *J Br Menopause Soc* 2005;11:61-5.
3. Ledésert B, Ringa V, Bréart G. Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL cohort. *Maturitas* 1994;20:113-20.
4. Rahman SA, Zainudin SR, Mun VLK. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Asia Pacific Family Medicine* 2010;9(5):1-6.
5. Avis NE, Colvin A, Bromberger JT, Hess R, Matthews KA, Ory M, Schocken M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause* 2009;16(5): 860-9.
6. Silva Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008; 30(3):113-20.
7. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008;61:323-3.
8. De Lorenzi DRS, Saciloto B, Ártico GR, Fontana SKR. Qualidade de vida e fatores associados em Mulheres Climatéricas Residentes na Região Sul do Brasil. *Acta Med Port* 2009;22:51-5.
9. Cheng MH, Lee SJ, Wang SJ, Wang PH, Fuh JL. Does menopausal transition affect the quality of life? A longitudinal study of middle-aged women in Kinmen. *Menopause* 2007;14(5):885-90.
10. Shafie KE, Farsi YA, Zadjali NA, Adawi SA, Busaidi ZA, Shafae MA. Menopausal symptoms among healthy, middle-aged Omani women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Menopause* 2011;18(10):1113-9.
11. Kowalcek I, Rotte D, Banz C, Diedrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures - Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227-35.
12. De Lorenzi, Baracat, Sacilotto B, Pafilha JR. Fatores Associados à qualidade de vida na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52:312-7.
13. Berni NIO, Luz MH, Kohlrausch SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. *Rev Bras Enferm* 2007;60(3):299-306.
14. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord* 2007;103:267-72.
15. Sowers MF, Jannausch ML, Gross M. Performance-based physical functioning in African-American and Caucasian women at midlife: considering body composition, quadriceps strength, and knee osteoarthritis. *Am J Epidemiol* 2006;163(10):950-8.
16. De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina*. 2005; 33: 899-903.
17. WHO.WHOQOL user manual. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva: World Health Organization; 1998.

18. De 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(4):459-66.
19. Brzyski RG, Medrano MA, Hyatt-Santos JM, Ross JS. Quality of life in low-income menopausal women attending primary care clinics. *Fertility and Sterility* 2001;76(1):44-50.
20. Medeiros SF, Medeiros MMWY, Oliveira VN. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. 2006;124(4):214-8.
21. Prado M, Fuenzalida A, Jará D, Figueroa R, Flores D, Blumel JE. Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS (Menopause Rating Scale). *Rev Méd Chile* 2008;136:1511-7.
22. Trench B. Projeto Ondas: imagens, falas e gestos de mulheres caiçaras sobre envelhecimento e menopausa. In: II Seminário Internacional de Educação Intercultural, Gênero e Movimentos Sociais 2003;2:8-11. Universidade Federal de Santa Catarina. *Rev. Saúde Pública* 2000;34(3):316-9.
23. IBGE – Censo 2010. Disponível em: (http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=00) [Consultado em 20 de dezembro de 2011].
24. Paraisópolis: Uma análise de sua complexidade. Hagaplan 2008.
25. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med Care* 1992;30:473-81.
26. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(3):143-50.
27. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
28. Ware JE, Keller SD, Gandek B, Brazier JE, Sullivan M. Evaluating translations of health status questionnaire: methods from the IQOLA project. *International Quality of Life Assessment. Int J Technol Assess Health Care* 1995;11(3):525-51.
29. Martinez MC. As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós Graduação do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
30. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc saúde coletiva* 2002;7:607-21.
31. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40-66.
32. Heinemann LAJ, Potthoff P, Schneider HP. International version of the Menopause Rating Scale (MRS). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:28.
33. Bhattacharya SM, Jha. A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical Menopause. *Maturitas* 2010;66:431–34.

34. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ. The Menopause Rating Scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:45.
35. Schneider HPG, Heinemann LAJ, Rosemeler HP, Potthoff P, Behre HM. The menopause rating scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric* 2000;3:59–64.
36. Beck AT, Ward, Mendelson M, Mock J, Erbaugh, G. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961;4:53-63.
37. Gorestein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the state – Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Braz J Med Biol Res* 1996;29:453-457.
38. Morley S, Williams ACdeC, Black S. A confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in chronic pain. *Pain* 2002;99:289–98.
39. Weber JC, Lamb DR. *Statistics and Research in Physical Education*. St Luis, Mo: C.V. Mosby Comp;1970.
40. Castelo- Branco et al,2006 – Castelo-Branco C, Blumel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, et al. Age at menopause in Latin America. *Menopause* 2006;13(4):706-12.
41. Ogurlu N, Kuçuk M, Aksu H. Influence of employment status on menopausal symptoms. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001;112:204-7.
42. Pedro AO, Neto AMP, Paiva LHS, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(1):17-25.
43. Chen Y, Lin SQ, Wei Y, Gao HL, Wang SH, Wu ZL. Impact of menopause on quality of life in community-based women in China. *Menopause* 2007;15(1):144-9.
44. Sierra B, Hidalgo LA, Chedraui PA. Measuring climacteric symptoms in an Ecuadorian population with the Greene Climacteric Scale. *Maturitas* 2005;51:236–45.
45. Matthews J, Bromberger J. Does the menopausal transition affect health-related quality of life? *Am J Med* 2005;118(12):25–36.
46. Chedraui P, Hidalgo L, Chavez D, Morocho N, Alvarado M, Huc A. Quality of life among postmenopausal Ecuadorian women participating in a metabolic syndrome screening program. *Maturitas* 2007;56:45–53.
47. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. *Maturitas* 2007;57:271–78.
48. Heinemann L. Population reference values. Menopause rating scale. Center for Epidemiology and Health Research, Berlin. Disponível em: http://www.menopause-rating-scale.info/documents/Int_MeanSD.pdf. [Consultado em 06 de novembro de 2011.]
49. Blumel JE, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, et al. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. *Maturitas* 2004;49:205–10

50. Kirchengast S. Effect of sócio economic factors on timingof menopause and the course of climacteric. *Z Gerontol*1992;25:128–33
51. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in North-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). *Maturitas* 2007;57:306–14.
52. Deeks AA. Psychological aspects of menopause management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2003;17:17–31.
53. Bachmann GA. Vasomotor flushes in menopausal women. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:212–6.
54. [Warren MP](#). Missed symptoms of menopause. *Int J Clin Pract* 2007;61(12):2041-50.
55. Metintas S, Arýkan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. *Rural and Remote Health* 2010; 10:1230-41.
56. Peeyananjarassri K, Cheewadhanaraks S, Hubbard M, Zoa Manga R, Manocha R, Eden J. Menopausal Symptoms in a hospital-based sample of women in southern Thailand. *Climacteric* 2006;9:23-9.
57. Avis NE, Ory MG, Mathews KA, Shocken M, Bromberger J, Colvin A. Health-related quality of life in a multiethnic sample of middle-aged women. *Medical Care* 2003;41(11):1262–76.
58. Kowalcek I, Rotte, Banza C, Diedrich K. Women’s attitude and perceptions towards menopause in different cultures - Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227–35.
59. Karaçam Z, Seker SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of life among Turkish women. *Maturitas* 2007;58:75-82.
60. Bobula JD. Vasomotor symptoms and quality of life (QoL) in postmenopausal women. *Value Health* 2003;6:707.
61. Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. *Soc Sci Med* 2001;52:345-56.
62. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res* 2003;12:405–12.
63. Elavsky S. Physical Activity, Menopause, and Quality of Life: The Role of Affect and Self-Worth across Time. *Menopause* 2009;16(2):265–71.
64. Whiteman MK, Staropoli CA, Langenberg PW, McCarter RJ, Kjerulff KH, Flaws JA. Smoking, body mass, and hot .ashes in midlife women. *Obstet Gynecol* 2003;101:264
65. [Schilling C](#), [Gallicchio L](#), [Miller SR](#), [Langenberg P](#), [Zacur H](#), [Flaws JA](#). Relation of body mass and sex steroid hormone levels to hot flushes in a sample of mid-life women. *Climacteric* 2007;10(1):27-37.
66. Kumari M, Stafford M, Marmot M. The menopausal transition was associated in a prospective study

with decreased health functioning in women who report menopausal symptoms. *J Clin Epidemiol* 2005;58:719–27.

67. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Nelson DB. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:375–82.

68. Scalco MZ: Depressão e menopausa. *Femina* 2002;30:51-5.

69. Hartman JM, Berger A, Baker K, Bolle J, Handel D, Mannes A. Quality of life and pain in premenopausal women with major depressive disorder: The POWER Study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006;4(2):1-8.

70. Archer JS: Relationship between estrogen, serotonin, and depression. *Menopause* 1999;6:71-8.

71. Bromberger JT, Schott LL, Kravitz HM. Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67(6):598–607.

72. Wilson RS, Mendes de Leon CF, Bennett DA, Benias JL, Evans DA: Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:126–29.

73. Ford K, Sowers MF, Seeman TE, Greendale GA, Sternfeld B, Everson-Rose SA. Cognitive Functioning Is Related to Physical Functioning in a Longitudinal Study of Women at Midlife. *Gerontology* 2010;56:250–58.

74. Elliott TE, Renier CM, Palcher JA. Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Med* 2003;4:331-9.

75. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. National Comorbidity Survey Replication: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003;289:3095-105.

76. Utian WH. Quality of life (QOL) in menopause. *Maturitas* 2007;57(4):100-2.

77. Kowalcek I, Rotte, Banza C, Diedrich K. Women's attitude and perceptions towards menopause in different cultures - Cross-cultural and intra-cultural comparison of pre-menopausal and post-menopausal women in Germany and in Papua New Guinea. *Maturitas* 2005;51:227–35.

78. Obermeyer CM. Menopause across cultures: a review of evidence. *Menopause J North Am Menopause Soc* 2000;3:184–92.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilma. Sra.
Anny Caroline Dedicção

Projeto de Pesquisa: Prevalência de sintomas osteomusculares em mulheres climatéricas: estudo transversal.

Pesquisador Responsável: Anny Caroline Dedicção

Instituição proponente: Universidade Federal de São Carlos (UFCar), São Paulo

Instituição co-participante (local onde os dados serão coletados): UBS Paraisópolis I – SMS – São Paulo

Área Temática Especial: Não se aplica.

Patrocinador: Não consta.

Parecer do CEP da instituição proponente: Não consta.

I - Sumário Geral do Protocolo

O climatério, período de transição entre a fase reprodutiva e não-reprodutiva, ocasiona mudanças biopsicossociais nas mulheres que o vivenciam. Os sintomas mais referidos nessa fase são os fogachos, suores noturnos, distúrbios do sono, distúrbios urinários, secura vaginal, ansiedade, depressão e sintomas osteomusculares. A associação entre a prevalência dessas queixas osteomusculares nesse período é, no entanto, ainda pouco discutida.

Objetivo geral:

- Estimar a prevalência de sintomas osteomusculares na população de mulheres climatéricas residentes na comunidade de Paraisópolis, zona sul de São Paulo.

Objetivos específicos:

- Avaliar o impacto dos sintomas osteomusculares sobre a qualidade de vida de mulheres climatéricas;
- Correlacionar a dosagem hormonal e o índice de massa corporal com a presença de sintomas osteomusculares;
- Estimar os locais de maior prevalência de queixas osteomusculares;
- Correlacionar o índice de depressão com as queixas osteomusculares.

Metodologia:

Estudo de coorte transversal com 150 mulheres moradoras da comunidade de Paraisópolis em Vila Andrade, em torno dos 40 anos de idade, no início dos ciclos menstruais irregulares e/ou com sintomatologia atribuível à falência ovariana até 5 anos após a menopausa, comprovada por dosagem hormonal para os hormônios estradiol, folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH), durante agosto a dezembro de 2011.

Os critérios de exclusão são déficit cognitivo, mulheres restritas ao leito, cadeirantes e com doenças neurológicas. As voluntárias, após assinarem o TCLE, em uma consulta com um fisioterapeuta serão avaliadas por meio dos seguintes instrumentos: (1) ficha de avaliação e mapa da dor: dados pessoais, escolaridade, situação conjugal, raça, moradia, tabagismo, alcoolismo, antecedentes tocoginecológicos, presença e intensidade de sintomas climatéricos, menopausa (natural ou cirúrgica), uso de contraceptivos, reposição hormonal, presença e local de queixas osteomusculares, cirurgias e doenças associadas; (2) questionário de quali-

dade de vida – versão brasileira - SF-36 (versão original Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey), com 11 questões, (3) inventário de depressão de Beck, com 21 questões, (4) questionário de qualidade de vida específico para mulheres no climatério Menopause Rating Scale, com 11 questões.

Os dados serão tabulados no Excel e analisados no programa Statistica 9.0, serão utilizadas análises descritivas e análises de associação entre as variáveis analisadas. Texto transcrito do projeto na íntegra “Todas as voluntárias serão submetidas ao mesmo protocolo de avaliação aplicados em um mesmo dia, pela pesquisadora deste estudo, com duração média de 60 minutos.”

II – Considerações.

Projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre em Fisioterapia pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Paulo, sob a responsabilidade de Anny Caroline Dedicção, fisioterapeuta, e orientação da Profª Drª Patrícia Diusso, fisioterapeuta e Doutora em Ciências Fisiológicas.

A Folha de Rosto está devidamente preenchida e assinada pelos responsáveis da instituição proponente, Profª Drª Ana Beatriz de Oliveira, Coordenadora do Departamento de Fisioterapia da UFSCar, e da instituição coparticipante, Ivanilda A. Marques, Coordenadora Regional de Saúde Sul.

Acompanha o projeto o Termo de Compromisso da pesquisadora responsável, o seu currículo e de sua orientadora. Os pesquisadores demonstraram pelos currículos terem formação e experiência para o desenvolvimento do projeto.

Apresenta cronograma e orçamento dito a cargo da pesquisadora responsável.

Quanto aos objetivos e metodologia

A ficha de avaliação apresenta mais questionamentos que aqueles citados no corpo do projeto: dados pessoais, raça, moradia, tabagismo, alcoolismo, uso de contraceptivos, reposição hormonal, cirurgias e doenças associadas. Justificar a avaliação destas variáveis no projeto.

Como será atingido o objetivo “Correlacionar a dosagem hormonal e o índice de massa corporal com a presença de sintomas osteomusculares”? Não está descrito no projeto a coleta de dados para o índice de massa corporal.

Explicitar quem é o fisioterapeuta que coletará os dados. E se todos os instrumentos serão aplicados em uma única consulta com o tempo previsto de 60 minutos para cada mulher. Rever última frase do 4º parágrafo da página 6.

Quanto ao TCLE

O formato do texto do TCLE não é adequado porque as frases estão numeradas como um roteiro e o TCLE deve ter a estrutura de prosa com caráter informativo assemelhando-se ao formato de uma carta ao sujeito.

O termo “estudo transversal” não é de conhecimento da comunidade em geral, é um termo de epidemiologia e, portanto não deve ser usado.

A expressão “você foi selecionada” na 2ª frase do TCLE pode induzir à aceitação e, portanto não deve ser usada.

Não apresenta todos os objetivos da pesquisa.

Não informa todos os instrumentos que serão aplicados.

Não há informação se os instrumentos são auto-aplicáveis ou não

Não informa o tempo para a coleta dos dados que o sujeito deverá reservar além do tempo da consulta.

Informa que o benefício será a formação de um grupo de climatério, o qual não foi citado no projeto e, portanto não há garantia de sua constituição e operacionalização.

Garante sigilo das informações e liberdade de retirada do consentimento a qualquer tempo.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

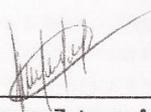
III - Situação do Protocolo – **APROVADO**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



Amaury Zatorre Amaral
Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Anexo B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Qualquer dúvida ou denúncia referente a esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da SMS de São Paulo que funciona na Rua General Jardim, 36–1º andar. Fone: 3397-2464. Endereço eletrônico: smscep@gmail.com e/ou CEP da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235. Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 - São Carlos-SP-Brasil. Fone: (16)3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Prevalência de sintomas osteomusculares (dor no corpo) em população de mulheres climatéricas”.

Cheguei até você através de consultas com médicos da estratégia saúde da família e participação em grupos da unidade básica de saúde. Sua participação não é obrigatória.

Os objetivos deste estudo são estimar a prevalência de dores no corpo, assim como seu impacto na qualidade de vida, relação com depressão, relação com hábitos de vida, índice de massa corporal, doenças associadas e dosagem hormonal na população de mulheres climatéricas, residentes na comunidade de Paraisópolis, zona sul de São Paulo.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma ficha de avaliação com dados pessoais, hábitos de vida, antecedentes ginecológicos e de dor, questionário de avaliação da qualidade de vida, questionário de qualidade de vida específica para mulheres no climatério e questionário de depressão que serão lidos para você pela fisioterapeuta pesquisadora, você mesma marcará em uma imagem do corpo humano os locais que você sente dor. As avaliações serão realizadas na Unidade Básica de Saúde de Paraisópolis, numa consulta com a fisioterapeuta pesquisadora que durará aproximadamente 1 hora.

Este trabalho não apresenta risco a sua saúde, pode causar desconforto devido a perguntas íntimas não sendo necessário responder as perguntas caso não se sinta a vontade. Como forma de minimizar o risco de constrangimento, não será necessário responder as questões caso sinta-se de alguma forma constrangida.

A qualquer momento, antes e durante a pesquisa existe total liberdade e garantia para esclarecimentos sobre este estudo.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua identidade será preservada em todas as situações que envolvam discussão, apresentação ou publicação dos resultados da pesquisa.

Sua participação no presente estudo é estritamente voluntária e você não receberá qualquer forma de remuneração pela sua participação no experimento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Anny Caroline Dedicção

Rodovia Washington Luiz, Km 235 – UFSCAR- Departamento de Fisioterapia

Telefone: (11)82226594

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Paulo, de de

Assinatura do sujeito da pesquisa

Anexo C
Anamnese

FICHA DE AVALIAÇÃO

Data: __/__/____

Prontuário: _____

Nome: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP _____ Telefone: _____

Idade: _____ ()40-45 ()46-50 ()51-55 ()56-60 ()61 ou mais

Naturalidade: _____

Escolaridade: () nenhuma () ensino fundamental () ensino médio
() superior completo () superior incompleto () outros _____

Estado civil: () com vida conjugal: casado, amasiado
() sem vida conjugal: solteiro, viúvo, divorciado

Cor/Raça: () branca () negra () parda () indígena () asiática

Arranjo de moradia: () sozinha () com 1 geração () com 2 ou 3 gerações
() outros: _____

Hábitos de vida

Atividade física: () sim () não Qual _____

Tempo _____ frequência semanal _____ minutos _____

Tabagismo: () sim () não () ex Tempo: _____ maço/dia: _____

Alcoolismo: () sim () não

Antecedentes Tocoginecológicos:

Menarca: _____ Ciclos regulares: () sim () não () sem ciclos

DUM: __/__/____ Atividade sexual: () sim () não

G: _____ P: _____ A: _____ PNL: _____ PC: _____ PF: _____

Idade menopausa: _____ Tempo de menopausa: _____

Tipo de Menopausa: () natural () cirúrgica () radioterápica () quimioterápica

Histerectomia: () sim () não

Ooforectomia bilateral: () sim () não

Uso prévio de hormônios

Pílula anticoncepcional: () sim () não

Qual: _____ Tempo de uso: _____

Reposição Hormonal: () sim () não

Qual: _____ Dose: _____ Tempo de uso: _____

Cirurgias:

Qual? _____ Data: _____

Qual? _____ Data: _____

Qual? _____ Data: _____

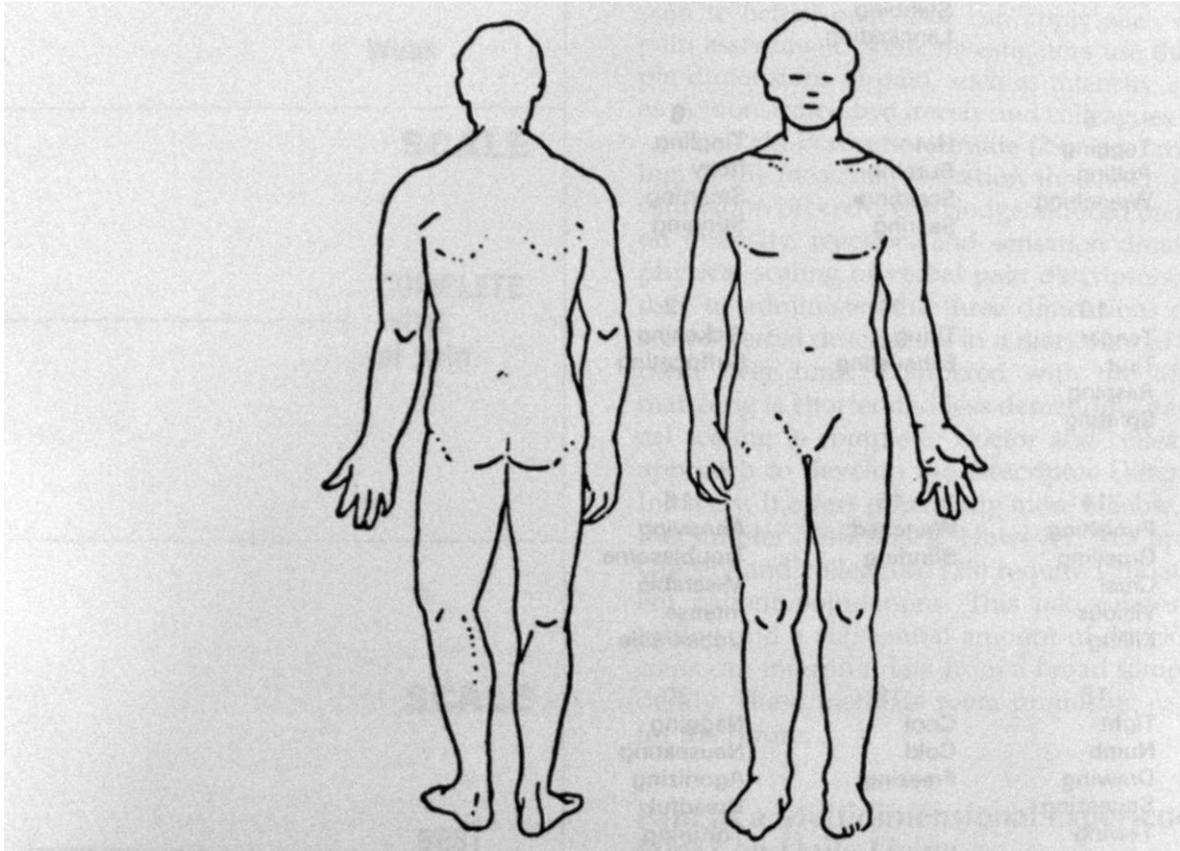
Qual? _____ Data: _____

IMC: _____

Doenças Associadas: () Hipertensão Arterial () Diabetes () Cardiopatia

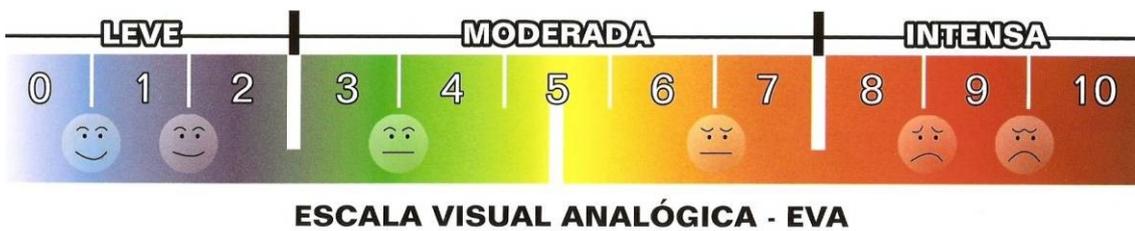
Sintomas osteomusculares : () Dores musculoesqueléticas () Fraturas () Osteoporose

Medicação: _____



Na figura acima, pinte os locais que você sente dor.

Início dos sintomas: _____
Passaram a ser mais frequentes: _____
Desde que começou: _____
Possui diagnóstico médico: _____



Anexo D

Medical Outcomes Study 36 – Item short form health survey (SF-36)

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo E

Menopause Rating Scale (MRS)

Qual dos seguintes sintomas e em que medida você diria que sente atualmente?

Sintomas:	pouco		muito	
	nenhum	severo	moderado	severo
	I-----I	I-----I	I-----I	I-----I
	Score = 0	1	2	3
				4
1. Falta de ar, suores, calores.....()	()	()	()	()
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferente, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão).....()	()	()	()	()
3. Problemas de sono (dificuldade em consiliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo).....()	()	()	()	()
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto de lágrimas, falta de vontade, trocas de humor).....()	()	()	()	()
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva).....()	()	()	()	()
6. Ansiedade (impaciência, pânico).....()	()	()	()	()
7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória).....()	()	()	()	()
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação).....()	()	()	()	()
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar).....()	()	()	()	()
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual).....()	()	()	()	()
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações).....()	()	()	()	()
()				

Anexo F

Inventário de Depressão de Beck

Neste questionário aparecem vários grupos de afirmações. Por favor, leia com atenção cada um deles. A seguir, assinale qual das afirmações de cada grupo descreve melhor seus sentimentos durante a ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Faça um círculo no número que está à esquerda da afirmação que você escolher. Se dentro de um mesmo grupo, existir mais de uma afirmação que considere aplicável a seu caso, marque-a também. Assegure-se de haver lido todas as afirmações dentro de cada grupo antes de fazer a escolha.

- 1.0. Não me sinto triste.
 1. Sinto-me triste.
 2. Sinto-me triste continuamente e não posso deixar de sentir-me assim.
 3. Sinto-me tão triste ou tão infeliz que não posso suportá-lo.

- 2.0. Não me sinto particularmente desanimado em relação ao futuro.
 1. Sinto-me desanimado em relação ao futuro.
 2. Sinto que não existe nada porque lutar.
 3. O futuro não apresenta nenhuma esperança e as coisas não melhorarão.

- 3.0. Não me sinto como um fracassado.
 1. Fracassei mais do que a maioria das pessoas.
 2. Quando olho para trás, o único que vejo é um fracasso atrás do outro.
 3. Sou um fracasso total como pessoa.

- 4.0. As coisas me satisfazem tanto como antes.
 1. Não desfruto das coisas tanto como antes.
 2. Já não tenho nenhuma satisfação em relação às coisas.
 3. Estou insatisfeito ou chateado em relação a tudo.

- 5.0. Não me sinto particularmente culpado.
 1. Sinto-me culpado em muitas ocasiões.
 2. Sinto-me culpado na maioria das ocasiões.
 3. Sinto-me culpado constantemente.

- 6.0. Não acho que esteja sendo castigado.
 1. Sinto que talvez esteja sendo castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Sinto que estou sendo castigado.

- 7.0. Não estou descontente comigo mesmo.
 1. Estou descontente comigo mesmo.
 2. Estou desgostoso comigo mesmo.
 3. Detesto-me.

- 8.0. Não me considero pior do que qualquer outro.
 1. Autocritico-me por minha debilidade ou por meus erros.

2. Sempre me culpo por minhas faltas.
 3. Culpo-me por tudo de ruim que acontece.
- 9.0. Não tenho nenhum pensamento de suicídio.
1. Às vezes, penso em me suicidar, mas não o farei.
 2. Desejaria terminar com minha vida.
 3. Suicidar-me-ia se tivesse oportunidade.
- 10.0. Não choro mais do que o normal.
1. Agora, choro mais do que antes.
 2. Choro sempre.
 3. Não posso deixar de chorar mesmo quando me proponho.
- 11.0. Não estou particularmente irritado.
1. Chateio-me ou me irrito mais facilmente do que antes.
 2. Sinto-me sempre irritado.
 3. Agora não me irritam, de nenhuma maneira, coisas que antes me impacientavam.
- 12.0. Não perdi o interesse pelos outros.
1. Estou menos interessado nos outros do que antes.
 2. Perdi grande parte do interesse pelos outros.
 3. Perdi completamente o interesse pelos outros.
- 13.0. Tomo minhas próprias decisões.
1. Evito tomar decisões, mais do que antes.
 2. Para mim, tomar decisão é mais difícil do que antes.
 3. É impossível, para mim, tomar decisões.
- 14.0. Não acredito que tenha pior aspecto do que antes.
1. Não estou preocupado porque pareço envelhecido e pouco atraente.
 2. Noto mudanças constantes em meu aspecto físico que me tornam pouco atraente.
 3. Acho que tenho um aspecto horrível.
- 15.0. Trabalho como antes.
1. Tenho que me esforçar mais para começar a fazer algo.
 2. Tenho que me obrigar a fazer algo.
 3. Sou incapaz de realizar alguma tarefa.
- 16.0. Durmo bem como sempre.
1. Não durmo tão bem quanto antes.
 2. Acordo 1-2 horas antes do habitual e demoro a dormir de novo.
 3. Acordo várias horas antes do habitual e já não posso voltar a dormir.
- 17.0. Não me sinto mais cansado do que normalmente.
1. Canso-me mais do que antes.
 2. Canso-me quando faço qualquer coisa.
 3. Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18.0. Meu apetite não diminuiu.

1. Meu apetite não é tão bom quanto antes.
2. Agora tenho muito menos apetite.
3. Perdi completamente o apetite.

19.0. Não perdi peso ultimamente (se está tentando perder peso, esta pergunta fica invalidada).

1. Perdi mais de 2 kg. Estou tentando perder peso.
2. Perdi mais de 4 kg, intencionalmente, comendo menos.
3. Perdi mais de 7 kg. Sim _____ Não _____

(No caso afirmativo invalidar a resposta)

20. Não estou preocupado por minha saúde.

1. Preocupam-me os problemas físicos como dores, etc. O mal-estar no estômago ou as gripes.
2. Preocupam-me as doenças e tenho dificuldade em pensar em outras coisas.
3. Estou tão preocupado pelas doenças que não posso pensar em outras coisas.

21.0. Não observei nenhuma mudança em meu interesse pelo sexo.

1. A relação sexual me atrai menos do que antes.
2. Estou muito menos interessado no sexo do que antes.
3. Perdi totalmente o interesse sexual.