

**Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública**

**Fatores associados à qualidade do sono em  
mulheres na transição menopausal e pós  
menopausa**

**Elaine Cristina Alves Pereira**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Saúde Materno Infantil**

**Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi**

**São Paulo  
2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

# **Fatores associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós menopausa**

**Elaine Cristina Alves Pereira**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Saúde Materno Infantil**

**Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi**

**São Paulo  
2009**

Dedico este trabalho aos meus pais, Francisco e Inês, responsáveis por tudo que sou hoje. Exemplos de amor, fé, retidão e perseverança. Amo muito vocês!

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, que com seu amor e misericórdia me deu forças e discernimento para superar as dificuldades.

Aos meus pais, Francisco e Inês, pelo imenso apoio em todos os momentos, acreditando nos meus sonhos e me ajudando de todas as formas possíveis a torná-los realidade.

Ao meu irmão Fernando pela grande ajuda nas tarefas relacionadas a computador, e a minha irmã Paula pela paciência em ler meus textos.

Ao meu marido Denis, meu sogro Luis Carlos e minha sogra Rosângela, pelo carinho e incentivo nesta jornada.

À minha amiga Claudia (Crau), que sempre me ajudou nos momentos de aperto, fundamental para que este trabalho se concretizasse. Atendia os pacientes na clínica para eu me dedicar a esta pesquisa.

Às minhas companheiras de pós-graduação (Carol, Débora, Jéssica e Wendry), que sempre compartilharam experiências, mostram caminhos quando algo parecia perdido e colaboraram ativamente na realização deste projeto.

À professora Maria Regina, que com muito carinho e tranqüilidade mostrou-me problemas e soluções relacionadas ao projeto, além de realizar as trabalhosas análises estatísticas.

Ao meu orientador professor Aldrighi, que dentre tantos alunos me escolheu para fazer parte de uma equipe maravilhosa e competente. Deu-me a oportunidade de aprender, amadurecer e realizar um sonho. Obrigada pela confiança.

## RESUMO

PEREIRA ECA. Fatores associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós menopausa [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

**Introdução:** Os estágios da transição menopausal e pós-menopausa fazem parte do processo de envelhecimento ovariano, se caracterizam por alterações hormonais, principalmente o hipoestrogenismo, e o aparecimento de sintomas desconfortáveis e agravos à saúde. Entre os sintomas, as alterações na qualidade do sono vêm ganhando destaque pelo grande número de morbidade relacionada a este quadro. **Objetivo:** Estimar a prevalência da qualidade de sono ruim e caracterizar os fatores associados em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa. **Método:** Estudo observacional de corte transversal com utilização de dados secundários, que investigou a qualidade do sono por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) em 875 mulheres de 35 a 65 anos selecionadas aleatoriamente e atendidas pelo Programa de Saúde da Família de Pindamonhangaba-SP. Para pesquisa dos fatores associados foram questionadas informações sócio-demográficas, hábitos de vida, história ginecológica e de morbidade clínica, uso de medicamentos, e realizadas medidas de peso, altura e circunferência abdominal. Foram feitas análises bivariadas e multivariadas, bem como criado um modelo de regressão logística múltipla no programa *Stata* 8.0, utilizando um intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** O sono ruim esteve presente em 45,13% das participantes e os fatores associados foram: depressão (IC<sub>95%</sub>: 3,37-6,88), síndrome do ovário policístico (IC<sub>95%</sub>: 1,17-2,83), atividade física ocupacional acima da média da população estudada (IC<sub>95%</sub>: 1,12-2,19), uso de medicamentos que alteram a qualidade do sono (IC<sub>95%</sub>: 1,34-22,76), e como fator protetor, consumir até 3 doses de qualquer bebida alcoólica (IC<sub>95%</sub>: 0,28-0,77). **Conclusão:** A prevalência de sono ruim foi alta entre as mulheres na transição menopausal e pós-menopausa, e esteve associado a este quadro a presença de morbidade como depressão e síndrome do ovário policístico, o estilo de vida relacionado ao alto nível de atividade física ocupacional e o uso de medicamentos que alteram a qualidade do sono.

**Descritores:** Sono; Mulher; Transição menopausal; Pós menopausa.

## ABSTRACT

PEREIRA ECA. Factors associated with sleep quality in women in the menopausal transition and postmenopause [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

**Introduction:** The menopausal transition and postmenopause form part of the ovarian aging process and are characterized by hormonal alterations, principally hypoestrogenism, and the appearance of troublesome symptoms and deteriorations in health. Among the symptoms, changes in sleep quality are of particular note in view of the large number of morbidities related to this condition. **Objective:** To estimate the prevalence of poor sleep quality and characterize associated factors in women in the menopausal transition and postmenopause. **Method:** An observational, cross-sectional study carried out on secondary data using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) to investigate sleep quality in 875 women of 35-65 years of age randomly selected among women receiving care in the Family Health Program in Pindamonhangaba, São Paulo. To evaluate associated factors, the sociodemographic data of the women were recorded and questions were asked regarding lifestyle habits, gynecological history, prior clinical morbidities and use of medication. Weight, height and abdominal circumference were measured. Bivariate and multivariate analyses were performed and a model of multiple logistic regression was created in the Stata software program, version 8.0, with a 95% confidence interval. **Results:** In 45.13% of participants, sleep quality was poor and other associated factors included depression (95%CI: 3.37-6.88), polycystic ovary syndrome (95%CI: 1.17-2.83), occupational physical activity above the average for the population studied (95%CI: 1.12-2.19), and use of medication that alters sleep quality (95%CI: 1.34-22.76). Consuming up to three doses of any alcoholic beverage per week was identified as a protective factor (95%CI: 0.28-0.77). **Conclusion:** The prevalence of poor quality sleep was high among women in the menopausal transition and postmenopause and was associated with the presence of morbidities such as depression and polycystic ovary syndrome, a lifestyle that includes a high level of occupational physical activity and the use of medication that alters sleep quality.

**Descriptors:** Sleep; Woman; Menopausal transition; Postmenopause.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	<b>13</b>
1.1 Nomenclatura: climatério, transição menopausal e pos menopausa	13
1.2 Repercussões do envelhecimento ovariano	15
1.3 O sono	16
1.4 Fatores associados ao sono ruim	18
1.5 Consequências do sono ruim	21
<b>2. Objetivos</b>	<b>22</b>
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivo específico	22
<b>3. Hipótese</b>	<b>23</b>
<b>4. Método</b>	<b>24</b>
4.1 Tipificação do estudo e caracterização das variáveis	24
4.2 Local e população de estudo	25
4.3 Amostra	25
4.4 Procedimento de campo	28
4.4.1 Coleta das informações do banco de dados	28
4.4.1.1 Investigação das variáveis	31
4.5 Análise dos dados	37
4.6 Aspectos éticos	38
4.6.1 Autorização para o uso de dados secundários	38
<b>5. Resultados</b>	<b>39</b>
5.1 Perfil das mulheres estudadas	39
5.2 Prevalência de sono ruim	44
5.2.1 Análise individual de cada domínio do psqi	45
5.2.2 Análise descritiva das questões complementares do psqi	47
5.3 Medicamentos que interferem na qualidade do sono	48
5.4 Associações entre a qualidade do sono e as características epidemiológicas e clínicas	48
<b>6 Discussão</b>	<b>56</b>
<b>7 Conclusão</b>	<b>66</b>
<b>Referências</b>	



<b>Anexos</b>	<b>73</b>
anexo 1: Carta de autorização do local do estudo	73
anexo 2: Carta de aprovação do comitê de ética	74
anexo 3: Carta de aprovação da mudança de título	75
anexo 4: Carta de aprovação do presente estudo	76
anexo 5: Termo de consentimento livre e esclarecido	77
anexo 6: Pontuação do índice de qualidade do sono de pittsburgh	78
anexo 7: Questionário utilizado na coleta de dados	82
anexo 8: Autorização para uso dos dados secundários	107
anexo 9: Termo de responsabilidade do pesquisador	108

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição do número de micro área, de mulheres e a relação de número de mulheres por micro área, segundo a USF de Pindamonhangaba, 2007.	27
<b>Tabela 2:</b> Características sócio-demográficas das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	42
<b>Tabela 3:</b> História ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	43
<b>Tabela 4:</b> Morbidade referida pelas mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	44
<b>Tabela 5:</b> Hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	46
<b>Tabela 6:</b> Associação entre qualidade do sono e zona da USF, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	50
<b>Tabela 7:</b> Associação entre qualidade do sono e dados sócio-demográficos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	51
<b>Tabela 8:</b> Associação entre qualidade do sono e história ginecológica, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	52
<b>Tabela 9:</b> Associação entre qualidade do sono e atividade física, PSF de Pindamonhangaba, 2007 – 2008.	52
<b>Tabela 10:</b> Associação entre qualidade do sono e tabagismo, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	53
<b>Tabela 11:</b> Associação entre qualidade do sono e etilismo, PSF de Pindamonhangaba, 2007 – 2008.	53
<b>Tabela 12:</b> Associação entre qualidade do sono e história de morbidade referida pessoal e familiar, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	54
<b>Tabela 13:</b> Associação entre qualidade do sono e morbidade pessoal, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	55
<b>Tabela 14:</b> Modelo de regressão logística não ajustado entre a qualidade do sono e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	56
<b>Tabela 15:</b> Modelo de regressão logística ajustado entre a qualidade do sono e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	56

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Estágios do envelhecimento ovariano	14
<b>Quadro 2:</b> Tendência central e de dispersão das informações relacionadas ao sono das mulheres do PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	48
<b>Quadro 3:</b> Estudos epidemiológicos de prevalência de sono ruim em mulheres	60

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Fluxograma da coleta de dados	30
<b>Figura 2:</b> Posição corporal para medida da estatura	37
<b>Figura 3:</b> Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal	38

## SIGLAS UTILIZADAS

DCV= doença cardiovascular

FSH= hormônio folículo estimulante

IC= intervalo de confiança

IDH= índice de desenvolvimento humano

IMS= *International Menopause Society*

IPAC= *International Physical Activity Questionnaire*

IU= incontinência urinária

LANPOP= Laboratório de Avaliações Nutricionais de População

LH= hormônio luteinizante

MA= micro-área

NAMS= *North American Menopause Society*

NREM= sem movimento rápido dos olhos

OR= *odds ratio*

PENN5= *Penn Ovarian Aging Study*

PSF= Programa de Saúde da Família

PSQI= Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

REM= *rapid eye movement* ou movimento rápido dos olhos

SAOS= síndrome da apnéia obstrutiva do sono

SDE= sonolência diurna excessiva

SMHSQ= *St Mary`s Hospital Sleep Questionnaire*

SOP= síndrome dos ovários policísticos

STRAW= *The Stages of Reproductive Aging Workshop*

USF= Unidade de Saúde da Família

## 1 INTRODUÇÃO

O sono é importante componente da qualidade de vida, pois se adequado em quantidade e qualidade, reflete uma boa saúde e portanto, o aumento da longevidade (OWENS & MATHEUS, 1998).

### 1.1 NOMENCLATURA:CLIMATÉRIO, TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E POS MENOPAUSA

O climatério representa a transição gradual do estado reprodutivo para o não reprodutivo. É marcado por manifestações polimorfas decorrentes da exaustão folicular ovariana e da dessincronização dos sinais neuronais do hipotálamo e sistema nervoso central (ALDRIGHI et al., 2005).

Segundo NOTELOVITZ (1988), tem início aos 35 anos e termina aos 65, e didaticamente pode ser dividido em três décadas: inicial, dos 35 aos 45; intermediária, dos 46 aos 55; e tardia, dos 56 aos 65 anos.

Com o avanço nas determinações séricas hormonais por radioimunoensaio, estudos foram realizados para caracterizar adequada e precocemente o início do climatério, surgindo a partir de então, novas terminologias.

O estudo denominado *The Stages of Reproductive Aging Workshop* (STRAW), conduzido por SOULES et al. (2001) foi o primeiro a observar que pequenas mudanças no ciclo menstrual poderiam marcar o início das flutuações hormonais. Baseados nestas alterações foram criadas as nomenclaturas pré-menopausa, transição menopausal precoce, transição menopausal tardia e pós-menopausa. O avanço desta classificação ocorreu com o *Penn Ovarian Aging Study* (PENN-5), realizado por GRACIA et al. (2005), que por meio de determinações

sélicas dos hormônios luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH), inibina, estradiol, testosterona e sulfato de dehidroepiandrosterona, criaram o novo conceito de envelhecimento ovariano.

Este conceito, caracterizado pelo processo contínuo de consumo folicular, foi dividido em cinco estágios (fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal precoce e tardia, e pós-menopausa) e correlacionou a sintomatologia menstrual às determinações sanguíneas hormonais; o que permitiu o diagnóstico clínico dos estágios de envelhecimento ovariano. As diferenças entre os estudos STRAW e PENN-5 podem ser observadas no quadro 1.

**Quadro 1:** Estágios do envelhecimento ovariano.

Período		STRAW*	PENN-5**
<b>Pré-menopausa</b>	<b>inicial</b>	ciclos regulares	ciclos regulares
	<b>tardia</b>		1 ciclo com intervalo $\geq 7$ dias
<b>Transição menopausal</b>	<b>Inicial</b>	1 ciclo com intervalo $\geq 7$ dias	2 ciclo com intervalo $\geq 7$ dias
	<b>tardia</b>	2 - 11 meses amenorréia	3 - 11 meses Amenorréia
<b>Pós-menopausa</b>		$\geq 12$ meses de amenorréia	$\geq 12$ meses de amenorréia

\*Stages of Reproductive Aging Workshop,\*\*Penn Ovarian Aging Study. Fonte: adaptado de Gracia et al. (2005).

Apesar da falta de consenso sobre a nomenclatura, várias sociedades internacionais como a NAMS (*North American Menopause Society*) e a IMS (*International Menopause Society*), têm utilizado a nova terminologia proposta pelo PENN-5.

Assim, o estágio reprodutivo inicia-se na menarca e se estende até os 36-37 anos; a partir de então, começa o estágio da transição menopausal precoce, caracterizado por irregularidades menstruais (aumento do ciclo menstrual em 7 dias), decorrentes de sutis alterações hormonais, como redução da inibina ovariana, aumento compensatório do FSH, sem ainda se evidenciar qualquer alteração sanguínea do LH e estradiol (GRACIA et al., 2005).

Com o aumento da idade, as concentrações sanguíneas de inibina, FSH e LH aumentam e de estradiol diminuem, caracterizando o estágio da transição menopausal tardia, onde se notam significativas alterações menstruais como amenorréias (ausência menstrual) de 3 a 11 meses (GRACIA et al., 2005). Após 12 meses consecutivos de amenorréia, firma-se o diagnóstico de menopausa, última menstruação da vida da mulher, que no Brasil ocorre aos 48, 7 anos (ALDRIGHI., 2005). Logo, o estágio do envelhecimento ovariano denominado de pós-menopausa é aquele que se inicia a partir da menopausa e se estende até o final da vida da mulher (GRACIA et al., 2005).

## 1.2 REPERCUSSÕES DO ENVELHECIMENTO OVARIANO

Com o aumento da expectativa de vida, muitas mulheres passam um terço de sua vida após a menopausa, expostas às repercussões trazidas pelo envelhecimento ovariano e pelas conseqüentes alterações hormonais, principalmente relacionadas ao hipoestrogenismo (NAMS, 2004).

As primeiras flutuações hormonais, iniciadas na transição menopausal levam ao aparecimento de sintomas desconfortáveis como mudanças nos ciclos menstruais, ondas de calor, aumento da sudorese, atrofia cutâneo-mucosa,



aumento de peso, sintomas depressivos e alterações com o sono. Após a instalação da menopausa, as mulheres tornam-se mais vulneráveis a doenças como a osteoporose, as doenças cardiovasculares (DCV), a incontinência urinária (IU) e as demências (ALDRIGHI et al., 2002).

Dentre os sintomas desconfortáveis, destaca-se as alterações do sono por sua importante relação com o aparecimento de morbidade e diminuição da qualidade de vida.

### 1.3 O SONO

Sono é o estado em que o indivíduo apresenta-se imóvel ou com pequenos movimentos de ordem involuntária, e com reduzida ou abolida reatividade a estímulos auditivos, visuais, táteis e dolorosos (FERNANDES, 2006).

Ele é caracterizado por dois padrões bem distintos, o sono sem movimentação rápida dos olhos (rapid eye movements = REM), denominado de não-REM (NREM); e o sono com movimentação rápida dos olhos, chamado de REM (FERNANDES, 2006).

Em condições normais, um indivíduo demora cerca de 10 minutos para pegar no sono (tempo de latência do sono), após este período, o sono se inicia pela fase NREM, composta por quatro estágios (I,II,III,IV), que aparecem em ordem crescente de profundidade (MARKOV & GOLDMAN, 2006).

O estágio I é superficial e tem duração de poucos minutos; no estágio II, ocorre o aprofundamento do sono com difícil despertar, sua duração é de 30 a 60 minutos, seguida pelos estágios III e IV, os mais profundos do sono (MARKOV & GOLDMAN, 2006).

Passados aproximadamente 90 minutos de duração do sono NREM, acontece o primeiro sono REM, que costuma ter curta duração no início da noite, 5 a 10 minutos. A fase REM acaba com um microdespertar (3 a 15 segundos), que leva o indivíduo novamente para o estágio I da fase NREM. Assim, acontecem 5 a 6 ciclos do sono NREM-REM durante uma noite de 8 horas dormidas (MARKOV & GOLDMAN, 2006).

Sem fenômenos anormais, as proporções de cada estágio do sono são: 5 a 10 % de estágio I, 50 a 60% de estágio II, 20 a 25% de estágios III e IV (em conjunto), e 20 a 25 % de estágio REM (FERNANDES, 2006).

O sono NREM caracteriza-se por relaxamento muscular com manutenção do tônus basal, diminuição dos movimentos corporais, dos movimentos oculares rápidos e da respiração, além de batimentos cardíacos regulares. Já o sono REM, é marcado por hipotonia ou atonia muscular, movimentos corporais involuntários, emissão de sons, movimentos oculares rápidos, respiração e batimentos cardíacos irregulares e sonhos (FERNANDES, 2006).

Durante o sono REM a atividade metabólica e o fluxo sanguíneo encontram-se aumentados em diversas áreas do encéfalo, se comparado à vigília. Nesta fase ocorre a reorganização sináptica, bem como o processo de funções plásticas referentes à homeostase em áreas cerebrais relacionadas à memória, aprendizado e funções psíquicas, sinalizando que o sono não pode ser entendido como mero repouso para economia energética (MARKOV & GOLDMAN, 2006).

A necessidade diária de sono varia com a idade e de forma individual, contudo, segundo a *North American Menopause Society* (NAMS), a maioria dos adultos precisa de 6 a 9 horas de sono para manter-se em bom estado de alerta,

entretanto, sua inadequada quantidade ou qualidade pode acarretar em sono pobre ou ruim (NAMS, 2008).

#### 1.4 FATORES ASSOCIADOS AO SONO RUIM

É considerado sono com qualidade ruim aquele descrito pelo indivíduo como não restaurador (KNUDSEN et al., 2007).

SEKINE et al. (2006) estudando 2.397 homens e 1159 mulheres de 20 a 65 anos no Japão verificaram que as mulheres expressam maior prevalência de sono ruim quando comparadas aos homens (31,4% contra 21,2%, respectivamente).

Nas mulheres dois fatores caminham juntos e contribuem para a diminuição da qualidade do sono, a idade e o estatus menopausal. Com a idade a arquitetura do sono se altera, a duração do sono diminui, porém, a necessidade do sono também; o grande problema encontra-se no aumento do número de despertares noturno (GEIB et al., 2003).

Estes despertares podem ocorrer pelo aparecimento da noctúria, dos quadros de depressão, ou dos sintomas vasomotores como ondas de calor e sudorese, comuns nos estágios da transição menopausal tardia e após a menopausa (UTIAN, 2005).

Segundo OHAYON, (2006) 57% das mulheres na transição menopausal tardia e 51% na pós-menopausa com sintomas vasomotores sofrem de problemas com o sono.

Contudo, nos Estados Unidos, independente desses sintomas, aproximadamente 46% das mulheres de 40 a 54 anos e 48% das de 55 a 64, relatam algum problema relacionado com o sono (NAMS, 2008).

KRAVITZ et al. (2003) estudando 12.603 mulheres norte americanas com idade entre 40 e 55 anos, verificaram que 38% apresentavam alguma dificuldade com o sono relacionada ao estágio do envelhecimento ovariano. Corroborando com estes achados, SOUZA et al. (2005) identificaram no Brasil que 29% das mulheres de 35 a 65 anos tinham deteriorização da qualidade do sono associada aos estágios da transição menopausal tardia e da pós- menopausa.

Algumas características socioeconômicas também influenciam a qualidade do sono. Segundo ARBER et al. (2009) o nível educacional e a renda familiar estão intimamente relacionados ao aparecimento de problemas com o sono; quanto menor a escolaridade e a renda, maior a prevalência de sono ruim, principalmente em mulheres. KNUDSEN et al. (2007) identificaram que trabalhadores autônomos dormem melhor, enquanto SEKINE et al. (2006) mostraram que a longa jornada, a alta demanda e as mudanças constantes no tipo de trabalho pioram a qualidade do sono.

A presença de morbidade, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), a depressão e a obesidade potencializam a deteriorização do sono (OWENS & MATHEUS,1998).

Em estudo realizado por HAYASHINO et al. (2007) foi verificado que indivíduos com dificuldade para iniciar o sono tem maior chance de desenvolver diabetes. Já os estudos de AYAS et al. (2003) e YAGG et al. (2006) mostraram que o aparecimento do diabetes está associado ao sono de curta duração (menos do que seis horas por noite).

De acordo com estudo de FIORENTINI et al. (2007) 87% dos pacientes que se queixam de problemas com o sono apresentam hipertensão; sugestionando que

a investigação da qualidade do sono pode representar um *screening* na identificação de fatores de risco cardiovasculares.

Já é bem descrito pela literatura a relação entre sono e obesidade. Indivíduos que dormem menos do que sete horas por noite possuem maior chance de serem obesos (GANGWISCH et al. 2005; KNUTSON et al. 2007; CRISPIM et al. 2007).

A obesidade é considerada um dos principais fatores de risco no aparecimento da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS), caracterizada por pausas respiratórias durante o sono que levam a episódios de queda na saturação da oxi-hemoglobina, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (DALTRO et al. 2006; MARTINS et al. 2007). A prevalência de SAOS é maior em mulheres na pós-menopausa (2,7%) se comparada ao estágio da transição menopausal (0,6%) (BIXLER et al., 2001).

Estudos realizados por OWENS & MATHEUS (1998) e SHIN et al. (2005) verificaram que um dos importantes fatores responsáveis pela diminuição da qualidade do sono é a presença de depressão. Segundo REED et al. (2007) 18% das mulheres nos estágios da transição menopausal e após a menopausa sofrem com este quadro, o que aumenta a prevalência de sono ruim.

Fatores como o hábito do tabagismo e a ingestão de álcool contribuem sobremaneira na deteriorização do sono. O primeiro, pela ação da nicotina, que dificulta o início do sono diminuindo o número de horas dormidas; e o segundo, pelo aumento do número de despertares durante a noite, principalmente relacionados à noctúria (NAKADE et al., 2009).

Segundo KRAVITZ et al. (2003), mulheres com baixo nível de atividade física tem pior qualidade do sono. Corroborando com estes achados, GUIMARÃES et al.

(2007) verificaram que a prática de exercícios físicos regulares melhoram o sono diminuindo seu tempo de latência e aumentando o número de horas dormidas.

Por fim, o uso de medicamentos como antihipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos e anorexígenos podem alterar o sono por meio de seus efeitos colaterais ou por interações medicamentosas (SÁ et al., 2007).

### 1.5 CONSEQUÊNCIAS DO SONO RUIM

As alterações do sono acarretam sérios problemas como: quadros de letargia, desatenção, esquecimentos, dores musculares, irritabilidade, fadiga, queda da produtividade, aumento de acidentes de trabalho e automobilístico (NAMS, 2008) e transtornos nas relações familiares e sociais, redundando numa piora da qualidade de vida e expressivo aumento nos custos econômicos com hospitalizações e afastamentos médicos (UTIAN, 2005).

Nos estágios da transição menopausal e pós-menopausa raros foram os estudos nacionais que avaliaram os distúrbios do sono. SOUZA et al. (2005) foram os primeiros autores brasileiros a se debruçarem no tema e investigarem a prevalência da qualidade de sono ruim e os fatores associados, verificando que 29% das mulheres estudadas apresentavam qualidade de sono ruim e que o *status* menopausal se associava a este quadro.

Assim, do exposto e da evidente escassez de estudos referentes à caracterização dos fatores associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa, motivamo-nos a estudar esses aspectos que certamente permitirão desenvolver estratégias preventivas e/ou terapêuticas, que poderão ser incorporadas às políticas públicas e dessa forma contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estimar a prevalência da qualidade de sono ruim em mulheres na transição menopausal e na pós menopausa usuárias do Programa de Saúde da Família (PSF) de Pindamonhangaba-SP.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO**

Caracterizar os fatores associados à piora da qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e após a menopausa, relacionados às variáveis:

- antropométricas
- sócio-demográficas
- história ginecológica
- história de morbidade pessoal e familiar
- estilo de vida
- uso de medicamentos

### **3. HIPÓTESE**

- Alta prevalência de sono ruim nas mulheres nos estágios da transição menopausal e pós menopausa.
- Influência de variáveis como idade, menopausa, escolaridade, renda, sedentarismo, obesidade, síndrome da apnéia obstrutiva do sono, depressão, ansiedade e consumo de álcool e tabaco sobre a qualidade do sono das mulheres.



## 4. MÉTODO

A pesquisa foi realizada a partir do banco de dados do Projeto: “*Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa*”, aprovado no Comitê de Ética com protocolo nº 1324 e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nº 2006/57016-2, da Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP, Ana Carolina Basso Schmitt, sob orientação do professor Doutor José Mendes Aldrighi.

### 4.1 TIPIFICAÇÃO DO ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

O presente estudo se caracteriza por delineamento observacional de corte transversal (HULLEY et al., 2003) com utilização de dados secundários, visando estimar a prevalência da qualidade do sono ruim e seus fatores associados em mulheres na transição menopausal e após a menopausa. Para tanto, a variável dependente foi a qualidade do sono e as variáveis independentes foram: dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), sócio-demográficos (idade, escolaridade, religião, estado civil, raça, ocupação, renda), história ginecológica (menopausa, uso de terapia de reposição hormonal), história de morbidade pessoal (hipertensão, diabetes, cardiopatia, hiperuricemia, depressão, ansiedade, apnéia obstrutiva do sono, e sonolência diurna excessiva), hábitos de vida (prática de atividade física, tabagismo, consumo de álcool) e uso medicamentos que interferem na qualidade do sono.

## 4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Pindamonhangaba, situada no interior do Estado de São Paulo, em uma região denominada de Vale do Paraíba. Esse município, com área territorial de 746,45 Km<sup>2</sup>, possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,815, e segundo Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2007), conta com uma população de 136.263 habitantes, sendo 68.676 mulheres.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, Pindamonhangaba conta com uma rede assistencial básica formada por 21 equipes de Saúde da Família que cobrem 45.537 pessoas. Os profissionais que compõe essas equipes são: 21 médicos, 10 dentistas, 19 enfermeiros, 33 auxiliares de enfermagem, e 69 agentes comunitários (BRASIL, 2007). Entretanto, no momento do levantamento da população de referência, março de 2007, a rede possuía apenas 18 equipes.

Em cada Unidade de Saúde da Família (USF) foi realizada uma pesquisa sobre as seguintes informações: nome, data de nascimento, número da família e micro área (MA) referente a todas as mulheres cadastradas com idade entre 35 e 65 anos. Assim, foram identificadas 7.212 mulheres, que tiveram seus dados checados em agosto do mesmo ano a fim de evitar erros no levantamento.

## 4.3 AMOSTRA

De acordo com estudos nacionais e internacionais, a prevalência da qualidade de sono ruim em mulheres na transição menopausal e após a menopausa varia de 29% (SOUZA et al., 2005) a 53% (FREEDMAN & ROHRS, 2007). O cálculo do tamanho amostral considerou a menor prevalência do desfecho de interesse, 29%, com  $p=0,05$  em 95%.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{0,29 \cdot 0,71 \cdot 1,96^2}{0,05^2}$$

$$n_0 \sim 316$$

+ 20% de perda

**n ~ 380 mulheres**

Embora a amostra estimada tenha sido de 380 mulheres, foram estudadas 875, pelo fato do presente estudo representar um recorte de outra pesquisa, com maior segurança para responder a questão de pesquisa.

Para a seleção da amostra, o sistema de referência constituído de 7.212 mulheres foi inicialmente ordenado de acordo com a idade das mulheres e com a unidade de saúde à qual elas estavam inscritas. Com isto a amostra obtida foi estratificada por idade e unidade com partilha proporcional de ordem múltipla de quatro, considerando homogeneidade de idade categorizada de 35 a 44 anos, de 45 a 54 anos e de 55 a 65 anos e número de moradoras nas Unidades. A tabela 1 expõe a distribuição do número das mulheres sorteadas.

**Tabela 1:** Distribuição do número de micro área, de mulheres e a relação de número de mulheres por micro área, segundo a USF de Pindamonhangaba, 2007.

USF	Número de micro área (MA)	Número de mulheres	MA/mulheres	
Araretama 1	8	72	MA1=7	MA5=10
			MA2=10	MA6=10
			MA3=12	MA7=6
			MA4=11	MA8=6

Araretama 2	7	67	MA1=12 MA2=7 MA3=9 MA4=10	MA5=9 MA6=12 MA7=8
Araretama 3	8	44	MA1=6 MA2=5 MA3=8 MA4=6	MA5=6 MA6=6 MA7=4 MA8=3

Continuação Tabela 1

Bela vista	4	45	MA1=11 MA2=11	MA3=11 MA4=12
Bom sucesso	6	33	MA1=5 MA2=6 MA3=7	MA4=7 MA5=6 MA6=2
Campinas	5	37	MA1=7 MA2=10 MA3=6	MA4=8 MA5=6
Castolira	5	49	MA1=7 MA2=9 MA3=11	MA4=11 MA5=11
Cidade Jardim	8	58	MA1=6 MA2=9 MA3=10 MA4=8	MA5=7 MA6=6 MA7=7 MA8=5
Cidade Nova	8	75	MA1=10 MA2=9 MA3=9 MA4=8	MA5=10 MA6=9 MA7=10 MA8=10
Cruz Grande	5	35	MA1=6 MA2=6 MA3=8	MA4=8 MA5=7
Feital	6	63	MA1=11 MA2=12 MA3=7	MA4=10 MA5=12 MA6=11
Goiabal	6	27	MA1=5 MA2=4 MA3=4	MA4=5 MA5=5 MA6=4
Jardim Eloina	4	43	MA1=10 MA2=14	MA3=9 MA4=10
Jardim Imperial	6	73	MA1=10 MA2=15 MA3=14	MA4=13 MA5=9 MA6=12
Jardim Regina	4	26	MA1=6 MA2=6	MA3=7 MA4=7
Marica	5	43	MA1=9 MA2=9 MA3=10	MA4=8 MA5=7
Santa Cecília	5	45	MA1=10 MA2=8 MA3=9	MA4=8 MA5=10
Triângulo	5	40	MA1=6 MA2=7 MA3=10	MA4=10 MA5=7
<b>TOTAL</b>		<b>875</b>		

Fonte: Projeto Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa, 2007.

#### 4.4 PROCEDIMENTO DE CAMPO

Em janeiro de 2005 firmou-se um Acordo de Cooperação Técnica Científica entre o Professor Doutor José Mendes Aldrighi e a Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba / SP, que permitiu a realização de pesquisas no PSF da cidade (anexo 1).

Em agosto do mesmo ano, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP o primeiro estudo no PSF de Pindamonhangaba (anexos 2, 3 e 4), cujo banco de dados foi utilizado para a elaboração do presente trabalho. Este trabalho, sobre qualidade do sono, foi aprovado pelo mesmo Comitê de Ética citado acima no mês de março de 2008, com protocolo número 1768 (anexo 5).

##### 4.4.1 Coleta das informações do banco de dados

A logística adotada para investigação foi o agendamento prévio da coleta de dados em cada Unidade de Saúde da Família (USF) de segunda a sexta feira, e para as mulheres que trabalhavam e não puderam comparecer na Unidade no dia marcado, eram feitas visitas domiciliares aos sábados e domingos.

O fluxograma a seguir (figura 1) mostra a ordem dos procedimentos adotados.

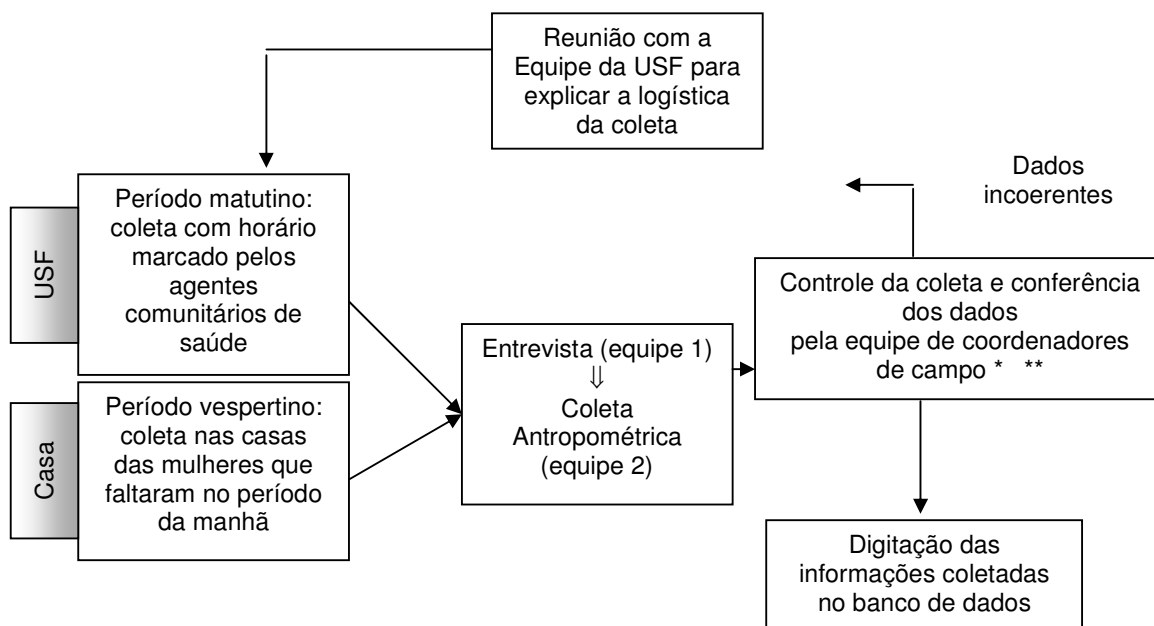


Figura 1: Fluxograma da coleta de dados.

\* 1 aluna de doutorado e \*\*4 alunas de mestrado do Professor José Mendes Aldrighi pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública / USP.

As mulheres selecionadas para o estudo foram procuradas em suas casas pelos agentes comunitários da USF correspondente à sua moradia. Estes entregaram convites personalizados agendando o horário no período da manhã em que a mulher deveria comparecer na Unidade para realização da entrevista e a avaliação antropométrica. Para as mulheres que não puderam comparecer, as equipes 1 e 2 e os coordenadores de campo procuraram por cada uma delas em sua residência no período vespertino no decorrer dos dias da semana e aos sábados e domingos no caso de mulheres que trabalhavam fora.

A coleta dos dados nas USF ocorreu no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008, e contou com duas equipes. A primeira (equipe 1), formada por quinze

professoras do ensino fundamental de Pindamonhangaba, recebeu treinamento ministrado pelas pesquisadoras responsáveis para coletar, por meio de entrevista, as variáveis sócio-demográficas, história ginecológica, história de morbidade pessoal e familiar, hábitos de vida e uso de medicamentos. Este treinamento durou três dias e foi realizado no Salão do Fundo Social de Solidariedade, cedido pela Prefeitura de Pindamonhangaba. Antes do início da coleta, duas entrevistadoras não puderam trabalhar no estudo, e ao final, mais quatro precisaram abandonar o projeto por motivos pessoais; restando então nove entrevistadoras até a conclusão da pesquisa.

A segunda (equipe 2), formada por cinco graduandos de Fisioterapia da Universidade de Taubaté e uma fisioterapeuta da cidade de Taubaté (escolhida pela proximidade de Pindamonhangaba), foi capacitada e calibrada (alta concordância no coeficiente de correlação de Pearson) para avaliar as medidas antropométricas (peso, altura e circunferência de abdome) pelo Laboratório de Avaliações Nutricionais de População (LANPOP) da Faculdade de Saúde Pública / USP.

Cada professora da equipe 1 entrevistou individualmente as mulheres respeitando a seguinte seqüência: primeiro foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 6) e, após a aceitação em participar da investigação com a assinatura (caso não soubesse ler e ou escrever, o termo foi assinado pela impressão digital), foi questionado sobre as informações pessoais, ginecológicas, de morbidade, de hábitos de vida, de depressão e ansiedade e de qualidade do sono; com tempo de duração entre uma e duas horas de entrevista. Assim, cada entrevistadora realizou em média duas entrevistas por dia, totalizando trinta e nove dias úteis de trabalho da equipe 1. As medidas de peso, altura e circunferência do abdome foram obtidas pela equipe 2 com tempo médio gasto de trinta minutos.

Deste modo, cada pessoa desta equipe fez em média quatro avaliações por dia, totalizando também trinta e nove dias úteis.

Como parte do controle de qualidade, os coordenadores de campo estiveram presentes permanentemente nos locais de coleta.

Todos os dados foram conferidos pelos coordenadores no mesmo dia da coleta, e cerca de 10% das entrevistas foram reaplicadas parcialmente por telefone em janeiro de 2008, a fim de avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes.

#### 4.4.1.1 Investigação das variáveis

A variável dependente do presente estudo, **qualidade do sono**, foi investigada por meio do Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - PSQI (BUYSSSE et al. 1989), validado para o português por CEOLIN, 1999. Ele é dividido em sete domínios e avalia subjetivamente no último mês: 1) qualidade do sono, 2) latência do sono, 3) duração o sono, 4) eficiência habitual do sono, 5) distúrbios do sono, 6) uso de medicamentos para dormir e 7) sonolência diurna e distúrbios durante o dia. Cada domínio possui escala de 0 a 3, em que 0 indica nenhum problema e 3 problema grave; a soma destes valores gera um escore global de 0 a 21, em que valores iguais ou maiores do que 5 representam qualidade de sono pobre ou ruim.

As instruções para pontuação de cada domínio do PSQI estão no anexo 6, e o questionário de Pittsburgh bem como as demais questões que compuseram o roteiro de coleta de dados utilizado para pesquisa das variáveis independentes estão no anexo 7.



Com relação à investigação das variáveis independentes, os dados sócio-demográficos, história de morbidade, história ginecológica e medicamentos em uso obtiveram respostas espontâneas, que foram classificadas conforme descrito abaixo; e os demais dados obtiveram respostas estimuladas, conforme as opções de resposta de cada instrumento utilizado.

**Idade:** investigada por meio da data de nascimento da pessoa, confirmada por um documento.

**Escolaridade:** considerou-se como alfabetizada a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecer. Foi investigado o nível ou grau de ensino considerando o sistema de ensino atualmente em vigor ( ensino fundamental -1º ao 9º ano; médio - 1º ao 3º colegial; superior - graduação, mestrado ou doutorado; alfabetização de adultos e supletivo ministrado na escola), ou o sistema de ensino anterior (primeiro grau, segundo grau e terceiro grau ou superior). A pessoa que freqüentava somente curso de especialização profissional, de extensão cultural (idioma, costura, datilografia, etc.) ou supletivo por meio de rádio, televisão ou correspondência não foi classificada como estudante.

**Religião, estado civil, cor ou raça:** foram classificadas conforme declaração da participante.

**Ocupação:** cargo, função, profissão ou ofício exercido pela mulher investigada. Entendeu-se trabalho em atividade econômica o exercício de ocupação remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, durante pelo menos uma hora na semana.

**Renda:** foi perguntada a remuneração mensal bruta recebida pela mulher e classificada em número de salários mínimos vigente na época, R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais). A renda familiar foi expressa em *per capita* de acordo com o número

de moradores da residência. O rendimento mensal familiar *per capita* foi a divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família.

**História de morbidade individual e familiar:** foi investigada presença de hipertensão arterial, diabetes, cardiopatia, síndrome dos ovários policísticos e hiperuricemia.

**Medicamentos em uso:** foram coletados os dados referente aos medicamentos, sendo seus nomes identificados com o receituário médico ou bulas dos remédios.

**História ginecológica:** foi questionada a ocorrência menopausa e uso de terapia hormonal.

**Atividade física habitual:** coletada pelo questionário de *Baecke's* traduzido para o português e validado por FLORINDO et al. (2003) e FLORINDO e LATORRE (2003). O instrumento inclui 16 questões dos últimos doze meses sobre: atividade física ocupacional (8 questões); exercício físico no lazer (4 questões); atividade lazer e locomoção (4 questões) e total de atividade física; referentes aos últimos 12 meses.

**Consumo de álcool e tabagismo:** seguiu os critérios do I levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool (CASTRO-COSTA et al. 2008) e fumo (MARQUES et al. 2006) na população brasileira. O uso de bebida alcoólica teve detalhes como a quantidade, frequência e o tipo de bebida ingerida. Foi considerado *binge* a pessoa que relatou ingerir quatro ou mais doses, ou mais de 20 gramas de etanol em duas horas. E sobre hábito de fumar, foi questionado o contato com o fumo (considerado experimentadoras as mulheres que tiveram contato com mais de 5 maços ou 100 cigarros), número de cigarros por dia e número de dias na semana para as fumantes, e a intenção de parar de fumar.

**Depressão:** graduada conforme instruções de CUNHA (2001) utilizando a versão em português do Inventário de Depressão *Beck* das Escalas *Beck* (GORENSTEIN e ANDRADE, 1998) para medir a intensidade da depressão. O questionário consiste em 21 itens que abordam sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. A soma de pontos permite rastrear a existência e a intensidade de uma depressão. A pontuação de 0 a 9 pontos é considerada normal; de 10 a 15 sugere depressão leve; de 16 a 23 depressão média e 24 ou mais pontos depressão severa.

**Ansiedade:** foi investigada por meio do Inventário de Ansiedade de *Beck* versão em português, validado por CUNHA (2001). Este instrumento possui uma escala sintomática que mensura a gravidade dos sintomas da ansiedade, sendo composta por 21 itens, com quatro opções de respostas, classificando os sintomas da ansiedade como: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63.

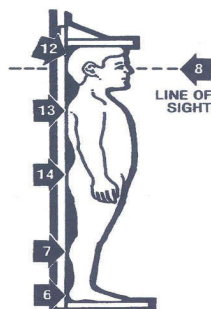
**Apnéia obstrutiva do sono:** investigada pelo questionário de Berlin (NETZER et al., 1999). Este instrumento avalia os seguintes aspectos: presença e frequência do comportamento de ronco (1), sonolência ou fadiga (2) e história de obesidade ou hipertensão (3).

As mulheres com sintomas persistentes e freqüentes em quaisquer dois destes três domínios foram consideradas com características altamente sugestivas de apnéia. É pontuado em três categorias: 1) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 2-6; 2) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 7-8; 3) é positiva com 1 resposta positiva para a questão 10 e ou IMC > 30.

**Sonolência:** pesquisada por meio da Escala de sonolência de Epworth (JOHN, 1991), que quantifica a propensão para adormecer durante 8 situações rotineiras. Para cada questão é atribuído um valor de 0-3, a soma total atinge o valor máximo de 24 e mínimo de 0; identificando os indivíduos sonolentos por valores maiores do que 10.

**Peso:** obtido em quilo utilizando a balança portátil SECA OMEGA 870 digital e resistente para pesar pessoas. A balança é de fácil transporte, mantém a calibração com mudanças de local, tem capacidade de 150 quilogramas com divisão 1 quilograma e mede 300 x 45 x 310 mm. Para a medida, foi solicitada à mulher que vestisse roupas leves e subisse na balança sem sapatos, com pés paralelos, peso distribuído em ambos os pés e braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi realizado duas vezes e medidas de peso superior à precisão de calibragem da balança foram refeitas, sendo ideal não apresentar diferenças entre as leituras.

**Altura:** medida com auxílio do antropômetro SECA 206 numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, com o peso distribuído em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de *Frankfurt* (Plano de *Frankfurt*: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo devem estar em uma mesma linha horizontal), conforme Figura 2. A leitura da medida foi realizada duas vezes. A diferença de medidas de estatura superior a quatro milímetros entre as duas mensurações foram refeitas, o ideal é uma diferença entre as leituras de até dois milímetros

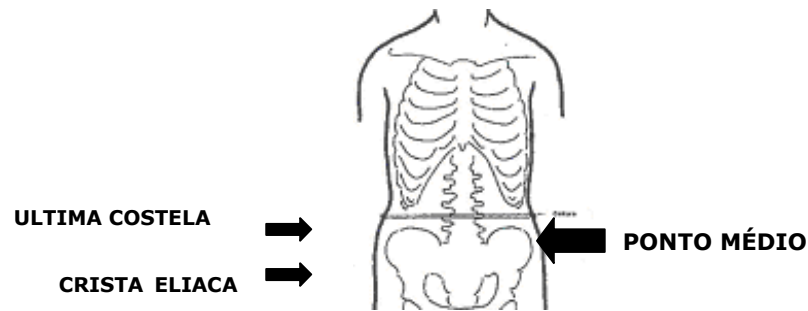


**Figura 2:** Posição corporal para medida da estatura.

**Índice de massa corporal (IMC):** obtido através do produto da divisão do peso corporal pela altura ao quadrado ( $P/A^2$ ). É critério diagnóstico de obesidade, sendo classificado em: magreza grave ( $IMC < 16,0$ ), magreza moderada ( $16,0-16,9$ ), magreza leve ( $17,0-18,4$ ), adequado ( $18,5-24,9$ ), sobrepeso ( $25,0-29,9$ ), obesidade I ( $30,0-39,9$ ) e obesidade II ( $IMC \geq 40$ ) (TAVARES & ANJOS, 1999).

**Circunferência abdominal:** encontrada a partir do ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca diretamente sobre a pele (PARK et al. 2004). Para tanto, foi solicitado que a mulher ficasse em pé ereta com o abdômen relaxado e os braços estendidos ao longo do corpo. Foi localizada a última costela no final da inspiração e a crista do íliaco, medida a distância entre os dois pontos e calculado o ponto médio. A fita foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de modo a ficar alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão (Figura 3). Aplicou-se tensão à fita para ajustar-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

**Figura 3:** Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.



**Medicamentos:** investigou-se o uso de medicamentos os quais, foram agrupados pelas classes farmacológicas. Para este estudo utilizou-se somente as classes que interferem diretamente na qualidade do sono, como: remédios para emagrecer (JENNINGS et al., 2007), antidepressivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos (FREEDAN & ROEHRS, 2007) e antihipertensivos (SBSONO, 2008).

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados no Programa *Microsoft Access 2003*. Como recurso estatístico, a análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa *Stata*, versão 8,0. Inicialmente, foi realizada análise descritiva dos dados. As distribuições de freqüências foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos. Medidas de tendência central e de dispersão foram calculadas. Foram estimadas as prevalências, por ponto e por intervalo de confiança de 95%, para a qualidade do sono das mulheres na transição e após a menopausa.

Análises bivariadas foram conduzidas para identificar possíveis associações entre a qualidade do sono e as variáveis independentes. Um modelo de regressão logística múltipla foi construído para estimar o peso líquido de cada variável independente (após o ajuste para as outras variáveis do modelo e possíveis fatores de confusão).

## 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo realizado no PSF de Pindamonhangaba seguiu os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997) e as normas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

As mulheres selecionadas foram convidadas e informadas sobre o desenvolvimento da pesquisa, sua finalidade e métodos. Foi explicado que a participação era voluntária e o abandono poderia ser feito em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo ou penalidade de qualquer natureza. Além disso, foi garantida a privacidade dos dados e das informações registradas. A participação da voluntária apenas efetivou-se após a assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma para a mulher e outra para os pesquisadores.

### 4.6.1 Autorização para o uso de dados secundários

A aluna Ana Carolina Basso Schmitt, doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP e pesquisadora do projeto inicial realizado no PSF de Pindamonhangaba, autorizou o uso do banco de dados (anexo 9) pela mestranda da mesma instituição, Elaine Cristina Alves Pereira; que assinou um Termo de Responsabilidade (anexo 10) com o comprometimento de sigilo absoluto dos dados referentes ao banco.

## 5. RESULTADOS

Das 7.212 mulheres de 35 a 65 anos registradas nas 18 USF que participaram do estudo, 875 compuseram a amostra deste estudo. Destas, 71,3% moravam na zona urbana, 9,6% na zona rural, e 19,1% em Unidades consideradas urbanas e rurais.

Das mulheres selecionadas para o estudo, 86,4% tiveram suas medidas antropométricas coletadas, e 85,6% responderam a entrevista. A diferença de 0,8% entre a proporção de mulheres que fizeram a antropometria e entrevista deveu-se a recusas em responder ao questionário por falta de tempo. Foram consideradas perdas, todas as participantes com impossibilidade de permanecerem em pé, de responderem ao questionário, ou que mudaram de casa, bairro ou cidade, sem deixar endereço.

### 5.1 PERFIL DAS MULHERES ESTUDADAS

A média de idade das mulheres estudadas foi 47,6 anos, com desvio padrão de 8,1 anos; houve maior proporção de mulheres de 35 a 44 anos, o esperado pela amostra estratificada pela idade.

A tabela 2 apresenta as características sócio demográficas das participantes do estudo. No que se refere à educação formal, 94,3% freqüentaram escola, a maioria (96,6%) nas públicas, 76,9% tinham até a oitava série e estudaram, em média, 6,5 anos (desvio padrão de 3,9). Pouco mais da metade das mulheres (51,4%) trabalhavam, 35,1% em serviços domésticos, 54,9% recebiam um salário



mínimo e 75% delas ganhavam até R\$ 516,00. Quase 80,0% contavam com uma renda *per capita* de até um salário mínimo, e metade sustentava a casa com até 0,7 salário mínimo *per capita* por mês. Com relação ao estado civil, cor e religião, a maior parte era casada (76,0%), branca (50,5%) e católica (65,1%).

**Tabela 2:** Características sócio-demográficas das mulheres estudadas, atendidas pelo PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Dados sócio-demográficos*		nº	%
<b>Idade</b>	35 - 44	307	41,8
	45 - 54	265	36,0
	55 - 65	163	22,2
<b>Escolaridade</b>	Até 8ª série	543	76,9
	1º colegial ou mais	163	23,1
<b>Anos de estudo</b>	1 - 4 anos	361	52,6
	5 anos ou mais	326	47,4
<b>Renda pessoal</b> (em salário mínimo)	1	200	54,9
	2	164	45,1
<b>Renda per capita</b> (em salário mínimo)	Até 1	540	79,5
	mais que 1	139	20,5
<b>Estado civil</b>	Casada	540	76,0
	Separada / Divorciada	109	15,3
	Viúva	62	8,7
<b>Cor</b>	Branca	376	50,5
	Parda	307	41,3
	Outras	61	8,2
<b>Religião</b>	Católica	488	65,1
	Evangélica	208	27,8
	Outras	53	7,1

\*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas.

A história ginecológica das mulheres estudadas é apresentada na tabela 3. Ainda menstruavam 55,7% das mulheres, ou seja, estavam nos períodos denominados reprodutivo, transição menopausal precoce ou transição menopausal tardia; e não menstruavam há pelo menos 12 meses, caracterizando a menopausa, 44,3% das mulheres, que se encontravam no período pós-menopausa. A média de idade da menopausa foi de 45,8 anos (desvio padrão de 6,8), e 50% delas tiveram a última menstruação aos 47 anos. A grande maioria (90,1%) relatou nunca ter realizado Terapia de Reposição Hormonal (TRH), e apenas 27,1%, realizavam no momento da coleta de dados. A média de idade do início da TRH foi 46,8 anos, com desvio padrão de 6,3 anos.

**Tabela 3:** História ginecológica das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História ginecológica*		n	%
<b>Pré-menopausa</b>		416	55,7
<b>Pós-menopausa</b>		331	44,3
-----			
<b>Idade da menopausa</b> (em anos)	<i>Até 47</i>	163	52,2
	<i>48 ou mais</i>	149	47,8
-----			
<b>Usou hormônio</b>	<i>Não</i>	673	90,1
	<i>Sim</i>	74	9,9
-----			
<b>Uso de hormônio atual</b>	<i>Não</i>	54	72,9
	<i>Sim</i>	20	27,1
-----			
<b>Sexualmente ativa</b>	<i>Não</i>	218	29,1
	<i>Sim</i>	523	69,8

\*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas.

A tabela 4 mostra a morbidade referida pelas participantes do estudo.

Com relação às doenças cardiovasculares, 40,6% apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 10,9% cardiopatia; entre as doenças metabólicas, destacaram-se o Diabetes Mellitus (DM), a hiperuricemia, e a obesidade ou sobre peso, presentes em 10,5%, 11,4% e 68,7% respectivamente. Todas as participantes apresentavam algum grau de ansiedade, e 33,4% depressão. Entre as morbidades ginecológicas, a Síndrome do Ovário Policístico (SOP) foi relatada por 17,6% das mulheres, e entre as relacionadas com o sono, 24,5% tinham características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono e 23,0% sonolência diurna excessiva.

**Tabela 4:** Morbidade referida pelas mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>Morbidade</b>		<b>n*</b>	<b>%</b>
<b>HAS</b>	Sim	304	40,6
<b>Cardiopatia</b>	Sim	82	10,9
<b>DM</b>	Sim	79	10,5
<b>Hiperuremia</b>	Sim	80	11,4
<b>Sobrepeso ou Obesidade</b>	Sim	515	68,7
<b>Ansiedade</b>	Mínima	376	50,2
	Leve	177	23,6
	Moderada	124	16,6
	Grave	72	9,6
<b>Depressão</b>	Leve	143	56,5
	Media	70	27,7
	Severa	40	15,8

## Continuação Tabela 4

<b>Apnéia obstrutiva do sono</b>	Baixo risco	565	75,5
	Alto risco	184	
			24,5
-----			
<b>SOP</b>	Sim	126	17,6
<b>Sonolência</b>	Normal	577	77,0
	Excessiva	172	23,0

\*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas.

Os hábitos de vida das mulheres estudadas são apresentados na tabela 5. Foram consideradas ativas (em suas atividades físicas habituais) 82,4% das participantes, mais da metade (57,1%) relataram já ter fumado alguma vez na vida; dessas, 67,2% experimentaram pelo menos 100 cigarros ou cinco maços, mas 35,6% fumavam na época da coleta.

Em média, as fumantes consumiam 12,7 cigarros por dia (desvio padrão de 10,9) por, em média 6,6 dias (desvio padrão de 1,2) na semana. Com relação ao etilismo, 78,1% das mulheres eram abstinentes. Das que ingeriam algum tipo de bebida alcoólica, 35,4% bebiam em *binge*, e o tipo mais consumido de bebida foi a cerveja.

**Tabela 5:** Hábitos de vida das mulheres estudadas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>Hábitos de vida</b>		<b>n*</b>	<b>%</b>
<b><u>Atividade Física Habitual</u></b>			
<b>Sedentário</b>		132	17,6
<b>Ativo</b>		617	82,4
<b><u>Tabagismo</u></b>			
<b>Não fumantes</b>	Já fumou	427	57,1
	Nunca fumou	321	42,9
<b>Experimentadores de fumo</b>	Sim	283	67,2
	Não	138	32,8
<b>Fumantes</b>	Sim	152	35,6
	Não	275	64,4
<b>Gostaria de parar de fumar</b>	Sim	130	87,8
	Não	18	12,2
<b><u>Etilismo</u></b>			
<b>Frequência de uso</b>	Alto risco	66	8,8
	Baixo risco	98	13,1
	Abstinentes	585	78,1
<b>Doses</b>	<i>Binge</i>	57	35,4
	<i>Não binge</i>	104	64,6

\*o total de mulheres para cada variável não foi o mesmo em função de ausência de respostas.

## 5.2 PREVALÊNCIA DE SONO RUIM

Das 749 mulheres que responderam a entrevista, 61 (8,2%) deixaram de preencher pelo menos 1 dos 7 domínios do questionário sobre qualidade do sono; mesmo assim, 338 (45,1%) obtiveram pontuação maior do que 5, o que caracteriza

o sono ruim. Destas, 93,2% preencheram 7 domínios, 3,0% 6 domínios, 3,3% 5 domínios e 0,6% 4 domínios. A média do escore global para as mulheres com qualidade de sono ruim foi 9,4 pontos, com desvio padrão de 3,0.

### 5.2.1 Análise individual de cada domínio do PSQI

#### Domínio 1 – Qualidade subjetiva do sono:

Quando questionadas sobre como avaliavam a qualidade do próprio sono, 25,0% (187) responderam muito bom, 54,5% (408) bom, 15,1% (113) consideraram ruim e 4,9% (37) muito ruim. Apenas 0,6% (4) das mulheres deixaram de responder a este domínio.

#### Domínio 2 – Latência do sono:

O tempo médio que as entrevistadas demoravam para dormir foi de 26,1 minutos (desvio padrão de 35,9), e a maior parte delas, 54,2% (406) relataram levar mais de 15 minutos. Deixaram de responder a este domínio 3,8% (28) das participantes.

#### Domínio 3 – Duração do sono:

Com relação à duração do sono, 36,3% (272) declaram dormir mais de 7 horas por noite, 21,7% (162) dormiam de 6 a 7 horas, 28,9% (216) de 5 a 6 horas, 10,5% menos de 5 horas e 2,7% (20) não responderam este domínio. A média do tempo de sono foi 6,8 horas, com desvio padrão de 1,7 horas.

#### Domínio 4 – Eficiência habitual do sono:

Para caracterizar a eficiência do sono foi questionado o número de horas no leito, obtido por meio das informações sobre o horário de deitar e de levantar, e o número de horas dormidas; cujas médias e desvio padrão podem ser vistas no quadro 2.

**Quadro 2:** Tendência central e de dispersão das informações relacionadas ao sono de mulheres do PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>Informação</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Horário de deitar	9,45 horas	3,12 horas
Horário de levantar	6,40 horas	1,30 horas
Horas no leito	7,56 horas	1,56 horas
Eficiência do sono	82,0%	15,5%

Entre as participantes, 68,6% (514) tiveram a eficiência do sono maior do que 85%, 11,3% (85) entre 75 e 84%, 6,7% (50) entre 65 e 74% e, 8,2% (62) menor do que 65%. Dentre todos os domínios, neste predominou o maior número de mulheres que deixaram de responder alguma questão, 5, 1% (38).

#### Domínio 5 – Distúrbios do sono:

Este domínio tem a propriedade de detectar a existência de distúrbio do sono, porém, não identifica o tipo e a severidade. Das entrevistadas, 90,6% (679) tiveram pontuação diferente de zero, o que caracteriza presença de algum distúrbio. Todas as participantes responderam as questões referentes a este domínio.

#### Domínio 6 – Uso de medicamento para dormir:

Quando questionadas sobre o uso de medicamentos para dormir, 13,2% relataram ter utilizado pelo menos uma vez no mês anterior a entrevista. Apenas 0,3% (2) deixaram de responder a esta questão.

#### Domínio 7 – Sonolência diurna e distúrbios durante o dia:

Das mulheres que participaram do estudo, 52,0% (389) já sentiu dificuldade de se manter acordada em alguma situação, e/ou algum grau de indisposição para realizar as atividades diárias. Nenhuma das entrevistadas deixou de responder estas questões.

##### 5.2.2 Análise descritiva das questões complementares do PSQI

Das entrevistadas, 52,9% (396) relataram que o sono é uma necessidade, para 40,1% (306) é um prazer, e para 1,7% (13) tem outra representação, porém, sem especificação. Deixaram de responder esta pergunta 4,5% (34) das mulheres.

Quando questionadas sobre o hábito de cochilar, 32,7% (245) declararam SIM e 66,9% (501) NÃO; apenas 0,4% (3) das participantes não responderam esta questão.

Não foi possível distinguir o cochilo em intencional ou não, bem como a representação do hábito de cochilar (prazer, necessidade ou outro), pois houve erro de preenchimento no questionário, o que tornou estas 2 questões perdidas.



### 5.3 MEDICAMENTOS QUE INTERFEREM NA QUALIDADE DO SONO

Quando questionadas sobre o uso desses grupos de medicamentos, 57,4% (430) das mulheres relataram utilizar algum tipo de medicamento que interfere no sono; destas, 83,0% (357) faziam uso de antihipertensivos, 12,3% (53) de antidepressivo, 2,1% (9) de anticonvulsivantes ou antiepiléticos, 1,6% (7) de antipsicótico e 0,9% (4) de anorexígeno ou inibidor de apetite.

### 5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE A QUALIDADE DO SONO E AS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS

Os valores de Odds Ratio (OR) para a qualidade do sono ruim segundo a Unidade de Saúde da Família (USF) e as características sócio-demográficas são apresentados nas tabelas 6 e 7 respectivamente. Houve associação positiva entre a qualidade do sono ruim e a cor parda.

**Tabela 6:** Associação entre qualidade do sono e zona da USF, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Zona USF	OR	IC <sub>95%</sub>	<i>p</i>
Rural	1	-----	-----
Urbana	1,37	0,82 – 2,27	0,222
Rural e Urbana	1,59	0,89 – 2,85	0,112

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 7:** Associação entre qualidade do sono ruim e dados sócio-demográficos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Dados sócio-demográficos		OR	IC <sub>95%</sub>	<i>p</i>
Idade	35 - 44 anos	1	-----	-----
	45 – 54 anos	1,27	0,91 – 1,76	0,154
	55 – 65 anos	1,29	0,89 – 1,89	0,174
Escolaridade	até 8° série	1	-----	-----
	1° colegial ou mais	0,81	0,56 – 1,15	0,250
Anos de estudo	1 a 5 anos	1	-----	-----
	6 anos ou mais	0,90	0,67 – 1,20	0,490
Renda pessoal (em salário mínimo)	até 1	1	-----	-----
	mais que 1	0,91	0,60 – 1,38	0,673
Renda per capita (em salário mínimo)	até 1	1	-----	-----
	mais que 1	0,85	0,58 – 1,24	0,415
Estado civil	casada	1	-----	-----
	separada / divorciada	1,48	0,98 – 2,24	0,060
	viúva	1,39	0,82 – 2,36	0,215
Cor	branca	1	-----	-----
	parda	1,36	1,00 – 1,84	<b>0,045</b>
	outras	1,27	0,74 – 2,19	0,376
Religião	católica	1	-----	-----
	evangélica	1,18	0,85 – 1,63	0,314
	outras	0,58	0,31 – 1,06	0,077

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Com relação à história ginecológica, a tabela 8 mostra associação significativa da qualidade do sono ruim somente com a uso prévio de hormônioterapia (terapia de reposição hormonal-TRH).

**Tabela 8:** Associação entre qualidade do sono ruim e história ginecológica, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

História ginecológica		OR	IC 95%	p
Menopausa	pré	1	-----	-----
	pós	1,32	0,98 – 1,76	0,061
Idade da menopausa	até 47	1	-----	-----
	48 ou mais	0,87	0,56 – 1,36	0,564
Usou hormônio		1,77	1,09 – 2,89	0,020
Usa hormônio		1,11	0,39 – 3,16	0,841

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança

De acordo com a investigação sobre o nível de atividade física (AF), as entrevistadas foram classificadas em: AF até a média da população estudada, e AF além da média da população estudada. Desta forma, tiveram associação positiva com a qualidade de sono ruim a AF ocupacional e a AF total além da média da população estudada (tabela 9).

**Tabela 9:** Associação entre qualidade do sono ruim e atividade física, PSF de Pindamonhangaba, 2007 – 2008.

Tipo de atividade física (AF)		OR	IC 95%	p
AF no lazer	até a média	1	-----	-----
	além da média	0,91	0,63 – 1,30	0,622
AF no lazer e locomoção	até a média	1	-----	-----
	além da média	0,99	0,40 – 2,42	0,991
AF ocupacional	até a média	1	-----	-----
	além da média	1,88	1,40 – 2,52	0,000
AF total	até a média	1	-----	-----
	além da média	1,52	1,14 – 2,04	0,004

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança

As tabelas 10 e 11 apresentam o OR para qualidade do sono ruim segundo os hábitos de tabagismo e etilismo. Verifica-se que apenas a dose do consumo de álcool considerada não binge (até 3 doses) associou-se á qualidade do sono, contudo, de forma inversa.

**Tabela 10:** Associação entre qualidade do sono ruim e tabagismo, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Tabagismo		OR	IC <sub>95%</sub>	<i>p</i>
Não fumantes atuais	já fumou	1	-----	-----
	nunca fumou	1,09	0,85 – 1,45	0,558
Experimentadores de fumo	sim	1	-----	-----
	não	1,15	0,76 – 1,74	0,481
Fumantes atuais	sim	1	-----	-----
	não	0,75	0,50 – 1,12	0,172
Gostaria de parar de fumar	sim	1	-----	-----
	não	0,69	0,254 – 1,91	0,484

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 11:** Associação entre qualidade do sono ruim e etilismo, PSF de Pindamonhangaba, 2007 – 2008.

Etilismo		OR	IC <sub>95%</sub>	<i>p</i>
Frequência de uso	alto risco	1	-----	-----
	baixo risco	0,64	0,34 – 1,23	0,185
	abstinente	1,13	0,68 – 1,90	0,617
Dose	binge	1	-----	-----
	não binge	0,4	0,20 – 0,77	0,007

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

Com relação à morbidade referida pessoal e familiar, a tabela 12 mostra que estiveram positivamente associadas com a qualidade de sono ruim a hipertensão

arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a cardiopatia, a síndrome dos ovários policísticos, a hiperuricemia e a hipertensão arterial familiar.

**Tabela 12:** Associação entre qualidade do sono ruim e morbidade referida pessoal e familiar, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>História de morbidade referida pessoal e familiar</b>	<b>OR</b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>	<b>p</b>
Hipertensão arterial	1,64	1,22 – 2,20	0,001
Diabetes mellitus	1,60	0,99 – 2,56	0,050
Diabetes Gestacional	0,99	0,40 – 2,42	0,988
Cardiopatia	2,25	1,40 – 3,62	0,001
Acidente vascular cerebral	1,16	0,58 – 2,29	0,666
Síndrome dos ovários policísticos	2,05	1,38 – 3,03	0,000
Hiperuricemia	2,01	1,25 – 3,24	0,004
Hipertensão familiar	1,49	1,07 – 2,07	0,017
Diabetes mellitus familiar	1,29	0,96 – 1,73	0,090
Cardiopatia familiar	1,32	0,98 – 1,76	0,062

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

A relação dos *screening* para depressão, ansiedade, risco de apnéia obstrutiva do sono, sonolência diurna, relação cintura quadril e IMC estão apresentadas na tabela 13. Houve associação estatística entre qualidade de sono ruim e depressão em todos os graus, ansiedade em grau leve, características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono e sonolência diurna excessiva.

**Tabela 13:** Associação entre qualidade do sono e morbidade pessoal, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>Morbidade pessoal</b>		<b>OR</b>	<b>IC<sub>95%</sub></b>	<b>p</b>
Depressão	normal	1	-----	-----
	leve	3,76	2,54 – 5,58	0,000
	média	8,79	4,75 – 16, 25	0,000
	severa	10,79	4,69 – 24,83	0,000
Ansiedade	mínima	1	-----	-----
	leve	0,70	0,488 – 1,01	0,058
	moderada	0,82	0,54 – 1,23	0,347
	grave	1,16	0,70 – 1,92	0,556
Risco de apnéia obstrutiva do sono	baixo risco	1	-----	-----
	alto risco	1,71	1,22 – 2,40	0,002
Sonolência	normal	1	-----	-----
	excessiva	1,61	1,15 – 2,27	0,006
Relação cintura quadril	até 0,80	1	-----	-----
	0,81 ou mais	1,27	0,82 – 1,98	0,272
IMC (em Kg/m <sup>2</sup> )	até 24,9	1	-----	-----
	25 ou mais	1,06	0,77 – 1,45	0,708
Circunferência abdominal (ATP)	≥ 88 cm	1	-----	-----
	< 88 cm	0,76	0,57 – 1,03	0,082

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

As tabelas 14 e 15 mostram respectivamente o modelo de regressão logística múltipla não ajustado e ajustado das variáveis clínicas e epidemiológicas em relação à qualidade de sono ruim. Foi considerado risco para o sono ruim ser portadora da síndrome dos ovários policísticos, presença de depressão em qualquer grau, realizar atividade física ocupacional além da média da população estudada e usar qualquer tipo de medicamento que altera o sono. Inversamente, foi considerado fator protetor ingerir qualquer tipo de bebida alcoólica na dose não binge. Embora a variável idade

não tenha demonstrado relação com a qualidade de sono ruim, ela foi contemplada em todas as análises.

**Tabela 14:** Modelo de regressão logística não ajustado entre a qualidade do sono e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variável		n	OR	IC <sub>95%</sub>
Idade		749	1	0,98 – 1,02
Síndrome dos ovários policísticos	não	592	1	-----
	sim	126	1,82	1,17 – 2,83
Maior quantidade de álcool em 1 dia	abstinentes	576	1	-----
	não binge	104	0,46	0,28 – 0,77
	binge	57	1,16	0,62 – 2,16
Depressão	não	496	1	-----
	sim	253	4,8	3,37 – 6,88
Atividade física ocupacional	até a média	399	1	-----
	além da média	350	1,56	1,12 – 2,19
Uso de medicamentos que alteram o sono	não	319	1	-----
	sim	430	1,9	1,34 – 2,76

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.

**Tabela 15:** Modelo de regressão logística ajustado entre a qualidade do sono e os fatores epidemiológicos e clínicos, PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

Variável		OR	IC <sub>95%</sub>	p
Idade		1	0,98 – 1,02	0,714
Síndrome dos ovários policísticos	não	1	-----	-----
	sim	1,82	1,17 – 2,83	0,006
Maior quantidade de álcool em 1 dia	abstinentes	1	-----	-----
	não binge	0,46	0,28 – 0,77	0,007
	binge	1,16	0,62 – 2,16	-----

Continuação Tabela 15

Depressão	não	1	-----	-----
	sim	4,8	3,37 – 6,88	0,000
Atividade física ocupacional	até a média	1	-----	-----
	além da média	1,56	1,12 – 2,19	0,008
Uso de medicamentos que alteram o sono	não	1	-----	-----
	sim	1,9	1,34 – 2,76	0,000

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança.



## 6 DISCUSSÃO

A qualidade do sono vem sendo tema de diversos estudos, pois é componente importante e indissociável da qualidade de vida. O sono pobre ou com qualidade ruim, representa não só um fator de risco para agravos cardiovasculares, endócrinos, imunológicos, psicológicos e cognitivos, mas também contribui para o aumento de morbidades e redução da expectativa de vida (TWOROGER et al., 2003). Ademais, sua alta prevalência acarreta elevados custos para o sistema de saúde, em decorrência do tratamento das co-morbidades associadas (KNUDSEN et al., 2007).

Certas características epidemiológicas influenciam na qualidade do sono (MEZICK et al., 2008), desta forma, conhecer o perfil da população estudada é fundamental na compreensão dos fatores de risco para os distúrbios do sono e na análise da prevalência de sono ruim.

O presente estudo investigou amostra aleatória de 749 mulheres de 35 a 65 anos, nos estágios da transição menopausal e pós-menopausa, inscritas no Programa de Saúde da Família (PSF) de Pindamonhangaba. Este programa, com abrangência nacional, oferece assistência médica a maior parte da população carente. Entretanto, já é bem descrito pela literatura que baixa condição socioeconômica, principalmente relacionado à baixa escolaridade e baixa renda, é preditor importante para qualidade de sono ruim (MOORE et al. 2002; DOI et al. 2003; SEKINE et al. 2006; FRIEDMAN et al. 2007; MEZICK et al. 2008; ARBER et al. 2009).

Neste contexto nosso estudo encontrou prevalência de 45,13% de sono ruim, ressaltando que as participantes na grande maioria, caracterizavam-se por baixa

escolaridade (76,9% estudaram até a 8° série) e baixa renda (80,0% viviam com uma renda *per capita* de até R\$380,00).

Prevalência menor de qualidade de sono ruim foi encontrada por SOUZA et al. (2005) no estudo com 271 mulheres paulistanas de 35 a 65 anos. Vinte e nove por cento relataram sono ruim, contudo, as participantes tinham alta escolaridade (46,3% com nível superior completo e 27% estudaram até o 3° colegial) e alta renda (41% com renda familiar maior que R\$ 4.530,00).

Segundo modelo explicativo criado por MOORE et al.(2002), a educação é um mediador da renda, a renda influencia a qualidade do sono, e a qualidade do sono esta associada a saúde física e psicológica. Quanto mais baixo o nível educacional, mais baixa será a renda, pior a qualidade do sono e conseqüentemente maior o aparecimento de doenças físicas e psicológicas.

Diante deste modelo torna-se difícil a comparação dos nossos resultados com outros estudos. O único trabalho brasileiro que objetivou estudar exclusivamente a qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e após a menopausa, constitui-se por amostra de conveniência e de alto nível socioeconômico (SOUZA et al., 2005). Os estudos que contemplam amostra populacional foram realizados em outros países com realidade socioeconômica muito diferente das mulheres de Pindamonhangaba.

O quadro abaixo apresenta a prevalência de sono ruim em mulheres de diferentes países.

**Quadro 3:** Estudos epidemiológicos de prevalência de sono ruim

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>n / idade</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Prevalência</b>
Owens & Mattheus	EUA	521/ 42-50	Criado pelos pesquisadores	42%
Zeitlhofer et al. 2000	Áustria	549 / □ 15 anos	PSQI	37%
Kravitz et al. 2003	EUA	12.603 / 40-55 anos	Criado pelos pesquisadores	38%
Souza et al. 2005	Brasil	271 / 35-65 anos	PSQI	29%
Sekine et al. 2006	Japão	1.159 / 20 a 65 anos	PSQI	31,4%
Chung et al. 2006	China	305 / 45-55 anos	PSQI	26%
Reed et al. 2007	EUA	341 / 45-55 anos	PSQI	43%
Freedman & Rohrs, 2007	EUA	102 / 44-56 anos	PSQI	53%
Cheng et al. 2008	Taiwan	1.113 / 43-57 anos	Criado pelos pesquisadores	46%
Pien et al. 2008	EUA	436 / 35-47 anos	SMHSQ*	29%

\* St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire

É possível perceber que a prevalência de sono ruim varia entre países, não só como consequência socioeconômica, mas também como produto dos diferentes hábitos de vida e das características étnicas e genéticas.

Para identificar os fatores associados ao sono ruim das nossas participantes, foi criado um modelo de regressão logística múltipla que identificou algumas morbidades e comportamentos relacionados ao estilo de vida que contribuíram para deteriorização do sono.

Embora a literatura mostre a associação entre renda, escolaridade e sono ruim (MOORE et al. 2002; DOI et al. 2003; SEKINE et al. 2006; FRIEDMAN et al. 2007; MEZICK et al. 2008; ARBER et al. 2009) , o presente estudo não identificou esta associação. O fato mais provável é que praticamente todas as participantes do estudo tinham baixa renda e baixa escolaridade, não existindo para fins estatísticos diferença entre grupos; por isso, tornaram-se inviáveis análises baseadas em comparações.

Também não se associaram ao sono das mulheres do PSF as variáveis idade e estágios do envelhecimento ovariano, contudo, estas variáveis foram utilizadas na criação do modelo de regressão logística para melhor controle dos resultados, pois vários trabalhos já mostraram seus papéis na gênese do sono ruim (KRAVITZ et al. 2003; SHIN et al. 2005; SOARES et al. 2006; CHUNG et al. 2006; FREEDMAN et al. 2007; REED et al. 2007; SOWERS et al. 2008; CHENG et al. 2008).

Entre as morbidades associadas destaca-se a depressão, presente em 33,4% das participantes (OR: 4,8; IC<sub>95%</sub>: 3,37- 6,88) e comum nos estágios da transição menopausal e após a menopausa.

Uma das explicações está no envelhecimento ovariano, que gera gradativa diminuição das concentrações séricas de estrogênio, e aparecimento de sintomas vasomotores, em especial as ondas de calor e a sudorese. A ocorrência destes sintomas durante a noite gera um despertar precoce, dificuldade para voltar a adormecer, e conseqüente deteriorização da qualidade do sono. Repetições freqüentes deste ciclo conduzem à fadiga crônica, a alterações importantes do humor e ao aparecimento de quadros depressivos (OWENS & MATHEUS, 1998; HSU et. al., 2005; SHIN et al. 2005; SOARES & MURRAY., 2006; PIEN et al. 2008).

Outra explicação também pode ser considerada, pois há evidências de que tanto a depressão quanto os problemas relacionados ao sono são modulados pelo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Este eixo responde às flutuações de estrogênio, comuns entre os 35 e 65 anos, exacerbando sua atividade. Situações de estresse aumentam a síntese de cortisol, que interfere primeiramente no humor e como conseqüência no comportamento do sono (SOARES & MURRAY, 2006; PALMA et al., 2007).

Segundo JOFF et al. (2009) mulheres depressivas com sintomas vasomotores tem pior qualidade do sono por causa do maior tempo de latência, menor número de horas dormidas e menor eficiência do sono, se comparadas às não depressivas com os mesmos sintomas.

Outra morbidade associada ao sono ruim em nosso estudo foi a síndrome dos ovários policísticos (SOP) cuja OR foi de 1,82 (IC<sub>95%</sub>: 1,17-2,83). Esta síndrome ocorre geralmente em mulheres nos estágios reprodutivo e da transição menopausal e é marcada por desordens endócrinas como aumento nas concentrações séricas de androgênio, anovulação, oligomenorréia, resistência insulínica e obesidade, principalmente a central (EHRMANN, 2005).

Sabe-se que a obesidade central pode estar relacionada à resistência insulínica e conseqüentemente à diabetes, além de ser importante fator de risco para o desenvolvimento da SAOS (YOUNG et al., 2005); contudo, a relação entre SOP e deteriorização do sono é bem mais estreita.

O presente estudo identificou associação entre qualidade do sono ruim e SOP no modelo de regressão logística, porém, as associações com o diabetes e as características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono encontradas na análise bivariada, não se mantiveram na multivariada. Além disso, as variáveis IMC e circunferência abdominal (que representa a obesidade central) não se associaram ao sono ruim em nenhuma das duas análises. Isto pode ser explicado pelo fato do ponto chave que relaciona a SOP ao sono ruim ser a resistência insulínica e não a obesidade central.

Mulheres com SOP exibem altas concentrações séricas de insulina independente do IMC ou da circunferência abdominal, e este aumento na resistência insulínica representa importante fator de risco para o desenvolvimento da SAOS

(VGONTZAS et al. 2001; GOPAL et al. 2002; TASALI et al. 2008; YANG et al. 2009). Três em cada quatro mulheres com SOP tem alta chance de desenvolver a SAOS, e menos de 8% das portadoras estão livres de problemas com o sono. Esta notável proporção sugere que as alterações do sono podem ser um componente intrínseco da SOP (TASALI et al., 2006).

A resistência insulínica tem como padrão ouro para seu diagnóstico a realização do *clamp* euglicêmico, procedimento diagnóstico sofisticado e pouco utilizado na prática; por isso, as alternativas mais comumente usadas incluem o teste de tolerância à glicose, a determinação sérica da insulina de jejum e o valor acima de 3 do *HOMA-IR* ( relação entre glicose(mg/dl) x Insulina (Mu/dl) / 405) (GELONEZE & TAMBASCIA, 2006); apesar de nosso estudo não ter investigado sua presença, acredita-se que as participantes com relato de SOP tenham alterações insulínicas suficientes para a alteração da qualidade do sono.

Segundo TASALI et al. (2006) mulheres com SOP apresentam baixa eficiência do sono, longo período de latência e menor tempo de sono REM, o que cronicamente causa um sono ruim.

Entre as variáveis relacionadas ao estilo de vida, o nível de atividade física ocupacional acima da média da população estudada (OR: 1,56; IC<sub>95%</sub>: 1,12-2,19) associou-se a má qualidade do sono. Entre as participantes, foi alta a proporção de mulheres consideradas ativas (82,4%), isto provavelmente ocorreu pelo tipo de instrumento utilizado para pesquisar a atividade física habitual.

Nós utilizamos para investigação da atividade física habitual o Questionário de Baecke (FLORINDO et al., 2003), que subdivide a atividade física em quatro tipos: atividade física ocupacional; exercício físico no lazer; atividade de lazer e locomoção e atividade física total, que é a soma de todas as atividades.

O nível de atividade física ocupacional corresponde ao gasto energético despendido durante o trabalho. Entre as mulheres do presente estudo 51,4% trabalhavam, e destas, 35% tinham emprego de serviços domésticos.

Embora a literatura relate que a prática de atividade física regular melhora a qualidade do sono (TWOROGER et al. 2003; ASBURY et al. 2006; GUIMARÃES et al. 2007; LLANAS et al. 2008), todos os estudos são de programas de atividade física, e não da atividade física habitual; desta forma, fica muito difícil comparar nossos resultados com os de outros autores.

Uma possível explicação para a associação entre o nível de atividade física ocupacional acima da média da população estudada e a qualidade de sono ruim, está no fato de que a maioria das mulheres exercia trabalho de serviços domésticos, caracterizado por longa jornada, alta demanda e baixos salários. Segundo PELFRENE et al. (2002) e NAKATA et al. (2004) este perfil de ocupação é responsável por gerar má qualidade do sono, pois o indivíduo passa a ter dificuldades para adormecer e se manter dormindo, e sensação de sono não restaurador (KNUDSEN et al., 2007).

A prática regular de atividade física pelo menos quatro horas antes de dormir (OSHIMA-FRANCO et al., 2005), independente do tipo de exercício (alongamentos, exercícios resistidos ou exercícios aeróbicos de moderada intensidade) reduz o tempo de latência do sono, aumenta o número de horas dormidas e sua eficiência (TWOROGER et al. 2003; ASBURY et al. 2006; GUIMARÃES et al. 2007; LLANAS et al. 2008). Estes benefícios ocorrem pelo aumento das concentrações de catecolaminas e beta-endorfinas liberadas durante o exercício (CARR et al., 1981).

Entre os fatores que se associaram a diminuição da qualidade do sono das participantes, chama-se a atenção para o uso de medicamentos. No momento do

estudo faziam uso de algum medicamento que altera a qualidade do sono 57,40% das mulheres (OR: 1,9; IC<sub>95%</sub>: 1,34-2,76). As classes mais citadas em ordem de frequência foram: antihipertensivos, antidepressivos, anticonvulsivantes ou antiepiléticos, antipsicóticos e anorexígenos ou inibidores de apetite.

O grande número de mulheres em uso de medicamentos pode ser um reflexo do constante acompanhamento que os profissionais de saúde e agentes comunitários realizam com as pacientes cobertas pelo PSF. Este contato freqüente permite maior possibilidade de diagnóstico das doenças e controle na adesão do tratamento medicamentoso.

Segundo Sá et al. (2007), as alterações com o sono podem ser resultado dos efeitos colaterais ou interação das classes medicamentosas descritas acima.

De maneira geral, os anticonvulsivantes ou antiepiléticos, os antipsicóticos e alguns antidepressivos causam sedação, e apesar do paciente apresentar aumento número de horas dormidas, este sono não é reparador. O medicamento promove modificação da arquitetura do sono, com diminuição do período de latência, dos despertares noturnos, do sono REM e das fases três e quatro do sono não REM (MORENO et al. 2004; LUCCHESI et al. 2005).

Já os anorexígenos ou inibidores de apetite e algumas classes de antidepressivos, atuam sobre o sono por meio de seus efeitos colaterais, pois aumentam a secreção ou inibem a captação de neurotransmissores cerebrais como a noradrenalina, serotonina e dopamina, gerando reações adversas como taquicardia, agitação, nervosismo, tremores e insônia (MORENO et al., 1999; GUIMARÃES, 2006).

Os medicamentos antihipertensivos, na presença de antidepressivos com ação anticolinérgica, podem gerar quadros de ansiedade, agitação, excitação



autônômica e insônia. Em contato com outros tipos de antidepressivos podem apenas inibir a função terapêutica (MORENO et al., 1999).

O presente estudo encontrou ainda associação entre qualidade do sono e o consumo de álcool do tipo não *binge*, contudo, esta associação demonstrou ser fator protetor contra o sono ruim (OR: 0,46; IC<sub>95%</sub>: 0,28-0,77).

Embora muitos indivíduos façam uso do álcool para melhorar a insônia, este quando utilizado como hipnótico, diminui inicialmente o tempo de latência do sono, mas produz, no decorrer da noite, maior fragmentação e diminuição do sono REM e das fases três e quatro do sono não REM, o que gera sensação de sono não restaurador e SDE (SUMMERS et al., 2006).

Deve ainda ser considerado que um grande potencializador da fragmentação do sono é o aumento da produção do hormônio antidiurético causada pelo álcool. Este hormônio em altas concentrações aumenta a diurese, e conseqüentemente o número de micções durante a noite (NAVES et al., 2003).

A ingestão alcoólica do tipo não *binge* como proteção para sono ruim, pode ter ocorrido em nosso estudo pela escolha dos instrumentos utilizados. O PSQI (BUYSSE et al., 1989) investiga o sono apenas no último mês, enquanto o questionário sobre consumo de álcool (CASTRO-COSTA et al., 2008) busca informações do último ano. Esta diferença temporal dos dados pode ter gerado uma associação irreal.

A literatura é consensual a respeito do efeito negativo do álcool sobre o sono (SUMMERS et al. 2006; ARNETT et al. 2007; FRIEDMANN et al. 2008; CHUEH et al. 2009; NAKADE et al. 2009), porém, os estudos que investigaram este tema não contemplaram a quantidade de dose ingerida, direcionando apenas a atenção para os indivíduos com problemas de alcoolismo.

Do exposto se depreende que o presente estudo alcançou os objetivos propostos, identificando a prevalência de sono ruim e os fatores associados a este quadro em mulheres do PSF de Pindamonhangaba. Contudo, deve ser assinalado que o instrumento utilizado para pesquisar a qualidade do sono (PSQI) restringe-se a identificar indivíduos com sono ruim, ou seja, portadores de algum problema com o sono; sem poder identificar o tipo de distúrbio.

É provável que a prevalência da má qualidade do sono esteja subestimada, pois 8,1% das participantes deixaram de responder pelo menos um dos sete domínios que compõe o PSQI, o que representa tendência a menor pontuação no escore final, podendo assim mascarar o verdadeiro resultado.

Outro ponto importante, é que o presente estudo não investigou a frequência de consumo de café e bebidas colas, já descritas pela literatura como associadas ao sono ruim.

Por fim, foi considerada alta a prevalência de participantes com sono ruim (45,1%), e importante as associações encontradas no presente estudo.

Então, é de fundamental importância que se identifique as mulheres com má qualidade de sono e a partir daí que se investiguem possíveis agravos, comportamentos, e efeitos colaterais ou interações medicamentosas, causadores do quadro.

Dessa forma se poderão instituir intervenções preventivas ou ativas para evitar o aparecimentos de graves doenças resultantes do sono ruim.

## **7 CONCLUSÃO**

A prevalência de sono ruim foi alta entre as mulheres nos estágios da transição menopausal e após a menopausa, pertencentes ao PSF de Pindamonhangaba – SP; e os fatores associados a este quadro foram: depressão , SOP, nível atividade física ocupacional acima da média da população estudada, uso de medicamentos que interferem no sono e consumo de álcool com dose do tipo não binge; este último como fator protetor.

## REFERÊNCIAS

- Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32:S498-504.
- Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas no climatério. *Rev Bras Med.* 2002;59:15-21.
- Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. *Rev Assoc Med Brás.* 2005a;51(1):51-53.
- Arber S, Bote M, Meadows R. Gender and socio-economic patterning of self-reported sleep problems in Britain. *Social Science & Medicine.* 2009; 68:281-289.
- Arnedt JT, Conroy D, Rutt J, et al. Na open Trial of cognitive-behavior treatment for insomnia comorbid with alcohol dependence. *Sleep Med.* 2007; 8: 176-180.
- Asbury EA, Chandrrenghen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: pilot study. *Menopause.* 2006; 13(4):561-7.
- Ayas NT, White DP, Al-Delaimy WK et al. A prospective study of self reported sleep duration and incident diabetes in women. *Diabetes Care.* 2003; 26(3):380-384.
- Bixler EO, Vgontzas NA, Lin HM, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in women. *Am J Resp Crit Care Med.* 2001; 163:608-613.
- Brasil. Ministério da Saúde: Sistema de Informação da Atenção Básica. [Acesso em 21 jun 2007] Disponível em <http://www.datasus.gov.Br/siab/siab.html>>
- Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research.* 1989;28:193-213.
- Carr DB, Bullen BA, Skrinar GS, et al. Physical conditioning facilitates the exercise induced secretion of beta-endorphin and beta-lipotropin in women. *N Engl J Med.* 1981; 305:560-3.
- Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, et al. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav.* 2008;33(12):1598-601.
- Ceolin M.F. Padrões de atividade e fragmentação do sono em pessoas idosas. São Paulo. [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.242p.

Cheng MH, Hsu CH, Wang SJ, ET AL. The relationship of self-reported sleep disturbance, mood, and menopause in a community study. *Menopause*. 2008; 15 (5): 958-962.

Chueh KH, Yang MS, Chen CS, et al. Poor sleep quality and alcohol use problems among elderly Taiwanese aboriginal women. *Int Psychogeriatr*. 2009; 27:1-7.

Chung KF, Tang MK. Subjective sleep disturbance and its correlates in middle-aged Hong Kong Chinese women. *Maturitas*. 2006; 53:396-404.

Crispim CA, Zalczman I, Dáttilo M, et al. Relação entre sono e obesidade: uma revisão de literatura. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51(7):1041-1049.

Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Daltro CHC, Fontes FHO, Santos-Jesus R, et al. Síndrome da apnéia e hipopnéia obstrutiva do sono: associação com obesidade, gênero e idade. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006; 50 (1):74-81.

Doi Y, Minowa M, Tango T. Impact and correlates of sleep quality in Japanese white-collar employees. *Sleep*. 2003; 26:467-71.

Ehrmann DA. Polycystic Ovary Syndrome. *N Engl J Med*. 2005; 352 (12):1223-1236.

Fernandes RMF. O sono normal. In: Simpósio de Distúrbios Respiratórios do Sono. Medicina, Ribeirão Preto. 2006; 2 (39):157-168.

Fiorentini A, Valente R, Perciaccante A, et al. Sleep's quality disorders in patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Int J Cardiology*. 2007; 114:50-52.

Florindo AA, Latorre MRDO, Jaime PC, et al Metodologia para a avaliação da atividade física habitual em homens com 50 anos ou mais. *Rev Saúde Pública*. 2003;38(2):307-314.

Florindo AA, Latorre MRDO. Validation and reliability of the Baecke questionnaire for the evaluation of habitual physical activity in adult men. *Rev Bras Med Esporte*. 2003;9(3):129-135.

Freedman RR, Roehrs TA. Sleep disturbance in menopause. *Menopause*. 2007; 14 (5):826-829.

Friedman EM, Love GD, Rosenkranz MA, et al. Socioeconomic status predicts objective and subjective sleep quality in aging women. *Psychosomatic Med*. 2007; 69:682-691.

Friedmann PD, Rose JS, Swift R, et al. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32 (9): 1652-1660.

Gangwisch JE, Malaspina D, Boden-Albala B, et al. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*. 2005; 28(10): 1289-1296.

Geib LTC, Cataldo-Neto A, Wainberg R, et al. Sono e envelhecimento. *R Psiquiatr RS*. 2003; 25(3):453-465.

Geloneze B, Tambascia MA. Avaliação laboratorial e diagnóstico da resistência insulínica. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2006; 50(2):208-215.

Gopal M, Dunthley S, Uhles M, et al. The role of obesity in the increase prevalence of obstructive sleep apnea syndrome in patients with polycystic ovarian syndrome. *Sleep Med*. 2002; 3:401-404.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. 1998; 25(5).

Gracia CR, Sammel MD, Freeman EW, et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the changes of the menopause transition. *Menopause*. 2005;12(2):128-135.

Guimarães C. Tolerabilidade e eficácia da fluoxetina na redução dos parâmetros antropométricos e metabólicos em mulheres obesas. São Paulo. [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo; 2006.

Guimarães LHCT, Carvalho LBC, Yanaguibashi G, et al. Physically active elderly women sleep more and better than sedentary women. *Sleep Med*. 2007: 1-6.

Hayashino T, Shunichi F, Suzukamo Y, et al. Relation between sleep quality and quantity, quality of life, and risk of developing diabetes in healthy workers in Japan: the High-risk and Population strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study. *BMC Public Health*. 2007; 7:129-137.

Hsu HC, Lin MH. Exploring quality of sleep its related factors among menopausal women. *J Nurs Res*. 2005; 13:153-164.

Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, et al. Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. Censo demográfico: 2000. [Acesso em 1 out 2007]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/>>.

Jennings JR, Muldoon MF, Hall M, et al. Self-reported sleep quality is associated with the metabolic syndrome. *Sleep*. 2007; 30 (20):219-223.

Joffe H, Soares CN, Thurston RC. Depression is associated with worse objectively and subjectively measured sleep, but not more frequent awakenings, in women with vasomotor symptoms. *Menopause*. 2009; 16 (4):1-9.

John, MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14:540-5.

Knudsen HK, Duchame LJ, Roman PM. Job stress and poor sleep quality: data from an American sample of full time workers. *Soc Sci Med*. 2007;10 (6): 1997-2007.

Knutson KL. Impact of sleep and sleep loss on glucose homeostasis and appetite regulation. *Sleep Med*. 2007; 2(2):187-197.

Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, et al. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*. 2003; 10 (1):19-28.

Llanas AC, Hachul H, Bittencourt ST. Physical therapy reduces insomnia symptoms in postmenopausal women. *Maturitas*. 2008; 61:281-284.

Lucchesi LM, Pradella-Hillinan M, Lucchesi M, et al. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27 (3):27-32.

Markov D, Goldman M. Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanism underlying sleep and wakefulness. *Psychiatr Clin North Am*. 2006; 4 (29):841-53.

Martins AB, Tufik S, Moura SMGPT. Síndrome da apnéia-hipopnéia obstrutiva do sono. *Fisiopatologia. J Bras Pneumol*. 2007; 33(1):93-100.

Mezick EJ, Matthews KA, Hall M, et al. Influence of race and socioeconomic status on sleep: Pittsburgh Sleep SCORE Project. *Psychosomatic Med*. 2008; 70:410-416.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasil. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. *Diário Oficial* 1997.

Moore PJ, Adler NE, Williams DR, et al. Socioeconomic status and health: the role of sleep. *Psychosom Med*. 2002; 64:337-44.

Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM, et al. Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004; 26(3):37-43.

Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos, *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21:24-40.

Nakade M, Takeuchi H, Kurotani M, et al. Effects of meal habits and alcohol/cigarette consumption on morningness-eveningness preference and sleep habits by Japanese female students age 18-29. *J Physiol Anthropol*. 2009; 28(2): 83-90.

Nakata A, Haratani T, Takahashi A, et al. Job stress, social support, and prevalence of insomnia in a population of Japanese daytime workers. *Social Science & Medicine*. 2004; 59:1719-1730.

NANS. Menopause practice: a clinician's guide. USA: NAMS, 2004.

Naves LA, Vilar L, Costa ACF, et al. Distúrbios na secreção e ação do hormônio antidiurético. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003; 47(4): 467-481.

Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, et al. Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Ann Intern Med*. 1999;131(7):485-91.

Notelovitz M. Climacteric Medicine and Science: a societal need. In: Notelovitz M, ed. *The climacteric in perspective*. Lancaster, M.T.P.Press, p.19-21, 1988.

Ohayon MM. Severe hot flashes are associated with chronic insomnia. *Arch Intern Med*. 2006; 166:1262-1268.

Owens JF, Matheus KA. Sleep disturbance in health middle-aged women. *Maturitas*. 1998; 30:41-50.

Pelfrene E, Vlerick P, Kittle F, et al. Psychosocial work environment and psychological well-being. Assessment of the buffering effects in job demand-control model in BELSTRESS. *Stress and Health*. 2002; 18:43-56.

Pien GW, Sammel MD, Freedman EW, et al. Predictors of sleep quality in women in the menopausal transition. *Sleep*. 2008; 31(7):991-999.

Reed SD, Newton KM, Lacroix AZ, et al. Night sweats, sleep disturbance, and depression associated with diminished libido in late menopausal transition and early postmenopause: Baseline data from the Herbal Alternatives for Menopause Trial (HALT). *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 6 (196):593-605.

Sá RM, Motta LB, Oliveira FJ. Insônia: prevalência e fatores de risco relacionados em população de idosos acompanhados em ambulatório. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(2):1-8.

SBC Sociedade Brasileira de Cardiologia, SBH Sociedade Brasileira de Hipertensão SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo: 2006.

SBSONO, Sociedade Brasileira de Sono. I Consenso Brasileiro de Insônia.


Sekine M, Chandola T, Martikain P, et al. Work and family characteristics as determinantes of socioeconomic and sex inequalities in sleep: The Japanese Civil Servants Study. *Sleep*. 2006; 2 (29):206-216.



- Shin CS, Lee S, Lee T, et al. Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. *Psychiatry and Clin Neurosci*. 2005; 59:395-402.
- Soares CN, Murray BJ. Sleep disorders in women: clinical evidence and treatment strategies. *Psychiatric Clinics of North America*. 2006:1095-1113.
- Soules MR, Sherman S, Parrot E. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76.
- Souza CL, Aldrighi JM, Lorenzi-Filho G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. *Rev Assoc Med Brás*. 2005; 3 (51):170-6.
- Summer MO, Crisostmo MI, Stepanski EJ. Recent Developments in the Classification, evaluation and treatment of insomnia. *Chest*. 2006; 130 (1):276-86.
- Tasali E, Van Cauter E, Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome and obstructive sleep apnea. *Sleep Med Clin*. 2008;3(1):37-46.
- Tasali E, Van Cauter E, Ehrmann DA. Relationships between sleep disordered breathing and glucose metabolism in polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91:36-42.
- Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira: resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN). *Cad Saude Publica*. 1999;15:759-68.
- Twooroger SS, Yasui Y, Utiello MV, et al. Effects of a yearlong moderate intensity exercise and stretching intervention on sleep quality in post menopause women. *Sleep*. 2003; 26(7):830-6.
- Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burdem of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2005; 3:47-56.
- Vgontzas AN, Legro RS, Bixler EO, et al. Polycystic ovary syndrome is associated with onstructive sleep apnea and daytime sleepiness: role of insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 86:517-520.
- Yagg HK, Araujo AB, Mckinlay JB. Sleep duration as a risk factor for the development os type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2006; 29(3):657-661.
- Young T, Peppard PE, Taheri S. Excess weight and sleep disordered breathing. *J Physiol*. 2005; 99 (4):1592-1599.
- Zeitlhofer J, Schmeiseir-Rieder A, Tribl G, et al. Sleep and quality of life in the Austrian population. *Acta Neurol Scand*. 2000; 102:249-257.

## ANEXOS

### Anexo 1: CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

	<p><b>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO</b>  <b>FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA</b>  <b>DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL</b>          Av. Dr. Arnaldo, 715 sala 218 - Cerqueira Cesar          CEP: 01246-904 São Paulo/SP          Tel.: (011) 3066-7703 / 3081-2451 Fax.: (011) 3085-0240          E-mail: jmaldr@usp.br</p>
---	---

---

São Paulo, 05 de janeiro de 2005

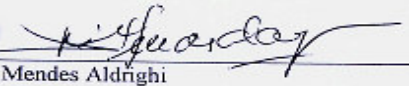
**DE:** Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública  
 Professor Doutor José Mendes Aldrighi

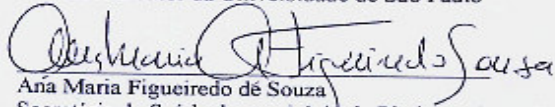
**PARA:** Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, SP  
 Ilustríssima Senhora Ana Maria Figueiredo de Souza

O presente documento firma um acordo de cooperação técnica científica entre o Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), representado neste pelo Professor Associado José Mendes Aldrighi, com o Programa de Saúde da Família, representada neste pela Ana Maria Figueiredo de Souza.

A intenção é realizar pesquisas conjuntas, no tocante ao desenvolvimento de dissertações de mestrado e teses de doutorado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, envolvendo Saúde da Mulher.

É entendemos que a cumplicidade científica entre as instituições envolvidas certamente contribuirá não só para formar pós-graduandos de excelência e conhecimento multidisciplinar sobre Saúde da Mulher tão carente nos dias atuais, mas também proporcionar informações para gerar de programas práticos de intervenção em Saúde Pública para a população específica.

  
 José Mendes Aldrighi  
 Professor Doutor da Universidade de São Paulo

  
 Ana Maria Figueiredo de Souza  
 Secretária de Saúde do município de Pindamonhangaba, SP

## Anexo 2: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - Assessoria Acadêmica - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil  
Telefone: (55-11) 3066-7779 - e-mail: coep@fsp.usp.br

Of.COEP/179/05

19 de agosto de 2005

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP **aprovou** de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o Protocolo de Pesquisa n.º 1324, intitulado: "PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MULHERES COM SÍNDROME METABÓLICA NO CLIMATÉRIO", apresentado pela pesquisadora Ana Carolina Basso Schmitt.


Atenciosamente,

Emice Aparecida Bianchi Galati

Professora Doutora

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

## Anexo 3: CARTA DE APROVAÇÃO DA MUDANÇA DE TÍTULO

 **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

*Of. COEP/ 270 / 06*

*Protocolo* 1324  
*Projeto de Pesquisa* Promoção de Saúde em mulheres com síndrome metabólica no climatério  
*Pesquisador(a)* Ana Carolina Basso Schmitt

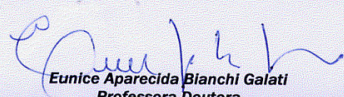
06 de setembro de 2006.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP, analisou e aprovou, em sua 6ª/06 Sessão Ordinária, realizada dia 09.08, p.p, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o adendo do protocolo de pesquisa acima intitulado, referente à solicitação de alteração de título, tendo em vista sugestão da banca de qualificação.

O novo título do protocolo de pesquisa 1324 passa a ser PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA TRANSIÇÃO E APÓS A MENOPAUSA.

Atenciosamente,

  
**Eunice Aparecida Bianchi Galati**  
Professora Doutora  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Ilm.º (a) Sr.º (a)  
Prof.º (a) Dr.º (a) José Mendes Aldrighi  
Departamento de Saúde Materno-Infantil

---

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP: 01246-904 – São Paulo – SP  
Telefones: (55-11) 3061-7779 / 7742 e-mail: [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br) site [www.fsp.usp.br](http://www.fsp.usp.br)

## Anexo 4: CARTA DE APROVAÇÃO DO PRESENTE ESTUDO



### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

Of.COEP/ 53 /08

**Protocolo** 1768

**Projeto de Pesquisa** FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DO SONO EM MULHERES NA TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS MENOPAUSA

**Pesquisador(a)** Elaine Cristina Alves Pereira

26 de MARÇO de 2008.

Prezado(a) Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP analisou, em sua 2.ª/08 Sessão ORDINÁRIA, realizada em 20/03/2008, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considerou **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS/196/96 são deveres do (a) pesquisador (a):

1. Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa;
2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria;
3. Comunicar, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto;
4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais;
5. Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone  
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/COEP

Ilm. Sr. JOSÉ MENDES ALDRIGHI  
Prof. Dr. DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

## Anexo 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: “Prevenção da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa”.

Eu, \_\_\_\_\_,  
(NOME) \_\_\_\_\_ (IDADE)

\_\_\_\_\_  
(RG) \_\_\_\_\_ (ENDEREÇO)

aceito participar do estudo sobre hábitos de vida, doenças cardiovasculares em mulheres de 35 a 65 anos, sob responsabilidade dos pesquisadores José Mendes Aldrighi, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Ana Carolina Basso Schmitt, doutoranda da mesma instituição. Autorizo a realização de entrevista, medidas de peso, altura, circunferência da barriga e de pressão, bem como análise de sangue (gordura, açúcar e gordura com açúcar), cujos resultados serão utilizados no desenvolvimento deste projeto, que tem por objetivo analisar mudanças na circulação do sangue, hábitos e condições de vida, para assim reunir informações para elaborar projeto de melhorar a saúde das mulheres. Considero-me suficientemente informado de que se trata de informações obtidas com perguntas e a amostra de sangue será obtida com material descartável por uma profissional especializada, absolutamente sem a utilização de nenhuma droga e substância e sem gastos. Os resultados serão entregues para meu conhecimento e se houver alguma alteração serei orientada para tratamento. Tenho ciência de que posso participar de um programa para receber orientações de saúde, de exercícios e alimentar, com mínimo risco para minha integridade física ou moral, uma vez que as atividades serão recomendadas de forma gradual. Posso recusar a participação ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem conseqüências ou prejuízo para mim. Tenho conhecimento que meus dados serão confidenciais e poderão ser divulgados em eventos e congressos de maneira coletiva sem dizer o meu nome ou outra forma de minha identificação. As informações obtidas serão úteis para possibilitar a prevenção de doenças.

\_\_\_\_\_  
/ /  
DATA ASSINATURA DA PARTICIPANTE

Declaramos cumprir as situações acima expostas:

\_\_\_\_\_  
Pesquisadores responsáveis – TELEFONE (12) 3625 4287  
Professor Doutor José Mendes Aldrighi e Ana Carolina Basso Schmitt

## Anexo 6: PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

### Componente 1: Qualidade subjetiva do sono:

Examine a questão 6 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
muito boa	0
boa	1
ruim	2
muito ruim	3

Pontuação do componente 1:

### Componente 2: Latência do sono:

1.Examine a questão 2 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
< ou = 15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
>60 minutos	3

Pontuação da questão 2:

2.Examine a questão 5ª e atribua à pontuação da seguinte maneira:

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
nenhuma vez	0
menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou mais	3

Pontuação da questão 5ª:

3.Some a pontuação da questão 2 e da questão 5ª:

Soma de 2 e 5ª:

4. Atribua à pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma de 2 e 5a	Pontuação do componente 2
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do componente 2:

**Componente 3: Duração do sono:**

1. Examine a questão 4 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do componente 3:

**Componente 4: Eficiência habitual do sono:**

1. Examine a questão 2 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

(1) Escreva o número de horas dormidas (questão 4): \_\_\_\_\_

(2) Calcule o número de horas no leito:

{horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1)}: \_\_\_\_\_

(3) Calcule a eficiência do sono:

{n° de horas dormidas / n° de horas no leito} x 100 = **eficiência do sono (%)**

{ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ } x 100 = \_\_\_\_\_ %

(4) Atribua à pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do sono (%)	Pontuação
> 85 %	0
75-84 %	1
65-74 %	2
< 65 %	3

Pontuação do componente 4:



**Componente 5: distúrbio do sono:**

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

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Pontuação de cada questão:</b>
nenhuma vez	0	5b: _____
menos de 1 vez/semana	1	5c: _____
1 a 2 vezes/semana	2	5d: _____
3 vezes/semana ou mais	3	5e: _____
		5f: _____
		5g: _____
		5h: _____
		5i: _____
		5j: _____

2.Some a pontuação de 5b até 5j:

3.Atribua à pontuação do componente 5 da seguinte maneira:

<b>Soma de 5b a 5j</b>	<b>Pontuação</b>	
0	0	
1-9	1	
10-18	2	Pontuação do <i>componente 5</i> : <input type="checkbox"/>
19-27	3	

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

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

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>	
nenhuma vez	0	
menos de 1 vez/semana	1	
1 a 2 vezes/semana	2	Pontuação do <i>componente 6</i> : <input type="checkbox"/>
3 vezes/semana ou mais	3	

**Componente 7: Sonolência diurna e distúrbio durante o dia:**

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

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
nenhuma vez	0

menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou mais	3

Pontuação do *componente 8*: 

2.Examine a questão 9 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

<b>Resposta</b>	<b>Pontuação</b>
nenhuma	0
pequena	1
moderada	2
muita	3

Pontuação do *componente 9*: 3.Some a pontuação das questões 8 e 9: 

4.Atribua à pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

<b>Some de 8 e 9</b>	<b>Pontuação</b>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do *componente 7*: **PONTUAÇÃO GLOBAL DO PSQI:**

## Anexo 7: QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

### ROTEIRO DE COLETA DOS DADOS

Nome da entrevistadora: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Hora de início da entrevista: \_\_\_:\_\_\_

Bom dia / Boa tarde. Meu nome é... (**DIGA NOME**). Eu sou entrevistador(a) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Nós estamos realizando um estudo sobre a saúde da mulher Pindamonhangabense e a senhora foi sorteada para participar da pesquisa.

Os resultados deste estudo ajudarão a entender melhor algumas doenças e a reduzir os problemas associados a elas. Todas as respostas dadas a este estudo são totalmente confidenciais, ou seja, ninguém terá acesso ao que a Sra responder. Mesmo assim, caso não queira responder alguma das perguntas, é só dizer.

Nome e telefone de amigo ou parente: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(**Importante**)

Primeiro, vamos à algumas **PERGUNTAS GERAIS**.

. USF Coloque o n. de registro da entrevistada <b>RG da entrevistada</b>	_____ (nome e micro área) _____ <b>RG</b> _____
Quantos anos completos Sra têm?	Idade..... / / NS.....88 ( <b>não sei</b> ) NR.....99 ( <b>não respondeu</b> )
. Em que mês e ano a Sra nasceu? ( <b>conferir a idade com documento</b> )	Mês..... / / Ano..... / / / / NS.....88 NR.....99
A Sra consegue ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecer	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra foi à escola?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. A escola que a Sra estudou por mais tempo era...	Pública.....1 Particular.....2 Metade pública/ Metade particular.....3 NS.....88 NR.....99
Quantos anos a Sra freqüentou a escola (anos de estudo)?	____ / ____ anos NS.....88 NR.....99
A Sra tem alguma religião? Qual?	católica apostólica romana.....1 evangélica de missão.....2 evangélica de origem pentecostal.....3 outras evangélicas.....4 espírita.....5 umbanda e candomblé.....6 testemunha de Jeová.....7 sem religião.....8 outra _____ ( <b>escrever</b> ) NS.....88 NR.....99
. A Sra já foi ou é casada ou teve união livre (morou junto com um companheiro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
No total, quantas vezes a Sra foi casada ou em união (morou junto)?	Nº. de vezes..... / NS.....88 NR.....99
. Este casamento ou união continua ou acabou?	Continua.....1 Separação.....2

	Viuvez.....3 Divórcio.....4 NS.....88 NR.....99
. A Sra se considera ...	Branca.....1 Preta.....2 Amarela.....3 Parda (morena).....4 Indígena.....5 Outra.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra trabalha mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro (objetos, alimentos, roupas, favores, etc), ou pensionista ou aposentada?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Tem pagamento / remuneração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o valor de seu pagamento / remuneração mensal? <b>(Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)</b>	<b>R\$</b> _____ NS.....88 NR.....99
. Qual seu cargo ou função ou profissão ou ofício exercido?	NS.....88 NR.....99
. Quantas pessoas moram com a Sra? <b>(sem contar com você)</b>	_____/_____ NS.....88 NR.....99
. Qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos que moram com Sra? <b>(Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)</b>	<b>R\$</b> _____ NS.....88 NR.....99

Agora sobre **MORBIDADE(DOENÇA)**

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

	NS.....88 NR.....99
. A Sra teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Qual?	NS.....88 NR.....99
A Sra teve Derrame = AVC?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. A Sra teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra teve ou tem doença de fígado sem ser por causa do álcool? (Doença hepática gordurosa não-alcoólica)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. A Sra teve ou tem gota = ácido úrico elevado = Hiperuricemia?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Quem? _____ Não.....2 NS.....88 NR.....99
. A Sra já realizou exame de Densitometria óssea? ( <b>Exame que avalia a massa óssea</b> )	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
No exame de Densitometria óssea, o resultado foi...	Normal.....1 Osteopenia.....2 Osteoporose.....3 NS.....88 NR.....99

Agora sobre Agora sobre a **HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

A senhora ficou grávida alguma vez?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantas vezes a senhora ficou grávida?	Nº de vezes...../____ NS.....88 NR.....99
Quantos partos foram normais?	Nº de vezes...../____ NS.....88 NR.....99
Teve uso de fórceps (ferro)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes...../____ NS.....88 NR.....99
A senhora teve algum aborto?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes...../____ NS.....88 NR.....99
Qual o peso do seu maior filho?	NS.....88 NR.....99
Fez cirurgia ginecológica prévia? (alguma cirurgia na vagina, útero, trompas, ovário, bexiga e reto)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual foi a cirurgia?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ NS.....88 NR.....99

Agora sobre **HISTÓRIA GINECOLÓGICA**

Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade...../____ (anos) NS.....88 NR.....99
A Sra menstruou nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Atualmente sua menstruação: é regular ( <b>menstrua de 28 em 28 dias, de 29 em 29 etc</b> )?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. E agora? Atrasa ou adianta mais que 7 dias?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. E agora? Fica sem vir de 2 a 11 meses?	Sim.....1

	Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra, atualmente, evita ter filhos?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Usa algum desses métodos? <b>(pode marcar mais que um)</b>	Pílulas anticoncepcionais.....1 Anticoncepcionais injetáveis.....2 Camisinha.....3 Tabelinha.....4 Método Billings ou da ovulação.....5 Diafragma.....6 Espermicida.....7 DIU.....8 Vasectomia.....9 Ligadura.....10 Outros.....11 NS.....88 NR.....99
A Sra está, atualmente, tomando anticoncepcional?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o nome?	_____ _____ _____ _____ NS.....88 NR.....99
Com que idade começou a tomar anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
. Por quanto tempo a Sra tomou anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	Meses..... / ____ Anos..... / ____ NS.....88 NR.....99 (
. Com que idade parou de menstruar?	Anos..... / ____ anos NS.....88 NR.....99
. A Sra tomou alguma vez ou toma atualmente hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos ou creme?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Com que idade começou a tomar hormônio para a menopausa?	Idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
Por quanto tempo a Sra tomou hormônio de mulher?	Meses..... / ____ Anos..... / ____ NS.....88 NR.....99
. A Sra está, atualmente tomando hormônio de mulher?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

Agora sobre **ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)**

15. Nós queremos saber quanto tempo você gastou fazendo atividade física **NA ÚLTIMA SEMANA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:

- atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.
- atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de **ALGUM** esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

Em quantos dias da semana você <b>CAMINHOU</b> por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	____/____ dias por semana Nenhum.....( ) NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você <b>CAMINHOU</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando <b>por dia</b> ?	Horas:____ Minutos:____ Não caminha .....( ) NS.....88 NR.....99
Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>MODERADAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar <b>moderadamente</b> sua respiração ou batimentos do coração. ( <b>NÃO INCLUIR CAMINHADA</b> )	____/____ dias por semana Nenhum.....( ) NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você fez essas atividades <b>moderadas</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:____ Minutos:____ Não fez .....( ) NS.....88 NR.....99
Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>VIGOROSAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MUITO</b> sua respiração ou batimentos do coração.	____/____ dias por semana Nenhum.....( ) NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você fez essas atividades <b>vigorosas</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:____ Minutos:____ Não fez .....( ) NS.....88 NR.....99
Quanto tempo no total você gasta sentado durante um <b>dia de semana</b> ?	Horas:____ Minutos:____ Não fica sentada.....( ) NS.....88 NR.....99
Quanto tempo no total você gasta sentado em um <b>dia de final de semana</b> ?	Horas:____ Minutos:____ Não fica sentada .....( ) NS.....88 NR.....99

**ATIVIDADE FÍSICA (BAECKE)**: responda a resposta mais apropriada para cada questão.

Você considera o seu trabalho...	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 Não tem ocupação.....4 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra senta...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra fica em pé...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra anda...	Nunca.....1



	Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra carrega carga pesada...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
Após o trabalho a Sra está cansada...	Muito freqüentemente .....1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra sua (transpira)...	Muito freqüentemente .....1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras da sua idade a Sra pensa que seu trabalho é fisicamente...	Muito mais pesado.....1 Mais pesado.....2 Tão pesado quanto.....3 Mais leve.....4 Muito mais leve.....5 NS.....88 NR.....99
A Sra pratica ou praticou esporte ou exercício físico nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual esporte ou exercício físico a Sra pratica ou praticou mais freqüentemente?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra faz ou fez um segundo esporte ou exercício físico, nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o tipo?	Leve.....1 Moderado.....2

	Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras pessoas da sua idade a Sra pensa que sua atividade física durante as horas de lazer é...	Muito maior.....5 Maior.....4 A mesma.....3 Menor.....2 Muito menor.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra sua (transpira)?	Muito freqüentemente .....5 Freqüentemente.....4 Algumas vezes.....3 Raramente.....2 Nunca.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra pratica esporte ou exercício físico?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra vê televisão?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra anda?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra anda de bicicleta?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante quantos minutos por dia a Sra anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras?	<5.....1 5-15.....2 16-30.....3 31-45.....4 >45 .....5 NS.....88 NR.....99

sobre o **HÁBITO DE FUMAR**. (mesmo que não fume ou nunca tenha fumado)

Para cada um destes espaços públicos, por favor diga se a Sra acha que deveria ser permitido fumar em todas as Áreas internas, em algumas áreas internas, ou se não deveria ser permitido fumar em nenhuma área interna

	Todas as áreas internas	Algumas áreas internas	Nenhuma área interna	NS	NR
Hospitais	1	2	3	88	99
Locais de trabalho	1	2	3	88	99
Bares	1	2	3	88	99
Restaurantes e cafés	1	2	3	88	99
Lojas	1	2	3	88	99
Escolas	1	2	3	88	99
Shopping Centers	1	2	3	88	99

Seus pais fumam atualmente? Já fumaram no passado?

	Fumam	Não fumam	Já fumaram
Nenhum dos dois	1	1	1
Ambos	2	2	2
Somente o pai	3	3	3
Somente a mãe	4	4	4
Não tenho pais (não conheceu)	5	5	5
NS	88	88	88
NR	99	99	99

Alguma vez a Sra já tentou ou experimentou fumar cigarros, cachimbos ou charutos, mesmo uma ou duas tragadas?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Quantos anos a Sra tinha quando fumou seu primeiro cigarro, cachimbos ou charutos?

\_\_\_\_ | **Anos** NS.....88 NR.....99

Somando todos os cigarros, cachimbos ou charutos que a Sra fumou na vida inteira, o total chega a 5 maços ou 100 cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Atualmente, a Sra fuma cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Em média, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fuma **POR DIA**?

\_\_\_\_ | **cigarros por dia**

. Nos últimos sete dias (uma semana), em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos ?

\_\_\_\_ | **dias da semana**

. Nos últimos 30 dias (um mês) em quantos dias a Sra fumou cigarros, cachimbos ou charutos?

Nenhum	1
1 ou 2 dias	2
3 a 5 dias	3
6 a 9 dias	4
10 a 19 dias	5
20 a 29 dias	6
Todos os 30 dias	7
NS	88
NR	99

. Nos últimos 30 dias (um mês), nos dias em que fumou, quantos cigarros, cachimbos ou charutos a Sra fumou em média?

Menos de 1 cigarro por dia	1
1 cigarro por dia	2
2 a 5 cigarros por dia	3
6 a 10 cigarros por dia	4
11 a 20 cigarros por dia	5
Mais de 20 cigarros por dia	6
NS	88
NR	99

Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar regularmente, isto é, pelo menos 1 cigarro, cachimbos ou charutos por semana?

Nunca fumei regularmente	1
___ / ___ ANOS	2
NS	88
NR	99

Quantos anos a Sra tinha quando começou a fumar cigarros, cachimbos ou charutos diariamente?

Nunca fumei diariamente	1
___ / ___ ANOS	2
NS	88
NR	99

. Que tipo de cigarro, cachimbos ou charutos a Sra fuma mais? (a Sra pode escolher mais de uma opção)

Baixos teores/ suaves / light	1
Teores regulares	2
Eu não sei o que significa cigarros de baixos teores/ suaves / light ou de teores regulares	3
Cigarros com filtro	4
Cigarros sem filtro	5
Cigarros de palha	6
Charutos	7
Cachimbo	8
Cigarrilhas	9
Cigarros com sabor Mentolado / de menta	10
Cigarros com sabor de baunilha	11
Cigarros de Bali (cravo)	12
Outros	13
Qualquer Um	14
NS	88
NR	99

. Quanto tempo depois de acordar a Sra fuma o primeiro cigarro, cachimbos ou charutos, ?

Menos de 5 minutos	1
De 5 a 14 minutos	2
De 15 a 29 minutos	3
Após 30 minutos, mas menos de 1 hora	4
Após 1 hora mas menos de duas horas	5
2 horas ou mais	6
NS	88
NR	99

Quão fácil ou difícil a Sra acharia ficar um dia inteiro sem fumar cigarros, cachimbos ou charutos, ? A sra acharia...

Muito fácil	1
Fácil	2
Difícil	3
Muito difícil	4
NS	88
NR	99

. No último mês a Sra fez algum esforço para evitar de olhar ou pensar sobre as fotos/ advertências nos maços de cigarros, cachimbos ou charutos: ( ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Cobrinho as fotos/ advertências?	1	2	88	99
Deixando o maço longe de vista?	1	2	88	99
Usando uma cigareira ou alguma outra caixa?	1	2	88	99
Não comprando maços com alguma foto/ advertência em particular?	1	2	88	99

. Se o preço dos maços aumentasse, o que a Sra faria? ( ler cada frase)

	Sim	Não	NS	NR
Fumaria menos cigarros?	1	2	88	99
Mudaria para uma marca mais barata?	1	2	88	99
Procuraria um local onde vendessem sua marca mais barato?	1	2	88	99
Compraria uma quantidade menor de cigarros por vez?	1	2	88	99
Compraria cigarros em grande quantidade?	1	2	88	99
Tentaria parar de fumar?	1	2	88	99
Não mudaria meus hábitos de fumar	1	2	88	99

A Sra fuma cigarro ou sente vontade de fumar cigarro, cachimbos ou charutos ao acordar de manhã?

Não, não fumo nem sinto vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	1
Sim, às vezes fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	2
Sim, freqüentemente fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	3
Sim, sempre fumo ou tenho vontade de fumar cigarro ao acordar de manhã	4
NS	88
NR	99

. A Sra gostaria de parar de fumar totalmente?

Sim	1
<b>Não</b>	<b>2</b>
Não Sei	88
Recusa	99

. A Sra pretende parar de fumar?

No próximo mês	1
Nos próximos 6 meses	2
No próximo ano	3
Não	4
NS	88
NR	99

. Agora vou lhe mostrar algumas opiniões de pessoas a respeito de fumar. Por favor, diga o quanto a Sra concorda ou discorda delas.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente	NS	NR
a. Fumar não é tão prejudicial a saúde quanto dizem	1	2	3	4	88	99
b. Acho que eu ficaria muito mais saudável se parasse fumar	1	2	3	4	88	99
c. Se os cigarros fossem mais caros eu pensaria em parar de fumar	1	2	3	4	88	99
d. Se houvesse tratamento gratuito	1	2	3	4	88	99

disponível para parar de fumar, eu o usaria						
--	--	--	--	--	--	--

. A Sra já parou de fumar por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Nos últimos 12 meses a Sra parou de fumar, por pelo menos um dia, porque estava tentando seriamente parar de vez?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Qual foi a principal razão para a Sra querer para de fumar? (**DIGA SIM PARA APENAS UMA RESPOSTA**)

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2
c. Porque minha família não gosta	3
d. Porque meus amigos não gostam	4
e. Porque vai contra a minha religião	5
f. Porque acho que fumar pode piorar minha aparência física	6
g. Porque cheira mal	7
h. Porque eu não quero expor minha família ou amigos à fumaça do cigarro	8
i. Porque fumar me deixa menos atraente para os(as) meninos(as)	9
j. Porque meu médico ou outro profissional de saúde (enfermeira, psicólogo...) me disse que eu deveria parar	10
k. Outro (ESPECIFICAR.)	11
NS	88
NR	99

. Nos últimos 12 meses a Sra recebeu alguma ajuda para parar de fumar?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

#### Agora sobre **FUNÇÃO SEXUAL FEMININA**

. Vou fazer algumas perguntas relativas a sua sexualidade durante <b>as últimas 4 semanas</b> . <b>Considere:</b> i) atividade sexual: refere-se a carícias, jogos sexuais, masturbação e relações sexuais; ii) relação sexual: define-se como penetração do pênis na vagina; iii) estimulação sexual: inclui jogos sexuais com o parceiro, auto-estimulação (masturbação) ou fantasias sexuais; iv) desejo ou interesse sexual é a sensação que inclui desejo de ter uma experiência sexual, sentir-se receptiva a estimulação sexual do parceiro e ter pensamentos ou fantasias sobre sexo. <b>Escolha somente uma alternativa por pergunta.</b>	
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu desejo ou interesse sexual?	Sempre ou quase sempre..... 1 A maioria das vezes (mais que a metade).....2 Às vezes (aproximadamente a metade).....3 Poucas vezes (menos que a metade).....4 Quase nunca ou nunca.....5..... NS.....88 NR.....99
Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desejo ou interesse sexual?	Muito alto.....1 Alto.....2 Moderado.....3 Baixo.....4 Muito baixo ou nada.....5 NS.....88 NR.....99
. Excitação sexual é uma sensação que inclui aspectos físicos e mentais da sexualidade. Pode incluir sensação de calor ou pulsátil nos órgãos genitais, lubrificação vaginal (umidade) ou contrações musculares.	Não tenho atividade sexual .....0 Sempre ou quase sempre .....1 A maioria das vezes (mais que a metade) .....2 Às vezes (aproximadamente a metade) .....3

Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu excitação durante a atividade sexual?	Poucas vezes (menos que a metade) .....4 Quase nunca ou nunca.....5 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível de excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Muito alto .....2 Alto .....3 Moderado .....4 Baixo .....5 Muito baixo ou nada.....6 NS.....88 NR.....99
Nas últimas 4 semanas, qual grau de confiança a Sra tem em excitar-se durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Muito alta confiança.....2 Alta confiança .....3 Moderada confiança.....4 Baixa confiança .....5 Muito baixa ou nenhuma confiança.....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência se sentiu satisfeito com sua excitação durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual .....1 Sempre ou quase sempre .....2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade) .....4 Poucas vezes (menos que a metade) .....5 Quase nunca ou nunca.....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência a Sra sentiu lubrificação ou umidade vaginal durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual .....1 Sempre ou quase sempre .....2 A maioria das vezes (mais que a metade).....3 Às vezes (aproximadamente a metade) .....4 Poucas vezes (menos que a metade).....5 Quase nunca ou nunca .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, foi difícil lubrificar-se (umedecer-se) durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual .....1 Extremamente difícil ou impossível .....2 Muito difícil.....3 Difícil .....4 Pouco difícil .....5 Não foi difícil .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência mantém-se a sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual .....1 Sempre ou quase sempre a mantenho .....2 A maioria das vezes a mantenho (mais que a metade).... 3 Às vezes a mantenho (aproximadamente a metade).....4 Poucas vezes a mantenho (menos que a metade).....5 Quase nunca ou nunca mantenho a lubrificação vaginal até o final .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, foi difícil manter sua lubrificação (umidade) vaginal até finalizar a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual.....1 Extremamente difícil ou impossível .....2 Muito difícil .....3 Difícil .....4 Pouco difícil .....5 Não foi difícil .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, com que frequência atinge o orgasmo ou clímax?	Não tenho atividade sexual ..... 1 Sempre ou quase sempre ..... 2 A maioria das vezes (mais que a metade)..... 3 Às vezes (aproximadamente a metade) ..... 4 Poucas vezes (menos que a metade) ..... 5 Quase nunca ou nunca ..... 6 NS..... 88 NR..... 88
Nas últimas 4 semanas, quando a Sra tem estimulação sexual ou relações, é difícil atingir o orgasmo ou clímax?	Não tenho atividade sexual..... 1 Extremamente difícil ou impossível ..... 2 Muito difícil ..... 3 Difícil ..... 4 Pouco difícil ..... 5 Não é difícil ..... 6

	NS.....
	NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?	Não tenho atividade sexual .....1 Muito satisfeita .....2 Moderadamente satisfeita .....3 Nem satisfeita, nem insatisfeita .....4 Moderadamente insatisfeita .....5 Muito insatisfeita .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com o envolvimento emocional existente durante a atividade sexual entre a Sra e seu parceiro?	Não tenho atividade sexual .....1 Muito satisfeita .....2 Moderadamente satisfeita .....3 Nem satisfeita, nem insatisfeita .....4 Moderadamente insatisfeita .....5 Muito insatisfeita .....6 NS.....88 NR.....99
Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está nas relações sexuais com seu parceiro?	Não tenho atividade sexual .....1 Muito satisfeita.....2 Moderadamente satisfeita .....3 Nem satisfeita, nem insatisfeita .....4 Moderadamente insatisfeita .....5 Muito insatisfeita .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, o quão satisfeita está com sua vida sexual em geral?	Não tenho atividade sexual .....1 Muito satisfeita.....2 Moderadamente satisfeita .....3 Nem satisfeita, nem insatisfeita .....4 Moderadamente insatisfeita .....5 Muito insatisfeita .....6 NS.....88 NR.....99
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>durante</u> a penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual..... 1 Sempre ou quase sempre..... 2 A maioria das vezes (mais que a metade)..... 3 Às vezes (aproximadamente a metade) ..... 4 Poucas vezes (menos que a metade)..... 5 Quase nunca ou nunca ..... 6 NS..... 88 NR.....
. Nas últimas 4 semanas, com que frequência sente desconforto ou dor <u>depois</u> da penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual..... 1 Sempre ou quase sempre ..... 2 A maioria das vezes (mais que a metade)..... 3 Às vezes (aproximadamente a metade)..... 4 Poucas vezes (menos que a metade) ..... 5 Quase nunca ou nunca..... 6 NS..... 88 NR.....
. Nas últimas 4 semanas, como classifica seu nível (intensidade) de desconforto ou dor durante ou depois da penetração vaginal?	Não tenho atividade sexual..... 1 Muito alto..... 2 Alto ..... 3 Moderado..... 4 Baixo..... 5 Muito baixo ou nada..... 6 .NS..... NR.....88
<b>Calculo do Pesquisador Colocar o total de pontos</b>	
Desejo..... /	Orgasmo..... /
Excitação..... /	Satisfação..... /
Lubrificação..... /	Dor..... /
	Total..... /



Agora sobre **HÁBITOS ALIMENTARES**

Eu vou perguntar sobre alguns alimentos para a Sra. Qual a frequência que a Sra consumiu cada um destes alimentos de 1 ano atrás até os dias de hoje?

Alimento	(0) Não consum e (não come)	(0) menos de 1x/mês	(1) 2 a 3 x/mês	(2) 1 a 2 x/seman a	(3) 3 a 4 x/seman a	(4) 5 ou mais x/semana	88 NS	99 NR
Hambúrguer								
Carnes gordurosas								
Frango frito								
Salsicha e lingüiça								
Frios								
Maionese								
Manteiga margarina								
Ovos								
Bacon								
Queijos e requeijão								
Leite integral								
Batata frita								
Salgadinhos de pacote								
Sorvete								
Produtos de pastelaria								
Sucos naturais de frutas								
Frutas								
Verduras								
Batata								
Feijão, lentilha, ervilha								
Legumes								
Cereais integrais								
Pão integral								
Pães convencionais								
Café								

Agora sobre **DEPRESSÃO (BECK)**

. Eu vou lhe dizer algumas situações com quatro afirmações cada, depois de eu ler cada grupo dessas quatro afirmações, me diga qual descreve melhor a maneira como Sra tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.

<p>. Não me sinto triste.....0 Eu me sinto triste.....1 Estou sempre triste e não consigo sair disso.....2 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>	<p>Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro.....0 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro.....1 Acho que nada tenho a esperar.....2 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>
<p>Não me sinto um fracasso.....0 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.....1 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.....2 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>	<p>Tenho tanto prazer em tudo como antes.....0 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.....1 Não encontro um prazer real em mais nada.....2 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>
<p>. Não me sinto especialmente culpada.....0 Eu me sinto culpada às vezes.....1 Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.....2 Eu me sinto sempre culpada.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>	<p>. Não acho que esteja sendo punida castigada).....0 Acho que posso ser punida.....1 Creio que vou ser punida.....2 Acho que estou sendo punida.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>
<p>Não me sinto decepcionada comigo mesma.....0 Estou decepcionada comigo mesma.....1 Estou enojada de mim.....2 Eu me odeio.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>	<p>. Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.....0 Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.....1 Eu me culpo sempre por minhas falhas.....2 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0</p>
<p>Não tenho quaisquer idéias de me matar.....0.</p>	

<p>Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.....1  Gostaria de me matar.....2  Eu me mataria se tivesse oportunidade.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	<p>Não choro mais que o habitual..... 0  Choro mais agora do que costumava..... 1  Agora, choro o tempo todo..... 2  Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira..... 3  NS.....88  NR.....99  Não tem..... 0</p>
<p>Não sou mais irritada agora do que já fui.....0  Fico molesta ou irritada mais facilmente do que costumava..... 1  Atualmente me sinto irritada o tempo todo.....2  Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....99</p>	<p>Não perdi o interesse nas outras pessoas.....0  Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.....1  Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.....2  Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>
<p>Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.....0  Adio minhas decisões mais do que costumava.....1  Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.....2  Não consigo mais tomar decisões.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	<p>Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser..... 0  Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos..... 1  Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos..... 2  Considero-me feia..... 3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>
<p>Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.....0  Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.....1  Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.....2  Não consigo fazer nenhum trabalho.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	<p>Durmo tão bem quanto de hábito.....0  Não durmo tão bem quanto costumava.....1  Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.....2  Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>
<p>Não fico mais cansada que de hábito.....0  Fico cansada com mais facilidade do que costumava.....1  Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa.....2  Estou cansada demais para fazer qualquer coisa.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	<p>Meu apetite não está pior do que de hábito.....0  Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.....1  Meu apetite está muito pior agora.....2  Não tenho mais nenhum apetite.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>
<p>Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.....0  Perdi mais de 2,5 Kg.....1  Perdi mais de 5,0 Kg.....2  Perdi mais de 7,5 Kg.....3  Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( )  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	<p>Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.....0  Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.....1  Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.....2  Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>
<p>Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.....0  Estou menos interessada por sexo que costumava.....1  Estou bem menos interessada em sexo atualmente.....2  Perdi completamente o interesse por sexo.....3  NS.....88  NR.....99  Não tem.....0</p>	

Temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Indique agora os sintomas que a Sra apresentou **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA INCLUINDO HOJE. (Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma).** (BECK)

SINTOMAS	0	1	2	4	88	99
	AUSENTE	SUAVE não me incomoda muito	MODERADO é desagradável mas consigo suportar	SEVERO quase não consigo suportar	NS	NR
. Dormência ou formigamento						
Sensações de calor						
Tremor nas pernas						
Incapaz de relaxar						
Medo de acontecimentos ruins						
Confuso ou delirante						
Coração batendo forte e rápido						
Insegura						
Apavorada						
Nervosa						
Sensação de sufocamento						
Tremor nas mãos						
Trêmula						
Medo de perder o controle						
Dificuldade de respirar						
Medo de morrer						
Assustada						
Indigestão ou desconforto abdominal						
. Desmaios						
. Rubor facial (Bochecha vermelha)						
. Sudorese (não devido ao calor)						

Agora sobre **AVALIAÇÃO DO SONO**

Vou lhe fazer agora algumas perguntas sobre o seu sono <b>apenas do último mês</b>	
. Durante o mês passado, a que horas a Sra foi se deitar à noite, na maioria das vezes?	
Horas: _____	Minutos: _____
NS.....88	
NR.....99	
Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) a Sra demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?	
Horas: _____	Minutos: _____
NS.....88	
NR.....99	
Durante o mês passado, a que horas a Sra acordou de manhã, na maioria das vezes?	
Horas: _____	Minutos: _____
NS.....88	
NR.....99	

. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite a Sra dormiu? Pode ser diferente do número de horas que a Sra ficou na cama.	
Horas: _____ Minutos: _____	
NS.....88	
NR.....99	
<input type="checkbox"/> . Durante o mês passado, quantas vezes a Sra teve problemas para dormir por causa de:	
	1
i. Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono	2
Nenhuma vez.....	3
Menos de uma vez por semana.....	4
Uma ou duas vezes por semana.....	88
Três vezes por semana ou mais.....	99
NS.....	
ii. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	<input type="checkbox"/> NR.....99
iii. Levantar-se para ir ao banheiro	Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99
iv. Ter dificuldade para respirar	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99
v. Tossir ou roncar muito alto	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	<input type="checkbox"/> NR.....99
vi. Sentir muito frio	Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99
vii. Sentir muito calor	Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99
viii. Ter sonhos ruins ou pesadelos	Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99
ix. Sentir dores	Nenhuma vez..... 1
	Menos de uma vez por semana..... 2
	Uma ou duas vezes por semana..... 3
	Três vezes por semana ou mais..... 4
	NS.....88
	NR.....99

As próximas perguntas são sobre seu uso de diversos tipos de **BEBIDAS ALCOÓLICAS**.

. Com que frequência a Sra geralmente bebe **VINHO**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de **VINHO**. (**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:**) Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos **últimos doze meses**, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	NS	88
	NR	99

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de vinho que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de vinho nos referimos a um copo de vinho de 90 ml.

. Durante os últimos doze meses, qual foi a **maior quantidade de vinho** que a Sra geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1
B.	12 a 16 doses em um único dia	2
C.	8 a 11 doses	3
D.	5, 6 ou 7 doses	4
E.	4 doses	5
F.	3 doses	6
G.	2 doses	7
H.	1 dose	8
	<b>NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b>	<b>88</b>
	<b>NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b>	<b>99</b>

**(MOSTRAR CARTÃO 24.C).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra. BEBEU.....**

- . **12 ou mais doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **de 8 a 11 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **ao menos 5, 6 ou 7 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **4 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **3 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **2 doses** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.  
 .... **1 dose** de vinho em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

**(MOSTRE CARTÃO 24.D)**

. Considere esses dois tipos de garrafas: garrafas tradicionais de vinho – branco e tinto - e um garrafão. As garrafas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Diga-me a letra correspondente ao tipo de garrafa que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses**. **(SE NÃO BEBE VINHO DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A QUESTÃO 24.6)**

Além desse tipo de garrafa a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses do outro tipo de garrafa?

24.4a

	1ª Men.	2ª Men.
A	1	1
B	2	2
Nenhum	97	97
NS	88	88
NR	99	99

**(MOSTRE CARTÃO 24.D)**

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na garrafa que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses. **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS QUE BEBEU.**

A	B	C	D	E	F	Não sei	Recusa
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	98	99
1	2	3	4	5	6	98	99

**(MOSTRE CARTÃO 24.E)**

Olhe para essa foto de diferentes tipos de taças de vinho e de um copo comum. As taças e o copo aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de taça de vinho que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses: (SE NÃO BEBE VINHO NESTES TIPOS DE TAÇAS, PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO 24.6)**. Além desse tipo de taça/copo a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses em outro tipo de taça/copo? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE TAÇA/COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2
03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na taça que a Sra selecionou em primeiro lugar, **nos últimos 12 meses.**

**(REPETIR PARA TODAS AS TAÇAS/COPOS QUE BEBEU.**

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

. Com que frequência a Sra geralmente bebe **CERVEJA OU CHOPE**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO A RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos últimos doze meses, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
	NS	88
	NR	99

As próximas questões perguntam sobre a quantidade de **cerveja ou chope** que a Sra já bebeu. Quando dizemos uma dose de cerveja nos referimos a uma lata de 350 ml de cerveja ou considere que uma garrafa corresponde a 2 doses ou garrafa "long neck" que corresponde a 1 dose ou 1 copo de chope que corresponde a 1 dose.

. Durante os últimos doze meses, qual foi a **MAIOR QUANTIDADE DE CERVEJA** ou chope a Sra geralmente bebeu em um único dia? Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1
B.	12 a 16 doses em um único dia	2
C.	De 8 a 11 doses	3
D.	5, 6 ou 7 doses	4
E.	4 doses	5
F.	3 doses	6
G.	2 doses	7
H.	1 dose	8
NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)		88
NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)		99

**(MOSTRE CARTÃO).....SE NECESSÁRIO, LEIA O CARTÃO DURANTE OS ÚLTIMOS DOZE MESES, COM QUE FREQUÊNCIA A Sra BEBEU.....**

.....**12 doses** ou mais de **cerveja ou chope** em **um único dia**, ou seja, qualquer combinação de latas e copos de cerveja? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**8 a 11 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**5, 6 ou 7 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**4 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**3 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**2 doses** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

.....**1 dose** de cerveja ou chope em **um único dia**? Apenas diga-me a letra no cartão.

**(ENTREVISTADOR, APLICAR A PERGUNTA PARA CADA QUANTIDADE DE DOSES. SE RESPONDER CÓD. 1 PARA UMA QUANTIDADE NÃO APLICAR AS DEMAIS QUANTIDADES E ANOTAR CÓD. 11 NAS RESTANTES)**

		12+ DOSES	8-11 DOSES	5-7 DOSES	4 DOSES	3 DOSES	2 DOSES	1 DOSE
A.	Todos os dias,	1	1	1	1	1	1	1
B.	5 a 6 vezes por semana,	2	2	2	2	2	2	2
C.	3 a 4 vezes por semana,	3	3	3	3	3	3	3
D.	1 ou 2 vezes por semana,	4	4	4	4	4	4	4
E.	2 ou 3 vezes por mês,	5	5	5	5	5	5	5
F.	1 vez por mês,	6	6	6	6	6	6	6
G.	7 a 11 vezes no último ano,	7	7	7	7	7	7	7
H.	3 a 6 vezes no último ano,	8	8	8	8	8	8	8
I.	2 vezes no último ano,	9	9	9	9	9	9	9
J.	1 vez no último ano	10	10	10	10	10	10	10
K.	Nunca	11	11	11	11	11	11	11
	NS	88	88	88	88	88	88	88
	NR	99	99	99	99	99	99	99

Olhe para essa foto com copos e um caneco de chope. Eles aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de copo de chope, ou caneco, que a Sra geralmente bebeu **nos últimos 12 meses:**

**(SE NÃO BEBE CERVEJA/CHOPE NESTES TIPOS DE COPOS, PULE PARA A QUESTÃO 24.10a)**

Além desse tipo de copo a Sra também bebeu cerveja/chope nos últimos doze meses em outro tipo de copo?

**(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE COPO. ANOTAR NA ORDEM MENCIONADA)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.
01	1	1	1	1
02	2	2	2	2
03	3	3	3	3
04	4	4	4	4
Nenhum	97	97	97	97
NS	88	88	88	88
NR	99	99	99	99

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, no copo ou caneco que a Sra selecionou em primeiro lugar, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODOS OS COPOS EM QUE BEBEU.)**

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

Olhe para essa foto com uma lata e garrafas – tamanho tradicional e “long neck” - de cerveja. Elas aparecem na foto em um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo, se lata e/ou garrafa, que a Sra geralmente bebeu nos últimos 12 meses: **(SE NÃO BEBE CERVEJA DESTES TIPOS DE GARRAFAS, PULE PARA A INSTRUÇÃO ANTES DA** Além desse tipo de garrafa/lata a Sra também bebeu cerveja nos últimos doze meses de outro tipo de garrafa/lata? **(REPETIR O PROCEDIMENTO ATÉ O ENTREVISTADO RESPONDER QUE NÃO BEBE EM NENHUM OUTRO TIPO DE GARRAFA/LATA)**

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.
A	1	1	1
B	2	2	2
C	3	3	3
Nenhum	97	97	97
NS	88	88	88
NR	99	99	99

Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na lata ou garrafa que a Sra selecionou, nos últimos 12 meses: **(REPETIR PARA TODAS AS GARRAFAS/LATA QUE BEBEU.)**

A	B	C	D	E	F	NS	NR
1	3/4	2/3	1/2	1/3	1/4		
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99
1	2	3	4	5	6	88	99

(Com que frequência a Sra geralmente bebe **bebidas “ice”** (destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados, como por exemplo Smirnoff Ice ou Johnnie Walker One)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)** Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos **últimos doze meses**, qual seria?

A	Três ou mais vezes por dia	1
B	Duas vezes por dia	2
C	Uma vez por dia	3
D	Quase todos os dias	4
E	Três ou quatro vezes por semana	5
F	Uma ou duas vezes por semana	6
G	Duas ou três vezes por mês	7
H	Aproximadamente uma vez por mês	8
I	Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
J	Menos de uma vez por ano	10
K	Nunca	11
NS		88
NR		99

. Entre os destilados que a Sra bebe, qual o que a Sra mais consome? (Cachaça, Uísque, Rum, Vodca ou outra bebida alcoólica)?

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
Cachaça	1	1	1	1	1
Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 3: _____	9	9	9	9	9
Nenhuma outra		97	97	97	97
NS	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99

Com que frequência a Sra geralmente bebe **QUALQUER BEBIDA ALCOÓLICA** (incluindo cerveja, vinho, destilados, bebidas “ice” ou qualquer outra bebida)? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual. **(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)**

Se a Sra tivesse que pensar em uma média dos **últimos doze meses**, qual seria?



<b>(Bebedor atual)</b>	A. Três ou mais vezes por dia	1
	B. Duas vezes por dia	2
	C. Uma vez por dia	3
	D. Quase todos os dias	4
	E. Três ou quatro vezes por semana	5
	F. Uma ou duas vezes por semana	6
	G. Duas ou três vezes por mês	7
	H. Aproximadamente uma vez por mês	8
	I. Menos de uma vez por mês, mas ao menos uma vez por ano	9
<b>(Ex-bebedor)</b>	J. Menos de uma vez por ano	10
<b>(Abstinentes na vida)</b>	<b>K. Nunca</b>	<b>11</b>
	NS	98
	NR	99

. Quantas doses de bebida alcoólica a Sra pode beber até afetar sua capacidade de dirigir um veículo? Por afetar a capacidade queremos dizer que o seu dirigir deixa de ser seguro.

\_\_\_\_\_ (N. de Doses)

. Pense na ocasião mais recente em que dirigiu logo após beber 3 ou mais doses. Aonde a Sra havia bebido naquela ocasião? Por favor diga-me o local do cartão que melhor descreve aonde a Sra bebeu.

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11
No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro – Aonde?	94
<b>Nunca dirigiu depois de beber 3 ou mais doses</b>	<b>95</b>
NS	88
NR	99

. Quantas doses a Sra bebeu naquela ocasião?

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7
NS	88
NR	99

**(ABSTÊMIO VIDA TODA VEIO DA 24.5 = 11)**

. Quantas vezes a Sra foi passageiro em um veículo no qual a pessoa que dirigia tinha bebido demais?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4
Nunca aconteceu	5
NS	88
NR	99

**(ABSTÊMIO 24.5 = 11 TERMINE!)**

Quantas vezes a Sra já esteve envolvido em algum acidente de trânsito quando dirigia após ter bebido

qualquer quantidade de álcool?



17 ou mais doses em um único dia	1
12 a 16 doses em um único dia	2
5, 6 ou 7 doses	3
De 8 a 11 doses	4
4 doses	5
3 doses	6
2 doses	7
1 dose	8
NS	88
NR	99

**SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR BEBEDOR ATUAL**

Já houve algum período de tempo em que a Sra bebeu vinho, bebidas ice ou destilado, ao menos uma vez por ano?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Qual é o maior número de doses que a Sra se lembra de ter consumido em uma ocasião?

|\_|\_|\_| n° doses NS / não lembra (88) (|\_|) NR (99)

. Foi quatro ou mais?

<b>MULHER:</b>	SIM: (QUATRO OU MAIS)	93
	<b>NÃO: (TRÊS OU MENOS)</b>	<b>92</b>

**Tempo de entrevista:** Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

## Anexo 8: AUTORIZAÇÃO PARA USO DOS DADOS SECUNDÁRIOS

São Paulo, 29 de janeiro de 2008.

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS

Eu, Ana Carolina Basso Schmitt, nº USP 5298878, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Saúde Materno-Infantil, sob orientação do professor Doutor José Mendes Aldrighi, autorizo Elaine Cristina Alves Pereira, nº USP 5298840, mestranda da instituição e departamento citados acima e sob mesma orientação, a utilizar os dados coletados na pesquisa intitulada “Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa”, protocolo 1324, de minha autoria.

Sem mais, atentamente.



Ana Carolina Basso Schmitt

**Anexo 9: TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR****TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR**

Eu, Elaine Cristina Alves Pereira, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Fatores associados à qualidade do sono em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa”, assumo a responsabilidade de manter em sigilo absoluto os dados coletados da pesquisa “Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa”, da pesquisadora Ana Carolina Basso Schmitt.

São Paulo, 29 de janeiro de 2008.

Elaine Cristina Alves Pereira

Elaine Cristina Alves Pereira

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)