

ISABEL CRISTINA ESPOSITO SORPRESO

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA
TRANSIÇÃO PARA MENOPAUSA E PÓS-
MENOPAUSA**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ginecologia

São Paulo

2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

ISABEL CRISTINA ESPOSITO SORPRESO

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA
TRANSIÇÃO PARA MENOPAUSA E PÓS-
MENOPAUSA**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências pelo
Programa de Pós-Graduação em Ginecologia

Orientador: Prof. Dr. José Maria Soares Jr

Co-orientadores:

Prof. Dr. Edmund Chada Baracat

Dra. Márcia Gaspar Nunes

São Paulo

2010

Sorpreso, Isabel Cristina Esposito

Atenção Integral à saúde da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa / Isabel Cristina Esposito Sorpreso - São Paulo, 2010.

xxi, 121 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ginecologia.

Integral attention for women health during the menopausal transition and postmenopause.

1. Atenção integral 2. Saúde da mulher. 3. Transição para menopausa. 4. Pós-menopausa.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA**

Chefe do Departamento

Prof. Dr. Afonso Celso Pinto Nazário

Coordenador do Curso de Pós-Graduação

Prof. Dr. Ismael Dale Cotrim Guerreiro da Silva

ISABEL CRISTINA ESPOSITO SORPRESO

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NA
TRANSIÇÃO PARA MENOPAUSA E PÓS-
MENOPAUSA**

Presidente da banca:

Prof. Dr. José Maria Soares Jr

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Guilherme Zabeu Rossi

Profa. Dra. Angela Maggio da Fonseca

Prof. Dr. Edmund Chada Baracat

Prof. Dr. Nilo Bozzini

Suplentes:

Prof. Dr. Mauro Abi Haidar

Prof. Dr. Reginaldo Guedes Coelho Lopes

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado:

A Deus,

Pela graça da vida e às bençãos recebidas por cada dia.

Aos meus pais,

Pela presença e dedicação constante, amor, estímulo e ensinamentos que se tornaram fundamental na minha formação moral e profissional.

Ao meu marido,

Pelo apoio e incentivo em todos os momentos durante a realização deste trabalho e pelo amor e companheirismo que tornam minha vida mais completa e feliz.

Aos meus familiares,

Pelo carinho e pela amizade que sempre demonstraram.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. José Maria Soares Junior,

Pela sua dedicação em ensinar, pelo incentivo constante, pela orientação, pela amizade e pelo apoio científico e humano durante todo este tempo de convívio.

Ao Prof. Dr. Edmund Chada Baracat,

Pela atenção e incentivo nas orientações e exemplo de dedicação ao ensino e à pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP-EPM** por ter me recebido como aluna do Programa de Pós-Graduação em Ginecologia, possibilitando minha titulação.

Ao **Prof. Dr. Eduardo Leme Alves da Motta**, pelos ensinamentos, atenção e apoio na Disciplina de Ginecologia Endócrina e Transição Menopausal.

Ao **Prof. Dr. Mauro Abi Haidar**, pela acolhida e apoio na Disciplina de Ginecologia Endócrina e Transição Menopausal.

Ao **Prof. Dr Afonso Nazário**, pela sua dedicação ao ensino e pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Manoel João Batista Castello Girão**, pelo exemplo de dedicação ao ensino e pesquisa.

Ao **Prof. Dr. Ismael Dale Cotrim Guerreiro** pela atenção e incentivo.

Ao **Prof. Dr. Geraldo Rodrigues de Lima**, pelo exemplo de profissional.

Aos demais, **Docentes da Disciplina de Ginecologia Endócrina e Transição Menopausal, Dr^a Rita Dardes, Dr. Cláudio Bonduki, Dr^a Márcia Gaspar Nunes, Dr. Ivaldo Silva** pelas orientações, ensinamentos e convívio na vida universitária.

Aos amigos e Pós-graduandos da Disciplina de Ginecologia Endócrina e Transição Menopausal, com os quais compartilhei o aprendizado, as responsabilidades e o entusiasmo da Pós-Graduação.

Aos demais funcionários da Disciplina de Ginecologia Endócrina e Transição Menopausal: **Valéria dos Santos Medina, Karin Martins dos Santos, Zélia Maria Gomes Macedo, Maria Cecília dos Santos** pelo apoio e incentivo.

Às voluntárias que participaram nesta tese, sem as quais este trabalho não seria possível.

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores que influenciam a saúde, bem como a aplicação de ações em atenção primária por equipe multidisciplinar em mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa. Material e Métodos: O Programa Integral de Atenção à Mulher no Climatério (PIAC) foi desenvolvido no Setor de Transição para Menopausa e Pós-Menopausa da Disciplina de Endocrinologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e resultou em dois estudos. Estudo I: Transversal com aplicação do IMK, WHQ, MSHQ e questionário de frequência alimentar por equipe multidisciplinar com participação de 115 mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa entre 40 e 70 anos através de convocação verbal no período de junho a agosto de 2006. Estudo II: Prospectivo com aplicação do IMK e WHQ e avaliação clínica-ginecológica com sessões de orientação por equipe multidisciplinar. Participaram deste estudo 69 pacientes divididas em grupos de pós-menopausa precoce e tardia com acompanhamento de janeiro a dezembro de 2007. Resultados: Não houve diferenças nas características clínicas, capacidade funcional, qualidade de vidas nas mulheres durante a transição para menopausa e pós-menopausa. Houve maior consumo de carboidrato entre as mulheres na pós-menopausa. Não encontramos diferenças significantes das ações em atenção primária à saúde em comparação aos grupos precoce e tardia. Entretanto, houve melhora em cada grupo nos sintomas menopausais, principalmente vasomotores na pós-menopausa tardia. Além disso, observamos melhora dos parâmetros antropométricos nos dois grupos, sem repercussões no perfil lipídico e glicêmico, bem como na qualidade de vida. Conclusão: As mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa apresentaram condições de saúde inadequadas e sem diferenças clínicas, sociodemográficas e qualidade de vida significantes entre os diferentes estágios hormonais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the factors that may influence the health of women during the menopausal transition and postmenopausal women as well as the primary attention actions with multiprofessional group in early and late postmenopause. Material e Methods: The Integral Attention Programme for climateric women (PIAC) of Menopausal transition and postmenopause outpatient section of Endocrinology Gynecology division of Gynecology Department of Federal University of São Paulo (UNIFESP). We elaborated two aims: Study I: Prospective and transversal section with multiprofessional group that applied IMK, WHQ, MSHQ and nutritional questionnaires. The total of participants were: menopausal transition (n= 48) and postmenopause (n=67) through verbal calling. The study was from June to August, 2006. Study II: propective Trial with orientation section of multiprofessional time and was evaluated using the medical history and physical examination as well as IMK and WHQ questionnaires. We included 69 patients divided into two groups: early postmenopause (n=32) and late postmenopause (n=37). The length of treatment was one year from January to December, 2007. Results: There is not a difference between menopausal transition and postmenopause in the clinical queries, functional capacity and quality of life in Study I. However, there was high carbohydrate consumption in postmenopause compared to menopausal transition. In Study II, We did not find any significant differences in the influence of primary attention action when compared early postmenopause to late one. However, there was a decrease in menopausal symptoms in late postmenopause group, mainly in vasomotor symptoms. Also, the improvement in physical parameters of both groups was observed without any amelioration in lipid and glucose profile as well as in the quality of life. Conclusion: Women during the menopausal transition and postmenopause had similar and inadequate health state in the analyzed parameters.

SUMÁRIO

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos especiais	vii
Agradecimentos	ix
Resumo	xii
Abstract	xiv
Sumário	xvi
Lista de Tabelas	xviii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xx
1. Introdução	1
2. Objetivos	14
3. Casuística e Métodos	16
4. Resultados	26
5. Discussão	38
6. Conclusões	50
7. Referências	52
8. Anexos	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tabela 1 - Características clínicas das participantes do estudo (média ± desvio padrão)	26
Tabela 2	Tabela 2 – Características das participantes do estudo (média ± desvio-padrão) quanto ao IMK, Capacidade Funcional e WHQ	27
Tabela 3	Tabela 3 – Características das participantes do estudo quanto à frequência nutricional	28
Tabela 4	Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007	30
Tabela 5	Tabela 5 – Parâmetros bioquímicos e físicos das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007	32
Tabela 6	Tabela 6 – Sintomas menopausais das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007	34
Tabela 7	Tabela 7 – Domínios do WHQ entre as pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abreviaturas	Descrição
CA	Circunferência abdominal
IMC	Índice de massa corpórea
IMK	Índice Menopausal de Kupperman-Blatt
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
LH	Hormônio luteinizante
FSH	Hormônio folículo-estimulante
HDL	Lipoproteína de alta densidade
MHAQ	Modificated Stanford Health Assesment Questionnaire
NAMS	North American Menopause Society
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PIAC	Programa Integral de Atenção à Mulher no Climatério
STRAW	Study Reproductive Aging Women's
SWAN	Study Women's Health Across The Nation
WHI	Women's Health Iniciative
WHQ	Women's Health Questionnaire
TSH	Hormônio tireoestimulante
VLDL	Lipoproteína de muito baixa intensidade

O envelhecimento populacional ocorre em vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. A expectativa de vida para as mulheres no Brasil é de 75,6 anos (CARVALHO e RODRIGUEZ-WONG, 2008). Em todos os países, há maior expectativa de vida da população feminina que convive com enfermidades ou afecções ao longo dos anos (MATHERS et al, 2001). Portanto, estudos sobre a saúde das mulheres são essenciais, bem como medidas que melhorem as comorbidades e incrementem a qualidade de vida (MATHERS et al, 2004; DE LORENZI e BARACAT, 2005).

No Brasil, as projeções demonstram que no ano de 2025, 15% da população estará com mais de 65 anos. Esse fenômeno também irá se repetir em outros países em desenvolvimento (KALACHE et al, 1987; MATHERS et al, 2004; CARVALHO e RODRIGUEZ-WONG, 2008). Outro aspecto importante que deve ser salientado é a feminilização da esperança de vida neste século, ou seja, haverá predominância do número de mulheres em relação aos homens na mesma faixa etária. Na região metropolitana de São Paulo, a esperança de vida feminina é de aproximadamente 74 anos, enquanto a masculina é de cerca 7,5 anos menos (CARVALHO e RODRIGUEZ-WONG, 2008). Desse modo, práticas na saúde pública devem ser direcionadas para atender a parcela feminina, principalmente na transição para menopausa e pós-menopausa (PINOTTI et al, 2000; DE LORENZI e BARACAT, 2005).

Número expressivo de mulheres experimenta as alterações hormonais da transição para menopausa e pós-menopausa. Elas procuraram cada vez mais os serviços de saúde específicos para tratamento das repercussões do

hipoestrogenismo na saúde e na qualidade de vida (DE LORENZI e BARACAT, 2005).

O climatério foi, durante muito tempo, definido como sendo o período de transição da fase reprodutiva da vida da mulher para a senectude. A palavra é derivada do grego (*klimaktēr*), e significa ponto crítico máximo (SPEROFF e FRITZ, 2005). Contudo, tem conotação negativa e se tornou amplo e, muitas vezes, confundido como único estágio de vida da mulher (UTIAN,1999; SOULES et al, 2001). Por essa razão, houve necessidade de pesquisar nova nomenclatura que separasse os diferentes estágios da mulher, incluindo as dosagens hormonais (SOULES et al, 2001).

MCKLINLEY et al (1992) estabeleceram a correlação entre os níveis hormonais da mulher no climatério (40 a 55 anos) e a ocorrência dos seguintes sintomas: fogachos, sudorese fria, vertigem, humor depressivo, cefaléia, insônia, palpitações, fraqueza, artralgia, problemas menstruais, retenção hídrica, dificuldade de concentração, nervosismo, formigamento, distúrbios urinários e outras disfunções. Propuseram separar o climatério em subgrupos: perimenopausa e pós-menopausa.

UTIAN (1999), no Consenso Internacional da Sociedade de Menopausa, chamou a atenção sobre as controvérsias do termo climatério. Na ocasião, a North American Menopause Society (NAMS) definiu a seguinte terminologia para os períodos reprodutivos e não reprodutivos da mulher adulta: pré-menopausa, transição para menopausa e pós-menopausa. Reforçou a importância de abandonar o termo climatério, por considerá-lo como não acadêmico e controverso.

GOLD et al (2000) participaram do “Study Women’s Health Across The Nation (SWAN)” e conduziram estudo em sete áreas geográficas dos Estados Unidos. Empregaram a nova classificação dos estágios reprodutivos e não reprodutivos: transição para menopausa e pós-menopausa. Dessa maneira, nesse período, esses investigadores não empregaram o termo climatério.

Em estudo posterior, denominado de “Study Reproductive Aging Women’s (STRAW)”, quatro sociedades americanas estabeleceram novo sistema de classificação para o período reprodutivo da mulher em sete estágios, com início na menarca e baseada nos ciclos menstruais, endocrinologia, determinações bioquímicas, fertilidade, sinais e sintomas nos órgãos não genitais e alterações na anatomia uterina e ovariana. A transição para menopausa e a pós-menopausa ganhou destaque, sendo empregada mundialmente (SOULES et al, 2001). Alguns investigadores sugeriram o uso destes termos e o abandono das denominações perimenopausa e climatério (SOULES et al, 2001; ARROYO, 2005; PINKERTON e ZION, 2006).

A transição para menopausa consiste em dois períodos que antecedem o último período menstrual estabelecido como o marco zero. A transição para menopausa foi dividida em estágio precoce (-2) e tardio (-1) (SOULES et al, 2001).

O estágio precoce (-2) é caracterizado por ciclos menstruais regulares (intervalos de 21 a 35 dias) com mudança na duração (sete ou mais dias) e níveis de hormônio folículo-estimulante (FSH) em flutuação com elevação gradual sem nível estabelecido com valor acima de 10mIU/ml medido entre o segundo e quinto dia do ciclo menstrual (SOULES et al, 2001).

No estágio tardio (-1), os ciclos menstruais são irregulares e com intervalos longos (≥ 60 dias), aumento de FSH, diminuição do nível de estradiol, ainda em torno de 80pg/mL até o período menstrual final (SOULES et al, 2001).

GRACIA et al (2005) redefiniram os estágios reprodutivos em cinco, chamado de PENN-5, em vez de quatro estágios como apresentados nos estudos SWAN (GOLD et al, 2000) e STRAW (SOULES et al, 2001). Compararam os níveis hormonais de inibina B, FSH, hormônio luteinizante (LH) e estradiol. Adicionaram mais um estágio na pré-menopausa: tardio (antes da transição para menopausa) e reforçaram a importância da mudança dos níveis de inibina B e FSH, antes mesmo da queda do nível de estradiol para identificar, posteriormente, a transição para menopausa.

A menopausa é o evento que ocorre no fim da transição para menopausa e o marco para o início da pós-menopausa. É reconhecida após 12 meses de amenorréia (SOULES et al, 2001; BARACAT et al, 2005). Em países desenvolvidos, ocorre ao redor de 52 anos (MCKLINLEY et al, 1992; GOLD et al, 2000; DENNERSTEIN et al, 2007) e em países em desenvolvimento aos 50 anos (GUPTA et al, 2006A; LOUTFY et al, 2006; KARAÇAM e SEKER, 2007). No Brasil, entre os 48 e 50 anos (PEDRO et al, 2003; BARACAT et al, 2005). DE LORENZI et al (2005) encontraram resultados semelhantes em estudo conduzido em Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. É considerada precoce antes dos 40 anos e tardia após 55 anos (BARACAT et al, 2005).

A pós-menopausa tem menos nuances em relação à inibina B do que com a transição para menopausa, conforme relato de GRACIA et al (2005). O estágio inicia-se a partir do último período menstrual, menopausa (0). Pode ser

dividido em precoce (+1) e tardio (+2) (SOULES et al, 2001; GRACIA et al, 2005).

A pós-menopausa precoce é definida como o período de cinco anos a partir da menopausa. Os níveis de FSH permanecem elevados com o declínio progressivo do estradiol e maior aceleração da perda óssea. A fase tardia se inicia após cinco anos e vai até a senectude (SOULES et al, 2001; GRACIA et al, 2005).

Diversos trabalhos que utilizaram os novos estadiamentos (DENNERSTEIN et al, 2004; GUPTA et al, 2006A; ELSABAGH et al, 2007; PITKIN et al, 2007; DENNERSTEIN et al, 2007; SMITH-DIJULIO et al, 2008; PÉREZ et al, 2009; HACHUL et al, 2009) analisaram as modificações biopsicossociais existentes nesses diferentes estágios.

Essas mudanças incluem artralgia, mialgia, fogachos, sudorese, taquicardia, nervosismo, (GOLD et al, 2000; PÉREZ et al, 2009), alterações do sono (HACHUL et al, 2009), cefaléia, formigamento, fadiga, melancolia e alterações do humor (DENNERSTAIN et al, 2004; VESCO et al, 2007), alterações gastrointestinais (mudança no hábito intestinal, flatulência e indigestão) (ALDER, 2002), queda de cabelo e alterações de pele (ALDER, 2002; LOUTFY et al, 2006), secura vaginal (SCHNATZ et al, 2006; GUPTA et al, 2006A), mastalgia (SCHNATZ et al, 2006), modificações na libido (THUNELL et al, 2004), alterações de peso (SCHNATZ et al, 2006; EVANS e RACETTE, 2006) e cognição (SCHNATZ et al, 2006; ELSABAGH et al, 2007; MARINHO et al, 2008). Em médio e longo prazo, essas mudanças são observadas nos sistemas: geniturinário (SARTORI et al, 1999), ósseo (CHAN

et al, 2005; BIANCHI et al, 2005) e cardiovascular (NAHAS et al, 2003; JAKOBSEN et al, 2004).

Os sintomas menopausais manifestam-se em maior ou menor grau, conforme o estágio hormonal (SANTORO, 2005), etnia (GOLD et al, 2000; AVIS et al, 2001), fatores culturais (GONÇALVES et al, 2003) e aspectos psicossociais (HUNTER et al, 1986; AVIS et al, 2004). Por isto, há a necessidade de se considerar vários aspectos na sua avaliação e no acompanhamento das mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa.

Os elementos clínicos, sociodemográficos, aspectos psicossociais e étnicos apresentados nos estudos mostram aos profissionais de saúde que atuam em atenção primária na saúde da mulher, os fatores que interferem na saúde e no bem-estar nessas fases da vida (GOLD et al, 2000; AVIS et al, 2001; DENNERSTEIN et al, 2007).

A atenção à saúde da mulher na transição para menopausa e na pós-menopausa visa atividades de prevenção de saúde da mulher (PINOTTI et al, 2000) e devem se desenvolver, fundamentalmente, em âmbito da atenção primária e no trabalho multiprofissional ou multidisciplinar para otimização dos tratamentos nesses períodos (OSIS, 1998; O'CONNELL, 2005).

Projetos em saúde da mulher na transição para menopausa e na pós-menopausa oferecem excelente oportunidade para aumentar seus conhecimentos e encorajá-las a serem ativas na prevenção de doenças e promoção de sua própria saúde (OSIS, 1998; HUNTER e O'DEA, 1999; TOOBERT et al, 2000; ROTEM et al, 2005; ANDERSON et al, 2006; KULLER et al, 2006; TREMBLAY et al, 2008).

Deve-se ainda salientar que a definição de promoção de saúde é a combinação de fatores ou ações multidisciplinares que tem efeito particular no indivíduo em determinado período (REYS-MORALES, 2009). Promover saúde da mulher, na transição para menopausa e na pós-menopausa, requer identificar elementos que influenciam a qualidade de vida e a saúde (OSIS, 1998). Ao mesmo tempo, deve-se ainda definir linhas de ação em médio e em longo prazo de acordo com as necessidades (DENNERSTAIN et al, 2007).

A terapia hormonal é a clássica abordagem terapêutica para as mulheres na transição para menopausa e na pós-menopausa. Contudo, há riscos no emprego estroprogestativo em algumas mulheres. O estudo Women's Health Initiative (WHI) (PRADHAN et al, 2002) mostrou haver aumento do risco para infarto, tromboembolismo e câncer de mama em usuárias de terapia hormonal combinada, independente da faixa etária das mulheres na pós-menopausa. Vários investigadores procuram alternativas para manter a saúde da mulher na transição para menopausa e na pós-menopausa após o WHI, visando amenizar os sintomas menopausais (ROLNICK et al, 2007; BAIR et al, 2008). É oportuno salientar que o NAMS recomenda primeiramente mudança no estilo de vida, uso de isoflavonas e inibidores da recaptção de serotonina como alternativas para terapia hormonal, principalmente nos casos leves a moderados (NAMS, 2010).

O uso de terapêuticas como os inibidores da recaptção de serotonina (GORDON et al, 2006), isoflavonas (FAURE et al, 2002), substâncias herbais (KRONENBERG e FUGH-BERGMAN, 2002; HAN et al, 2002, KAARI et al, 2006; SLUIJS et al, 2007), acupuntura (ALFHAILY e EWIES, 2007) foram empregadas para amenizar os sintomas menopausais. Contudo, os

tratamentos apresentam também efeitos colaterais negativos e custos que podem impossibilitar o uso em muitas mulheres (UTIAN, 2005).

Há necessidade dos profissionais de saúde se familiarizarem com os sintomas mais específicos da menopausa que podem ter impacto na vida das mulheres seguindo para elaboração de estratégias que visam melhorar a qualidade de vida e manter a saúde dessa população (SCHNATZ et al, 2006).

De acordo com OSIS (1998) a implantação de novo programa de atenção a mulher deveria ser iniciada por reciclagem completa tanto do pessoal envolvido no contato direto com a prestação dos serviços, quanto do pessoal responsável pela supervisão e coordenação programática.

Os fatores que interferem na saúde da mulher nos períodos de transição menopausal e pós-menopausa têm sido relatados: sintomas menopausais, principalmente vasomotores (WHITEMAN et al, 2003A; PINKERTON e ZION, 2006; APPLING et al, 2007), sobrepeso (WHITEMAN et al, 2003B; NICKLAS et al, 2003; DUBNOV-RAZ et al, 2007; DALEY et al, 2007), fatores de risco cardiovascular (CARELS et al, 2004; OLIVEIRA e MANCINI FILHO, 2005), osteoporose (CHAN et al, 2005; BOHATY et al, 2008). Todos encontram-se relacionados à qualidade de vida e ao estilo de vida (hábitos alimentares, tabagismo, atividade física) (AVIS et al, 2004; ASBURY et al, 2006; MISHRA e KUH, 2006; DENNERSTAIN et al, 2007; DORJGOCHOO et al, 2008).

Os sintomas vasomotores têm sido citados como o mais freqüente sintoma tanto na transição para menopausa quanto na pós-menopausa (GOLD et al, 2000; SCHNATZ, 2006; PINKERTON e ZION, 2006). A ocorrência do sintoma se deve, principalmente, a flutuação hormonal do FSH (UTIAN, 2005)

e também as alterações bioquímicas no sistema nervoso central (SANTORO, 2005, MARINHO et al, 2008).

Outros sintomas menopausais também têm sido relatados como indicadores de saúde como alterações do humor (DENNERSTEIN, 2004; FREY et al, 2008), libido, artralgia e dispareunia e secura vaginal (GUPTA et al, 2006A).

O ganho de peso é outro aspecto de saúde importante nessa fase da vida (EVANS e RACETTE, 2006; DORJGOCHOO et al,2008). A alteração está relacionada à maior prevalência de alguns sintomas menopausais e aos indicadores negativos de qualidade de vida (WILLIAMS et al, 2009). As mulheres estão sujeitas ao maior risco de desenvolver obesidade, resistência insulínica, disfunção endotelial, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares (BERDAH, 2006; GUPTA et al, 2006B).

O estilo de vida das mulheres na transição para menopausa e na pós-menopausa interfere nos sintomas menopausais (DE LORENZI et al, 2005; DUBNOV-RAZ et al, 2007; KARAÇAM e SEKER, 2007). O tabagismo tem sido relacionado como indicador de sintoma menopausal e piora na qualidade de vida (GOLD et al, 2000; SABIA et al, 2008).

O sedentarismo mostrou ser fator predisponente na intensidade de sintomas menopausais e tem impacto negativo na qualidade de vida (GOLD et al, 2000; WILLIAMS et al, 2009). O hábito alimentar inadequado está relacionado ao desenvolvimento da obesidade e risco de doença cardiovascular (OLIVEIRA e MANCINI FILHO, 2005; GUPTA et al, 2006B). Estudos têm mostrado a importância da ingestão de cálcio adequada na

transição para menopausa e pós-menopausa para amenizar a perda de massa óssea e diminuir o risco de fratura osteoporótica (MONTILLA et al, 2003; BOHATY et al, 2008; WILLIAMS et al, 2009).

Os programas existentes para mulheres nessas fases examinam vários fatores: mudanças nos hábitos de vida, conhecimento sobre menopausa, atitudes e esclarecimento sobre os sintomas (HUNTER et al, 1986; HUNTER e O'DEA, 1999; ROTEM et al, 2005) têm influência na saúde e na qualidade de vida (DENNERSTEIN et al, 2004; SATOH e OHASHI, 2005; PITKIN et al, 2007).

UTIAN (2005) aponta outros fatores como o estado civil (divórcio e falecimento do companheiro), os filhos saindo de casa (síndrome do ninho vazio), falecimento e envelhecimento dos pais e entes queridos, diminuição da produtividade relacionada ao emprego e modificação da própria imagem como aspectos que podem ter impacto na saúde das mulheres na transição para menopausa e na pós-menopausa.

Os tópicos, citados acima, foram abordados em grupos de orientações multidisciplinares em serviços de atenção primária a saúde da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa em estudos relacionados em outros países (LIAO e HUNTER, 1998; NICKLAS et al, 2003; KEEFER e BLANCHARD, 2005; KULLER et al, 2006; DORMIRE e HOWHARN, 2007).

Estudos com mulheres maduras têm mostrado a importância de intervenções com formação de grupos de discussão à respeito da menopausa, manejo de situações de estresse, comportamentos saudáveis como a cessação do fumo, exercícios físicos e dieta com melhora na qualidade de vida (HUSTON et al, 2009).

O termo qualidade de vida é discutido na literatura médica principalmente em ensaios clínicos (CHASSANY et al, 2002; PITKIN et al, 2007). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida: “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive considerando seus objetivos, expectativas” (WHO, 1998).

Investigadores têm discutido a dificuldade de se definir qualidade de vida e referem ser parâmetro subjetivo, o que dificulta a análise dos dados e as implementações dessas medidas na comunidade (ALDER, 2002; SCHENNEIDER, 2002; UTIAN, 2005).

Alguns instrumentos têm sido utilizados para aferir e quantificar qualidade de vida (GREENE, 1998; HUNTER, 1992; HILDITCH et al, 1996; SCHENEIDER et al, 2000; JACOBS et al, 2000; UTIAN et al, 2002; ZÖLLNER et al, 2005), mostrando a importância de se individualizar a população estudada e evidenciar fatores relacionados à qualidade de vida (ALDER, 2002; SCHENNEIDER, 2002; UTIAN, 2005).

E ainda, autores conceituam fatores relacionados à qualidade de vida como a soma de todos os aspectos de saúde que tenham impacto na vida do paciente, com um senso global de bem-estar que pode ser avaliado através de instrumentos (CHASSANY et al, 2002; ALDER, 2002; SCHENNEIDER, 2002). Todos esses fatores derivam do conceito de saúde da OMS que diz: “saúde é o estado global do físico, mental e bem-estar social não necessariamente na ausência total de doença” (WHO, 1998).

UTIAN (2005) enfatiza a necessidade do acesso global a saúde da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa, considerando sintomas somáticos, psicológicos e circunstâncias da vida.

Deve-se ainda salientar que há ainda controvérsias na eficácia dos programas psicoeducacionais quanto à influência nos sintomas menopausais (KEEFER e BLANCHARD, 2005; TREMBLAY et al, 2008). Parte disto se deve a inadequação metodológica e o uso de parâmetros subjetivos (TREMBLAY et al, 2008).

Em relação aos estudos de educação em saúde, a introdução de hábitos de vida saudáveis, a orientação de parar com o tabagismo e alcoolismo, bem como o incentivo a atividade física são eficientes no controle do peso, na redução do uso de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica e na diminuição de fatores relacionados ao risco de doenças cardiovasculares (TOOBERT et al, 2000; TEOMAN e ACAR, 2004; BARNETT e SPINKS, 2007; ROSE et al, 2007).

Considerando os aspectos biopsicossociais que interferem na vida da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa, bem como a influência destes fatores na sintomatologia clínica, houve necessidade de se avaliar a população que atendemos e buscar alternativas saudáveis para as mulheres nestas fases da vida. Portanto, a proposta deste estudo foi identificar aspectos que envolvem a atenção primária por equipe multidisciplinar na transição para menopausa e pós-menopausa, e implantar medidas que possam influenciar positivamente na saúde das mulheres.

2 - OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar fatores que influenciam a saúde em atenção primária por equipe multidisciplinar em mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa.

Objetivos específicos

Avaliar as características clínicas, os hábitos nutricionais, capacidade funcional e qualidade de vida das mulheres durante a transição para menopausa e pós-menopausa (Estudo I).

Verificar sintomas menopausais, parâmetros físicos e laboratoriais, qualidade de vida na pós-menopausa precoce e tardia, por equipe multidisciplinar após aplicação das medidas de atenção primária à saúde (Estudo II).

3.1 - Casuística do Estudo I

Este estudo faz parte do Programa Integral de Atenção à Mulher no Climatério (PIAC), desenvolvido no Setor de Transição para Menopausa e Pós-Menopausa da Disciplina de Endocrinologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia, da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM). Consiste em projeto multidisciplinar que visa fornecer orientações de prevenção à saúde na transição para menopausa e pós-menopausa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP-EPM, número 0283-05 (anexo A) e aceito para publicação na revista *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology* (anexo B), conforme artigo mantido anexo C. Foram identificados aspectos clínicos, físicos, nutricionais e de qualidade de vida que podem interferir na saúde das mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa.

Os critérios de não-inclusão neste estudo foram: uso de terapia hormonal nos últimos seis meses; uso de soja e seus derivados, como outras substâncias herbais; neoplasia conhecida ou suspeita; doença renal, disfunção da tireóide ou hepática; acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio; tabagismo (>10 cigarros/dia); hiperprolactinemia; distúrbio tromboembólico recente; diabetes melito; hipertensão arterial sistêmica (>140 mmHg para sistólica e >90mmHg para a diastólica); idade inferior a 40 anos (menopausa precoce). As mulheres não incluídas foram encaminhadas para ambulatórios específicos da UNIFESP para avaliação e acompanhamento adequados.

A idade das participantes incluídas variou de 40 a 70 anos e o recrutamento foi feito por convocação verbal no período de junho a agosto de

2006. Após explicação sobre o estudo, 115 mulheres (anexo D) concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Após isto, foram divididas em dois grupos, conforme os ciclos menstruais e estado hormonal: GI – transição para menopausa (n=48); GII - pós-menopausa (n=67) que foi caracterizada pela ausência de menstruação por mais de um ano.

3.2 - Métodos do estudo I

Trata-se de estudo de corte transversal que consistiu na aplicação de questionários que incluíram o Índice Menopausal de “Kupperman-Blatt” (IMK) (KUPPERMAN et al, 1953), “Women’s Health Questionnaire” (WHQ) (HUNTER, 1992), avaliação de frequência alimentar (SICHIERI, 1998) e “Modified Stanford Health Assessment Questionnaire” - MHAQ–Brasil (versão simplificada, modificada e validada) (DA MOTA et al, 2003) aplicados em todas as voluntárias deste estudo. As participantes também foram submetidas tanto ao exame clínico quanto ao ginecológico. Também foram coletados dados epidemiológicos que incluíram estados: civil e econômico (condição da voluntária estar ou não empregada).

O IMK (desenvolvido em 1953) é empregado em vários estudos para avaliar a severidade dos sintomas menopausais (HAN et al, 2002, KAARI et al, 2006). O índice inclui 11 categorias: vasomotor, parestesia, insônia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e formigamento. Cada categoria é calculada numa escala de quatro pontos, em que zero seria assintomática e quatro seria acentuado em relação ao sintoma. O total de pontos em cada item avalia a severidade dos sintomas

menopausais que pode variar de 0 a 51 pontos e quanto maior a pontuação mais grave a queixa. Os sintomas são classificados em: a) leve (abaixo de 19 pontos); b) moderado (entre 20 a 35) e; c) acentuado (acima de 35 pontos).

O WHQ foi o primeiro questionário a ser incluído no International Health-related Quality of Life Outcomes Database (HUNTER, 2003). Foi validado no Brasil com a finalidade de ser questionário de avaliação do estado de saúde da mulher. É de fácil compreensão e de aplicação simples (SILVA FILHO et al, 2005). São 36 questões divididas em nove domínios: humor depressivo (sete questões), sintomas somáticos (sete), ansiedade/temores (quatro), sintomas vasomotores (dois), problemas de sono (três), comportamento sexual (três), sintomas menstruais (quatro), memória/concentração (três) e atratividade (três questões). Cada questão contém uma resposta com escala de zero a quatro pontos. Os pontos são somados e divididos pelo número de questões correspondentes a cada domínio e transformado numa escala binária de 0 a 1. Quanto maior a escala maior a severidade dos sintomas e disfunções (HUNTER, 1992).

O questionário MHAQ - Brasil permite a avaliação de parâmetros de medidas em ensaios terapêuticos e foi utilizado para aferir a capacidade funcional. Trata-se de instrumento que pode ser auto-administrável ou aplicado por entrevistadores. É composto de oito subescalas que avaliam aspectos distintos da atividade da vida diária da paciente. Cada subescala apresenta duas ou três questões relacionadas às atividades físicas. A paciente foi solicitada a definir o grau de dificuldade que apresentou para realizar determinada atividade física na semana que antecedeu a entrevista e atribui a essa atividade nota que varia de zero (sem qualquer dificuldade) a três

(atividade impossível de ser realizada pela paciente). A nota da subescala equivale à maior nota observada em uma das duas ou três questões. O escore final do instrumento é obtido pela média aritmética das notas das oito subescalas e varia de zero a três.

O questionário de frequência alimentar é baseado no indivíduo. Registra e descreve a ingestão usual com base em lista de diferentes alimentos e em frequência de consumo por dia, mês ou ano. O questionário de frequência alimentar fornece informações qualitativas sobre o consumo alimentar, não fornece dados quantitativos da ingestão de alimentos ou nutrientes. Neste estudo, determinou-se a quantidade de alimento ingerido durante a semana que antecedeu a entrevista e considerou-se positivo a frequência \geq a três vezes por semana.

3.3 - Análise estatística do estudo I

Realizou-se a análise dos dados, estimativas de centro da distribuição e da variabilidade dos resultados para variáveis numéricas: média, desvio padrão e erro padrão para a média. Também foram aplicados os testes estatísticos “t” de “Student” não pareado e χ^2 para comparação dos dados nos grupos estudados, médias e proporções. Fixou-se, em todos os testes, o valor de 0,05 para o nível de significância. O poder de amostra calculado para 90% foi de 40 pacientes por grupo.

3.4 - Casuística do estudo II

Participaram deste estudo 92 mulheres atendidas pelo Programa Integral de Atenção à Mulher no Climatério (PIAC), no Setor de Transição para Menopausa e Pós-Menopausa da Disciplina de Endocrinologia Ginecológica do Departamento de Ginecologia da UNIFESP-EPM. As pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e concordaram em participar do estudo realizado no período de janeiro a dezembro de 2007 (anexo E). O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFESP-EPM.

Todas as mulheres foram submetidas à consulta médica individual e realizaram exames: físico, ginecológico e complementar: a) citologia oncótica, b) ultrassonografia transvaginal; c) mamografia bilateral; d) densiometria óssea; e) bioquímicos: colesterol total e frações, triglicérides, FSH, estradiol, hormônio tireoestimulante (TSH) e glicemia em jejum.

Os critérios de inclusão: mulheres acima de 40 anos com amenorréia de pelo menos 12 meses e dosagem de FSH acima de 35 mUI/mL e estradiol abaixo de 20 pg/mL.

Os critérios de não-inclusão foram: neoplasia ginecológica ativa; desordens trombo-embólicas; insuficiência coronariana; uso atual de terapia hormonal, fitoestrogênios e substâncias herbais; osteoporose; desordens endócrinas de paratireóide e tireóide ativas; síndrome de má absorção; hipertensão arterial sistêmica com uso de mais de dois antihipertensivos; obesidade ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$); doença reumatológica em tratamento; colesterol sérico $> 400 \text{ mg/dL}$ ou triglicéride $> 400 \text{ mg/dl}$; alteração do metabolismo de carboidrato com glicemia de jejum $> 125 \text{ mg/dl}$; espessamento endometrial;

cisto ovariano; abuso de álcool ou drogas ilícitas e doença psiquiátrica em tratamento. Estas mulheres não incluídas foram encaminhadas para ambulatórios específicos da UNIFESP para avaliação e acompanhamento adequados.

Das 92 mulheres, 23 foram excluídas por uso de terapia hormonal atual, osteoporose, doença cardiovascular descompensada, dislipidemia, espessamento endometrial e retirada do termo de consentimento. As 69 mulheres (anexo F) formaram dois grupos de pós-menopausa (SOULES et al, 2001): pós-menopausa precoce (ausência de menstruação >1 ano e ≤5 anos, n= 32) e; pós-menopausa tardia (ausência de menstruação >5 anos, indo até a senectude, n= 37).

3.5 - Métodos do estudo II

As voluntárias receberam orientações que fazem parte do programa de atenção primária que foram realizadas em grupo por meio de palestras sobre hábitos saudáveis, conhecimento, esclarecimento de dúvidas e crenças sobre a menopausa por equipe multiprofissional.

As pacientes retornaram em grupos de 15 a 20, independentes do grupo de pós-menopausa que pertenciam, para sessões de duas horas no ambulatório, com intervalo de 45 dias. Em cada sessão, os tópicos abordados foram: definição de menopausa, transição para menopausa e pós-menopausa, implicações do hipoestrogenismo na saúde, terapia hormonal, terapias alternativas, aspectos psicológicos e físicos (atitudes, manejo de estresse, cigarro e álcool), orientação nutricional e incentivo à caminhada por mais de

três vezes por semana (com duração de pelo menos quarenta minutos). Foram realizadas sete sessões com equipe multiprofissional.

Empregamos dois instrumentos para observar os sintomas menopausais e qualidade de vida: o IMK e o WHQ, descritos anteriormente no estudo I. Para o estudo II foi retirado o domínio sintomas menstruais por se tratar de mulheres na pós-menopausa (HUNTER, 2003). Ainda foram identificados parâmetros antropométricos, como peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal (CA) e pressão arterial sistêmica: pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD).

Foram sete sessões em um ano de estudo. Na sessão de encerramento (sétima sessão), os exames foram entregues, realizou-se discussão aberta das pacientes com a mesma equipe multidisciplinar e a manutenção do acompanhamento em rotina ambulatorial na Instituição.

3.6 – Dosagens laboratoriais

Na primeira e sexta sessões foram coletadas amostras de sangue de veia periférica para dosagem do colesterol total e frações, triglicérides, glicemia em jejum que foram dosados no Laboratório Central da UNIFESP.

3.7 - Análise estatística do Estudo II

Realizou-se a análise dos dados, estimativas de centro da distribuição e da variabilidade dos resultados para variáveis numéricas: média, desvio padrão

e erro padrão para a média. Após avaliação da homogeneidade entre os grupos (teste de Barlett), os seguintes testes foram aplicados:

a) Teste paramétrico “t” de “Student” não pareado para amostras independentes foi aplicado na comparação dos grupos de pós-menopausa precoce e tardia para os itens de idade, idade da menarca, idade da menopausa, bem como em relação ao IMC, CA, peso, colesterol total e na fração LDL, IMK e do WHQ;

b) Teste paramétrico “t” de “Student” pareado para avaliação dos resultados referentes ao IMC, CA, pressão arterial sistêmica, colesterol total e frações, triglicérides, glicemia, peso, IMK e WHQ antes e após as sessões de atenção primária no mesmo grupo.

c) Teste não paramétrico de “Mann-Whitney” na comparação dos grupos de pós-menopausa precoce e tardia, nos seguintes parâmetros valores da fração lipoproteína de alta densidade (HDL) do colesterol, triglicérides e escore do WHQ (antes e depois).

d) Teste de McNemar ou teste de homogeneidade marginal para verificar a mudança de resposta do IMK; teste de Wilcoxon na comparação das medidas do triglicérides (para o grupo tardia), glicemia (para o grupo tardia), pressão arterial sistólica (para os grupos precoce e tardia), pressão arterial diastólica (para os grupos precoce e tardia), escore nos domínios do WHQ para os grupos precoce e tardia antes e após as sessões de atenção primária para cada um dos grupos; teste de Qui-quadrado de Pearson, teste Exato de Fisher ou sua extensão para o estudo da associação entre grupos menopausa precoce e tardia e etnia, estado civil, grau de instrução, profissão, hormonioterapia, atividade sexual, tabagismo atual, doença existente e IMK.

Fixou-se, em todos os testes, o valor de 0,05 para o nível de significância. O poder de amostra calculado para 85% foi de 32 pacientes por grupo.

4.1 – Resultados do estudo I

As características clínicas incluíram idade, IMC, estado civil e condição econômica e estão resumidos na Tabela 1. A média etária das mulheres na transição para menopausa ($48,22 \pm 2,30$) foi menor do que as mulheres na pós-menopausa ($55,10 \pm 3,4$, $p < 0,05$). Não houve diferença estatística entre os grupos quanto ao IMC e ao estado civil. Observaram-se em ambos os grupos a média do IMC acima de 26. A condição de não estar empregada foi significativamente maior no grupo de mulheres na pós-menopausa.

Tabela 1 - Características clínicas das participantes do estudo (média \pm desvio padrão)

Características	Transição para Menopausa (n= 48)	Pós-menopausa (n=67)	p
Idade*(média)(dp)	48,22 \pm 2,30	55,10 \pm 3.4	<0.01
IMC*(média)(dp)	26,66 \pm 5,29	28,2 \pm 6,02	0,15
Estado civil **(%)			0,63
Solteira-viúva	37,50	41,79	
Casada-união consensual	41,67	44,77	
Divorciada-separada	20,83	13,43	
Estado econômico**(%)			0,02
Não empregado	20,83	79,11	
Empregado	79,17	20,89	

* Teste de “t” de Student não pareado. ** Teste de χ^2 .

O IMK, o WHQ e o MHAQ - Brasil estão representados na tabela 2. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 2 – Características das participantes do estudo (média \pm desvio padrão) quanto ao IMK, Capacidade Funcional e WHQ

	Transição para menopausa (n= 48)	Pós-menopausa (n=67)	p
IMK* (média)(dp)	20,83 \pm 24.89	21,32 \pm 21.96	0,86
MHAQ-BR*(média)(dp)	2,88 \pm 1,45	2,8 \pm 1,98	0,87
WHQ*(média)(dp)			
Humor depressivo	17,51 \pm 8,45	17,92 \pm 7,99	0,92
Sintomas somáticos	17,55 \pm 4,43	16,63 \pm 5,12	0,78
Memória/concentração	7,03 \pm 2,33	6,88 \pm 3,21	0,83
Sintomas vasomotores	4,71 \pm 1,95	4,91 \pm 2,06	0,86
Ansiedade/temores	8,41 \pm 2,45	8,15 \pm 2,07	0,79
Comportamento sexual	5,51 \pm 3,45	5,18 \pm 3,99	0,98
Problema do sono	8,03 \pm 2,77	7,98 \pm 2,65	0,94
Sintomas menstruais	8,44 \pm 1,45	-	-
Atratividade	7,50 \pm 4,45	7,42 \pm 2,67	0,77

* Teste “t” de Student” .

As características nutricionais revelaram que houve maior consumo de carboidratos, em especial, na categoria de açúcares entre as mulheres da pós-menopausa ($p < 0,05$). Nos outros itens, não houve diferenças significantes, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Características das participantes do estudo quanto à frequência nutricional

Consumo de alimentos por semana* (%)	Transição para menopausa (n= 48)	Pós-menopausa (n=67)	p
Leite e derivados	83,33	91,04	0,71
Verduras/frutas/sucos	66,67	58,20	0,13
Açúcares	50	98,50	0,002
Arroz, massas e pães	91,67	94,02	0,67
Ovos	37,50	37,31	0,88
Embutidos/frituras/salgados	22,91	31,34	0,28
Café	72,91	85,07	0,70
Carne vermelha	47,91	46,26	0,11

* Teste χ^2 .

4.2 – Resultados do estudo II

Na tabela 4, predominaram as mulheres casadas em ambos os grupos, 65,6% (precoce) e 48,6% (tardia), uma vez que a média etária (anos) total foi de 56,2. As viúvas foram mais presentes em 27,0% no grupo de pós-menopausa tardia. O grau de instrução de ambos os grupos foi de primeiro grau, 78,1% (precoce) e 67,6% (tardia) que refletiu o estilo de trabalho manual exercido por 78,3% do total das mulheres. No grupo de pós-menopausa precoce a atividade sexual foi mais freqüente (62,5%) e apresentou menos relatos de doenças existentes (50%). Com exceção da média etária das pacientes, os grupos de pós-menopausa precoce e tardia são homogêneos.

Tabela 4 - Distribuição das características sociodemográficas e clínicas das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007

		Pós- menopausa precoce (n=32)	Pós- menopausa tardia (n=37)	Total (n=69)	p
Idade* (anos)	(média) (dp)	52,1 ± 4,3	59,8 ± 5,1	56,2 ± 6,1	<0,001
Idade da menarca* (anos)	(média) (dp)	13,3 ± 1,9	12,6 ± 1,6	12,9 ± 1,8	0,107
Idade da menopausa* (anos)	(média) (dp)	48,8 ± 4,2	47,2 ± 6,5	47,9 ± 5,6	0,202
Etnia**	branca	15 (46,9%)	21 (56,8%)	36 (52,2%)	0,312
	negra	17 (53,1%)	14 (37,8%)	31 (44,9%)	
	amarela	-	2 (5,4%)	2 (2,9%)	
Estado civil**	casada	21 (65,6%)	18 (48,6%)	39 (56,5%)	0,465
	viúva	5 (15,6%)	10 (27,0%)	15 (21,8%)	
	solteira	5 (15,7%)	5 (13,5%)	10 (14,5%)	
	divorciada	1 (3,1%)	4 (10,9%)	5 (7,2%)	
Grau de instrução**	1 grau	25 (78,1%)	25 (67,6%)	50 (72,5%)	0,341
	2 grau/superior	5 (15,6%)	5 (13,5%)	10 (14,5%)	
	analfabeta	2 (6,3%)	7 (18,9%)	9 (13,0%)	
Profissão**	trabalho manual	25 (78,1%)	29 (78,4%)	54 (78,3%)	0,203
	trabalho intelectual	4 (12,5%)	3 (8,1%)	7 (10,1%)	
	aposentada	1 (3,1%)	5 (13,5%)	6 (8,7%)	
	não empregada	2 (6,3%)	-	2 (2,9%)	
Hormonioterapia progressiva***	não	17 (53,1%)	18 (48,6%)	35 (50,7%)	0,811
	sim	15 (46,9%)	19 (51,4%)	34 (49,3%)	
Atividade sexual***	sim	20 (62,5%)	15 (40,5%)	35 (50,7%)	0,092
	não	12 (37,5%)	22 (59,5%)	34 (49,3%)	
Tabagista atual**	não	29 (90,6%)	32 (86,5%)	61 (88,4%)	0,716
	sim	3 (9,4%)	5 (13,5%)	8 (11,6%)	
Doença existente***	sim	16 (50,0%)	26 (70,3%)	42 (60,9%)	0,137
	não	16 (50,0%)	11 (29,7%)	27 (39,1%)	

*Teste t-Student para amostras independentes. ** Teste exato de Fisher ou sua extensão.

***Teste de Qui-quadrado de Pearson.

Na tabela 5, os parâmetros bioquímicos antes e após as orientações, tanto no grupo de pós-menopausa precoce quanto no de tardia, não foram estatisticamente significantes. Em ambos os grupos, nos tempos antes e após, a fração LDL do colesterol permaneceu acima do limite de 130mg/dl.

O grupo de pós-menopausa tardia apresentou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) na fração HDL do colesterol no tempo final. No grupo de pós-menopausa precoce não houve diferença na dosagem do perfil lipídico, triglicérides e glicemia em nenhum dos tempos.

Quanto aos parâmetros físicos (peso, IMC, CA, PAS e PAD), de ambos os grupos, não houve diferença no tempo inicial e final. A média do IMC e da CA nos grupos de pós-menopausa precoce e tardia nos tempos inicial e final foi acima de 25 kg/cm² e 88 cm.

No tempo final, houve diferença estatisticamente significativa na média do peso, IMC, CA e PAD com redução no grupo de pós-menopausa precoce ($p < 0,001$) e na média do peso do grupo de pós-menopausa tardia ($p < 0,001$).

Tabela 5 – Parâmetros bioquímicos e físicos das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007 (média ± desvio padrão da média)

	Pós-menopausa precoce (n=32)			Pós-menopausa tardia (n=37)			antes	após
	antes	após	p	antes	após	p	p	p
Colesterol total	216,4 ±45,2	219,4 ±52,0	0,538 ^b	227,8 ±38,8	223,6 ±39,7	0,338 ^b	0,262 ^a	0,708 ^a
HDL	56,7 ±13,2	50,6 ±11,5	0,013 ^b	60,6 ±20,2	59,6 ±21,3	<0,001 ^b	0,321 ^c	0,021 ^c
LDL	135,4 ±37,1	141,1 ±45,4	0,200 ^b	141,1 ±35,0	141,5 ±29,2	0,910 ^b	0,512 ^a	0,961 ^a
Triglicérides	131,5 ±57,6	126,2 ±59,5	0,985 ^b	142,6 ±71,7	133,2 ±77,3	0,222 ^d	0,639 ^c	0,796 ^c
Glicemia	86,5 ±13,4	89,1 ±15,7	0,357 ^b	93,4 ±24,8	94,8 ±18,6	0,286 ^b	0,111 ^d	0,508 ^d
Peso (Kg)	67,7 ±11,6	65,3 ±11,8	<0,001 ^b	67,9 ±10,9	66,5 ±10,4	<0,001 ^b	0,935 ^a	0,647 ^a
IMC (Kg/cm ²)	29,0 ±4,7	27,9 ±4,7	<0,001 ^b	28,7 ±4,9	28,2 ±4,6	0,022 ^b	0,832 ^a	0,769 ^a
CA (cm)	91,2 ±8,8	89,6 ±8,5	<0,001 ^b	92,4 ±8,9	91,6 ±8,5	0,002 ^b	0,598 ^a	0,316 ^a
PAS (mmHg)	125,9 ±17,6	119,4 ±17,4	0,030 ^b	132,4 ±21,0	126,6 ±19,9	0,038 ^b	0,148 ^d	0,047 ^d
PAD (mmHg)	82,2 ±12,4	75,8 ±9,3	<0,001 ^b	82,4 ±13,0	77,7 ±11,2	0,028 ^b	0,636 ^d	0,929 ^d

^aTeste t-Student não pareado, ^bTeste t-Student pareado. ^cTeste de Mann-Whitney. ^dTeste de Wilcoxon,

Na tabela 6, a média do escore total do IMK, nos grupos de pós-menopausa precoce e tardia, não apresentou diferença significativa no tempo inicial ($p=0,457$) e mantiveram-se semelhantes no tempo final ($p=0,589$). Porém, os dois grupos tiveram redução significativa no decorrer do estudo ($p=0,001$).

O item formigamento, no tempo inicial, foi o único estatisticamente significativo para o grupo de pós-menopausa precoce ($p<0,001$). No tempo final, houve diferença estatística no grupo de pós-menopausa tardia nos sintomas menopausais: vasomotores e nervosismo ($p<0,001$).

Tabela 6 – Sintomas menopausais das pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007

Sintomas	Classificação	Pós-menopausa precoce					Pós-menopausa tardia					antes		após	
		antes		após		p	antes		após		p	p	p		
		n	%	n	%		n	%	n	%					
Vasomotores	Inexistente	10	31,3	15	46,9	0,010 ^e	9	24,3	16	43,2	<0,001 ^e	0,953 ^g	0,999 ^g		
	Leve	13	40,6	14	43,8		16	43,2	17	45,9					
	Moderado	6	18,8	1	3,1		8	21,6	2	5,4					
	Acentuado	3	9,4	2	6,3		4	10,8	2	5,4					
Parestesia	Inexistente	31	96,9	31	96,9	<u>h</u>	36	97,3	37	100,0	0,999 ^e	0,999 ^g	0,464 ^g		
	Leve	1	3,1	1	3,1		1	2,7	-	-					
Insônia	Inexistente	16	50,0	19	59,4	0,109 ^e	11	29,7	19	51,4	0,005 ^e	0,246 ^g	0,679 ^g		
	Leve	7	21,9	8	25,0		14	37,8	9	24,3					
	Moderado	7	21,9	2	6,3		7	18,9	6	16,2					
	Acentuado	2	6,3	3	9,4		5	13,5	3	8,1					
Nervosismo	Inexistente	10	31,3	15	46,9	0,009 ^e	6	16,2	17	45,9	<0,001 ^e	0,257 ^g	0,945 ^g		
	Leve	11	34,4	11	34,4		19	51,4	14	37,8					
	Moderado	8	25,0	6	18,8		11	29,7	5	13,5					
	Acentuado	3	9,4	-	-		1	2,7	1	2,7					
Melancolia	Inexistente	13	40,6	19	59,4	0,109 ^e	16	43,2	22	59,5	0,018 ^e	0,435 ^g	0,999 ^g		
	Leve	14	43,8	8	25,0		12	32,4	9	24,3					
	Moderado	5	15,6	5	15,6		6	16,2	5	13,5					
	Acentuado	-	-	-	-		3	8,1	1	2,7					
Vertigem	Inexistente	17	53,1	25	78,1	<u>h</u>	24	64,9	29	78,4	<u>h</u>	0,723 ^g	>0,999 ^f		
	Leve	14	43,8	7	21,9		12	32,4	8	21,6					
	Moderado	1	3,1	-	-		1	2,7	-	-					
Fraqueza	Inexistente	26	81,3	29	90,6	0,250 ^e	26	70,3	32	86,5	<u>h</u>	0,483 ^g	0,716 ^g		
	Leve	6	18,8	3	9,4		10	27,0	5	13,5					
	Moderado	-	-	-	-		1	2,7	-	-					
Artralgia	Inexistente	6	18,8	13	40,6	0,002 ^e	9	24,3	14	37,8	0,001 ^e	0,393 ^g	0,669 ^g		
	Leve	11	34,4	12	37,5		6	16,2	11	29,7					
	Moderado	13	40,6	6	18,8		18	48,6	8	21,6					
	Acentuado	2	6,3	1	3,1		4	10,8	4	10,8					
Cefaléia	Inexistente	15	46,9	21	65,6	0,055 ^e	12	32,4	20	54,1	0,008 ^e	0,504 ^g	0,786 ^g		
	Leve	11	34,4	6	18,8		16	43,2	9	24,3					
	Moderado	4	12,5	5	15,6		8	21,6	7	18,9					
	Acentuado	2	6,3	-	-		1	2,7	1	2,7					
Palpitação	Inexistente	21	65,6	24	75,0	0,375 ^e	29	78,4	29	78,4	0,999 ^e	0,076 ^g	0,107 ^g		
	Leve	10	31,3	7	21,9		4	10,8	3	8,1					
	Moderado	1	3,1	1	3,1		4	10,8	5	13,5					
Formigamento	Inexistente	15	46,9	23	71,9	0,003 ^e	32	86,5	33	89,2	0,317 ^e	<0,001 ^g	0,092 ^g		
	Leve	14	43,8	7	21,9		2	5,4	2	5,4					
	Moderado	3	9,4	2	6,3		2	5,4	1	2,7					
	Acentuado	-	-	-	-		1	2,7	1	2,7					
Escore total do ÍMK	Média	12,8		8,4		0,001 ^b	14,1		9,4		0,001 ^b	0,457 ^a	0,589 ^a		
	Desvio padrão	6,1		7,1			7,7		8,1						

^aTeste t-Student não pareado. ^bTeste t-Student pareado. ^eTeste de MacNemar. ^hNenhum teste estatístico pode ser aplicado devido a distribuição das categorias dos sintomas. ^gTeste de Fisher ou sua extensão. ^fTeste de Qui-quadrado.

Na tabela 7, não foram identificadas diferenças estatisticamente significante entre os grupos de pós-menopausa precoce e tardia nos tempos inicial e final nos domínios do WHQ. As mulheres, em ambos os grupos, mantiveram os mesmos escores no momento inicial e final que mostram o possível comprometimento da qualidade de vida. Os domínios mais percebidos pelas pacientes nos dois grupos, no tempo inicial e final, foram: humor depressivo, atratividade e sintomas vasomotores. Houve redução significativa no escore do domínio humor depressivo nos dois grupos ($p < 0,001$) no tempo final.

Tabela 7 – Domínios do WHQ entre as pacientes do grupo de pós-menopausa precoce e tardia, atendidas no Ambulatório de Transição para Menopausa e Pós-menopausa da UNIFESP, no período de janeiro a dezembro de 2007

	Pós-menopausa precoce (n=32)			Pós-menopausa tardia (n=37)			antes	após
	antes	após	p	antes	após	p	p	p
Humor depressivo	0,8393 ±0,1911	0,7009 ±0,1898	<0,001 ^a	0,8147 ±0,1538	0,6486 ±0,2371	<0,001 ^a	0,556 ^b	0,321 ^b
Sintomas somáticos	0,6295 ±0,2613	0,5402 ±0,2199	0,027 ^a	0,6293 ±0,2925	0,5598 ±0,2437	0,027 ^a	0,999 ^b	0,728 ^b
Memória/ Concentração	0,5833 ±0,3279	0,4896 ±0,3489	0,048 ^a	0,6036 ±0,3499	0,5225 ±0,3646	0,083 ^a	0,806 ^b	0,704 ^b
Sintomas vasomotores	0,7344 ±0,4209	0,5469 ±0,4280	0,022 ^d	0,5270 ±0,4851	0,4054 ±0,4540	0,090 ^d	0,069 ^c	0,179 ^c
Ansiedade/ Temores	0,6953 ±0,2748	0,7031 ±0,2495	0,861 ^a	0,6486 ±0,2973	0,6284 ±0,2803	0,695 ^d	0,557 ^c	0,297 ^c
Comport. Sexual	0,6354 ±0,4004	0,4479 ±0,4026	0,024 ^d	0,6396 ±0,4330	0,4865 ±0,4416	0,040 ^d	0,860 ^c	0,710 ^c
Problemas do sono	0,5313 ±0,3959	0,5000 ±0,3691	0,629 ^a	0,5405 ±0,3456	0,4775 ±0,3561	0,193 ^d	0,970 ^c	0,780 ^c
Atratividade	0,8021 ±0,2659	0,7604 ±0,2277	0,438 ^d	0,7387 ±0,3252	0,6667 ±0,3333	0,096 ^d	0,498 ^c	0,308 ^c

^aTeste t-Student pareado. ^bTeste t-Student não pareado. ^cTeste de Mann-Whitney. ^dTeste de Wilcoxon.

Inicialmente, iremos discutir em separado os dados do estudo I e II.

No primeiro estudo identificamos características clínicas, hábitos nutricionais, capacidade funcional que influenciam a saúde e a qualidade de vida das mulheres na transição para menopausa e na pós-menopausa. Estes parâmetros são essenciais para o planejamento de estratégias em atenção primária que envolvem atendimento multiprofissional, prevenção de doenças, manutenção de saúde e qualidade de vida (OSIS,1998; HUNTER e O'DEA,1999; TOOBERT et al, 2000; ROTEM et al, 2005; ANDERSON et al, 2006; KULLER et al, 2006; TREMBLAY et al, 2008).

Em nossos resultados não identificamos fatores adicionais em relação aos dados do IMK e capacidade funcional, bem como dos domínios do WHQ. Devemos considerar a diferença significativa entre a idade dos grupos e os diferentes estágios hormonais em que se encontram. Alguns estudos mostraram características clínicas similares entre a transição menopausal tardia e pós-menopausa (SATHO e OHASHI, 2005; KARAÇAM e SEKER, 2007).

Havia expectativa de que as mulheres na transição para menopausa teriam o IMK menor que o na pós-menopausa. De acordo com THUNELL et al (2004), os sintomas menopausais, incluindo fogachos, humor depressivo, sono, artralgia e perda da libido aumentaram com a idade em estudo prospectivo de seis anos. O aumento dos sintomas menopausais, principalmente, na transição para menopausa tardia e na pós-menopausa precoce é referido por outros estudos (GOLD et al,2000; PINKERTON e ZION,2006; PEREZ et al, 2009).

Uma explicação seria que as pacientes que participaram tinham sintomas menopausais leves à moderados em ambos os grupos estudados. O estudo feito por SATHO e OHASHI (2005) também não identificou diferenças significantes entre os grupos de transição para menopausa e de pós-menopausa e intensidade dos sintomas semelhantes aos nossos dados. Em concordância com o estudo de PEREZ et al (2009). Além disso, DE LORENZI et al (2005) também observou que aproximadamente 70% das mulheres tinham intensidade leve à moderada nos sintomas avaliados pelo IMK.

A intensidade dos sintomas menopausais são influenciados por aspectos sócio-demográficos e nutricionais como: desemprego, estado civil, escolaridade e nutrição diária (AVIS et al, 2001; DE LORENZI et al, 2005; LOUTFY et al, 2006; SABIA et al, 2008). São pontos que devem ser considerados na atenção primária a saúde. Assim, como os sintomas menopausais e as condições socio-demográficas interferem na qualidade de vida (HUNTER e O´DEA,1999; MISHRA e KUH, 2006; KARAÇAM e SEKER, 2007).

BOBULA (2003) refere piora da qualidade de vida correlacionando os domínios do WHQ com o aumento dos sintomas vasomotores. Outros autores associam diminuição da qualidade de vida com o aumento dos sintomas menopausais (SATHO e OHASHI, 2005; KARAÇAM e SEKER, 2007; WILLIAMS et al, 2009).

É oportuno mencionar que a associação entre dificuldade financeira e os sintomas menopausais, bem como diminuição da qualidade de vida tem sido relatados em vários estudos (GOLD et al, 2000; KARAÇAM e SEKER, 2007; WILLIAMS et al, 2009). Na nossa população, pacientes da pós-menopausa tiveram maior presença de mulheres não empregadas.

A avaliação do WHQ entre os grupos não foi significativa. No entanto, os domínios humor depressivo e sintomas somáticos foram os mais relatados pelas duas populações. Nestes itens, DE LORENZI et al (2006), em estudo de pós-menopausa, descreveram que os domínios somáticos e de humor depressivo no WHQ foram os mais referidos pelas mulheres no sul do país.

A diminuição da qualidade de vida no domínio somático em estudo de MISHRA e KUH (2006) em mulheres na transição para menopausa também foi constatado. PEREZ et al (2009) referem maior presença de sintomas de artralgia e humor depressivo em pacientes na transição para menopausa do que na pós-menopausa.

Outros investigadores mostraram que existe nítida correlação da depressão e o início da transição para menopausa (VESCO et al, 2007; FREY et al, 2008). LOUTFY et al (2006) descrevem alta freqüência de sintomas somáticos em população estudada, entre 50 e 59 anos, como fraqueza, fadiga e cefaléia. Contudo, não observados em nossa população.

As mulheres estudadas estão predispostas às limitações nas atividades diárias que podem predispor a dificuldade laborativa e a piora da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento (GOLD et al, 2000; MISHRA et al, 2003; KARAÇAM e SEKER, 2007). A capacidade funcional avaliada neste estudo não apresentou diferença estatística entre os dois grupos. Entretanto, nota-se que a capacidade funcional das mulheres de ambos os grupos é ruim. Há necessidade de planejamento especial para as mulheres no final do período reprodutivo para amenizar estas repercussões sobre a capacidade funcional antes de chegarem à transição para menopausa.

Outro fator que pode interferir na capacidade funcional e nos sintomas menopausais é o ganho excessivo de peso em relação à idade (DORJGOCHOO et al, 2008) que coloca a mulher na pós-menopausa em risco para a obesidade e repercussões cardiovasculares (THUNELL et al, 2004; GUPTA et al, 2006B). Outros consideram o ganho de peso similar na pós-menopausa comparado com a transição para menopausa (GOLD et al, 2000) e nossos dados estão em concordância.

O sobrepeso e a obesidade são fatores de risco para doença cardiovascular (EVANS e RACETTE, 2006; OLIVEIRA e MANCINI FILHO, 2004). MONTILLA et al (2003), em estudo transversal, também observou que 76% da população atendida em Setor de Climatério tinham IMC inadequado, com frequência elevada para o aumento de peso excessivo. Deve-se ainda salientar que o sobrepeso tem sido relacionado com piora na saúde, qualidade de vida e nos sintomas menopausais (GOLD et al, 2000; WILLIAMS et al, 2009).

Estudos multidisciplinares mostraram a importância na redução de peso, no controle dos fatores de risco cardiovascular e melhora da qualidade de vida em mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa (NICKLAS et al, 2003; CARELS et al, 2004; ROSE et al, 2007). Dessa forma, o controle do peso com atividade física e dieta nutricional adequados devem ser alvos da atenção primária em saúde.

Em nossos dados, observamos que as mulheres na pós-menopausa tinham maior consumo de carboidratos, principalmente de açúcares, do que na transição para menopausa. Este consumo pode ter repercussão na saúde das mulheres como aumento da resistência insulínica e maior incidência de diabete

melito (NICKLAS et al, 2003). Contudo, MOTILLA et al (2003) não observaram inadequação no consumo de carboidrato, mas referiram aumento no consumo de gorduras em população estudada.

SABIA et al (2008) referem-se ao consumo exacerbado de carboidrato que pode contribuir para o aumento de sintomas menopausais. DORMIRE e HOWHARN (2007) relataram a associação de níveis elevados de glicemia pós-prandial com a intensidade dos fogachos. DORJGOCHOO et al, (2008) identificaram associação entre altos consumos energéticos (>2000Kcal/dia) com aumento da idade da menopausa. Nesse sentido, o hábito alimentar inadequado deve ser visto pelo profissional de saúde na atenção primária à mulher como fator importante tanto para sintomas menopausais quanto ao manejo na prevenção de doenças cardiovasculares e metabólicas (OLIVEIRA e MANCINI FILHO, 2004; BERDAH, 2006; PEREZ et al, 2009).

Em geral, os grupos apresentaram condições de saúde, qualidade de vida, capacidade funcional e hábitos nutricionais inadequados para o processo de envelhecimento no estudo I. A abordagem multidisciplinar deve estar atenta para o perfil que a paciente apresenta e focar o atendimento na prevenção de doenças e melhora do estado global de saúde.

No estudo II, abordamos as ações de atenção primária com equipe multidisciplinar nas mulheres da pós-menopausa precoce e tardia. A razão da separação nestes dois grupos foi pesquisar possíveis repercussões do hipoestrogenismo, quando separadas segundo nova classificação (ASIKAINEM et al, 2004; ELSABAGH et al, 2007; HACHUL et al, 2009).

Neste estudo, procuramos avaliar os efeitos das nossas ações sobre os sintomas menopausais, os parâmetros antropométricos e laboratoriais, bem

como na qualidade de vida. São importantes itens da saúde da mulher neste período da vida (GONÇALVES et al, 2003; SCHNATZ et al, 2006; CHIU et al, 2008).

Os sintomas menopausais como artralgia, nervosismo e, principalmente, sintomas vasomotores foram os mais mencionados por nossas pacientes. A presença de dislipidemia, sobrepeso, comorbidades clínicas podem contribuir para diminuir a qualidade de vida (TOOBERT et al, 2000; SHERMAN et al, 2003). Notamos que as pacientes tanto na pós-menopausa precoce como na tardia tinham, pelo questionário WHQ, comprometimento do humor depressivo e atratividade. Outros fatores como: baixa escolaridade e trabalhos de pouca remuneração foram referidos pela maioria das mulheres nos nossos dados.

Investigadores também observaram estas variáveis que podem comprometer o bem-estar das pacientes e devem ser considerados pelos profissionais de saúde para o planejamento de ações na atenção primária durante a pós-menopausa (HUNTER e O'DEA, 1999; HUNTER, 2000; GOLD et al, 2000; ASBURY et al, 2006; DEEKS et al, 2008; NUSRAT et al, 2008).

Deve-se salientar que UTIAN (2005) descreve os principais fatores que podem influenciar a qualidade de vida em quatro categorias: ocupacional, sexual, emocional e os relacionados à saúde. Contudo, não foi objetivo em estudo a avaliação sexual das mulheres que participaram deste trabalho. Essa variável foi indiretamente avaliada pelo domínio comportamento sexual do questionário WHQ e não foi o mais significativo e experienciado pelas pacientes.

Alguns autores referem-se à qualidade de vida e ao estado de saúde como parâmetros subjetivos (ALDER, 2002) e muitas vezes, não são

correlacionáveis com as comorbidades das pacientes. Influências do físico e do psicológico podem agir na saúde e na qualidade de vida (SCHNEIDER, 2002; ALDER, 2002).

Na literatura, encontramos trabalhos que se destacam pelo uso de dois ou mais instrumentos para analisar sintomas menopausais e os aspectos de saúde relacionados à qualidade de vida e os fatores psicossociais que interferem no físico (HUNTER e O'DEA, 1999; KEEFER e BLANCHARD, 2005; SATOH e OHASHI, 2005; SILVA FILHO et al, 2005; DE LORENZI et al, 2006; GUPTA et al, 2006A; SMITH-DIJULIO et al, 2008). Para se aferir tais parâmetros utilizam-se instrumentos validados (SCHNEIDER et al, 2000; CHASSANY et al, 2002; SCHNEIDER, 2002), como foram feitos neste trabalho.

Em nosso estudo, antes das orientações em saúde, os sintomas menopausais foram classificados como leves nos dois grupos e sem apresentar diferença entre eles. Em trabalho que buscou verificar diferenças entre os grupos de pós-menopausa precoce e tardia, também apresentou sintomas de leve intensidade, porém com maior expressão de sintomas vasomotores no grupo de pós-menopausa precoce (HACHUL et al, 2009).

ELSABAGH et al (2007) identificaram diferenças significantes também nos sintomas vasomotores, sendo mais intensos no grupo precoce.

Os sintomas menopausais mais freqüentes verificados neste estudo foram: sintomas vasomotores, artralgia e nervosismo. Deve-se salientar que a artralgia foi a que esteve mais presente no estudo II. Contudo, os trabalhos na literatura não mostram relevância deste parâmetro do IMK (MCKINLAY et al, 1992; GOLD et al, 2000), com exceção de PEREZ et al, (2009).

Em nosso estudo observamos redução dos sintomas vasomotores apenas no grupo de pós-menopausa tardia quando os dados foram comparados com os valores antes do início das sessões. Contudo, não observamos a mesma redução no grupo precoce, apesar da melhora clínica representada na redução do peso, IMC e PAD verificado neste grupo. Não podemos apenas justificar esta diferença pela flutuação dos níveis de estrogênio que pode ocorrer na transição para menopausa e no início da pós-menopausa (MCKLINLAY et al, 1992; SOULES et al, 2001). Portanto, futuros estudos são necessários para avaliar quais são os fatores que influenciaram estes dados.

Em geral, a perda de peso na pós-menopausa é acompanhada de diminuição do colesterol total, triglicérides, fração LDL, glicemia, IMC, CA e dos níveis pressóricos arteriais sistêmicos (NICKLAS et al, 2003; ANDERSON et al, 2006). Entretanto, encontramos apenas diminuição no grupo precoce, bem como redução da pressão arterial sistêmica diastólica, mas sem alteração no perfil lipídico, triglicérides e glicemia de jejum. Estes últimos estão de acordo com os resultados de TOOBERT et al (2000).

A análise das médias do IMC constou-se o sobrepeso nos dois grupos e sugere haver consonância com estudos de MONTILLA et al (2003) e DE LORENZI et al (2005). O sobrepeso tem sido relacionado com sintomas menopausais e qualidade de vida (WHITEMAN et al, 2003B; APPLING et al, 2007). Porém, DE LORENZI et al (2005) não demonstraram relação nos domínios do WHQ com o sobrepeso encontrado nas pacientes.

Em nosso estudo o WHQ apresentou em seus domínios relação negativa das pacientes com a qualidade de vida e sem diferença entre a pós-menopausa precoce e tardia.

Dentre os domínios do WHQ, os domínios humor depressivo, atratividade e sintomas vasomotores foram os mais referidos. DALEY et al (2007) em estudo com mulheres na pós-menopausa também encontraram predominância nesses domínios do WHQ. DE LORENZI et al (2006) mostraram predomínio nos domínios sintomas somáticos e humor depressivo. Observou-se que somente o domínio humor depressivo está em concordância com nossos achados. No entanto, GUPTA et al (2006A) e DE LORENZI et al (2006) encontraram os mesmos resultados.

Outros aspectos importantes como características sócio-culturais e clínicas podem modificar a qualidade de vida (DE LORENZI et al 2006; SABIA et al, 2008; AVIS et al, 2004; GUPTA et al, 2006A). Os trabalhos de DE LORENZI et al (2006) e SABIA et al (2008) mostraram comprometimento da qualidade de vida em pacientes com baixa escolaridade, sedentárias e comorbidades clínicas associadas. Nossa amostra apresentou, nos dois grupos, baixo nível educacional e comorbidades clínicas associadas.

O humor depressivo, alterações de humor e melancolia estão presentes na pós-menopausa (AVIS et al, 2004; DENNERSTEIN et al, 2007) e ainda DENNERSTEIN et al (2004) relataram que pacientes em pós-menopausa apresentavam humor depressivo e, após acompanhamento de 10 anos tiveram melhora significativa sem intervenção. Durante o nosso estudo, houve redução significativa nos dois grupos no domínio humor depressivo sem diferença entre os estágios hormonais.

A atratividade é outro fator importante neste período de vida, pois relaciona a percepção destas mulheres com a própria imagem. DEEKS et al (2008) referiram que a perda da atratividade seria a segunda percepção mais mencionada pelas pacientes na pós-menopausa. Contudo, SCHNEIDER et al (2002) não identificaram a mesma relação.

A diminuição da atratividade está associada a mudanças corporais e a visão negativa das pacientes com a perda da reprodutividade. GUPTA et al (2006A) em estudo étnico demonstraram diferenças nas populações nos sintomas menopausais e nos domínios do WHQ. Mostraram relação positiva com a menopausa nas mulheres asiáticas em comparação com as ocidentais que consideram a menopausa como problema que necessita de intervenção e controle.

GONÇALVES et al (2003) salientam a necessidade do profissional na área de atenção primária compreender a vivência das mulheres nas mudanças corporais neste período de vida, além de se desenvolver trabalhos de orientação para se estabelecer relação positiva com a perda da reprodutividade.

Concorda-se com OSIS (1998) no conceito de integralidade que engloba o aspecto físico, social, psicológico e emocional. O conteúdo das atividades educativas na terapêutica clínico-ginecológica visa atender a mulher nas diferentes fases da vida.

O desenvolvimento de programas em atenção integral à saúde da mulher na transição para menopausa e pós-menopausa devem constituir abordagem ginecológica e preventiva, proporcionar vigilância epidemiológica e

buscar constante reformulação para atender às necessidades da comunidade em que o programa se inserir (PINOTTI et al, 2000).

A educação em saúde é importante instrumento de trabalho que influencia, em longo prazo, no modo como as mulheres vivenciam os sintomas da menopausa (GONÇALVES et al, 2003). As informações fornecidas pelos médicos às mulheres na transição para menopausa e pós-menopausa predominam sobre informações obtidas em diferentes meios como mídia, família, amigos e outros profissionais de saúde (HUSTON et al, 2009).

Apesar da vivência da menopausa ser individual (ALDER, 2002), as experiências compartilhadas em grupo possibilitam que as mulheres compreendam a perda da capacidade reprodutiva e o envelhecer como processo natural da vida e não como evento patológico (ALFRED et al, 2006).

O PIAC contribuiu para o autoconhecimento em saúde da mulher. As sessões multidisciplinares proporcionaram esclarecimento sobre a menopausa e seus sintomas, abordaram aspectos psicológicos e orientaram sobre atividade física e hábito de vida saudável.

Nossos resultados não mostraram diferenças significantes entre as populações estudadas (pós-menopausa precoce e tardia) nos parâmetros analisados. Podemos, portanto, sugerir mesmas medidas de atenção primária à saúde nestes dois seguimentos da pós-menopausa.

6 - CONCLUSÕES

Nosso estudo permite as seguintes conclusões:

a) Não houve diferenças nas características clínicas, capacidade funcional, qualidade de vidas nas mulheres durante a transição para menopausa comparada a pós-menopausa. Contudo, na avaliação alimentar encontramos maior consumo de carboidrato, especialmente açúcares, entre as mulheres na pós-menopausa (Estudo I).

b) Não encontramos diferenças significantes das ações em atenção primária à saúde em comparação aos grupos de pós-menopausa precoce e tardia. Entretanto, houve melhora em cada grupo nos sintomas menopausais, principalmente vasomotores e nervosismo, na pós-menopausa tardia. Além disso, observamos melhora dos parâmetros antropométricos nos dois grupos, sem repercussões no perfil lipídico e glicêmico, bem como na qualidade de vida (Estudo II).

7 - REFERÊNCIAS

ALDER EM. How to assess quality of life? Aspects of methodology. Inter Cong Series. 2002;1229:31-7.

ALFHAILY F, EWIES AAA. Acupuncture in managing menopausal symptoms: hope or mirage? Climateric. 2007;10:371-80.

ALFRED A, ESTERMAN A, FARMER E, PILOTTO L, WESTON K. Women's decision making at menopause - a focus group study. Austral Fam Phys. 2006;35(4):270-2.

ANDERSON D, MIZZARI K, KAIN V, WEBSTER J. The effects of a multimodal intervention trial to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. Health Care Women Int. 2006;27:238-53.

APPLING S, PAEZ K, ALLEN J. Ethnicity and vasomotor symptoms in postmenopausal women. J Womens Health. 2007;16(8):1130-8.

ARROYO A, YE H J. Understanding the menopausal transition, and managing its clinical challenges. Sex Reprod Menop. 2005;3(1):12-7.

ASBURY EA, CHANDRRUANGPHEN P, COLLINS P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. Menopause. 2006;13(4):561-7.

ASIKAINEM TM, KUKKONEN-HARJULA K, MIILUNPALO S. Exercise for health for early postmenopausal women: a systematic review of randomised controlled trials. Sports Med. 2004;34(11):753-78.

AVIS NE, STELLATO R, CRAWFORD S, BROMBERGER J, GANZ P, CAIN V, KAGAWA-SINGER M. Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups. Soc Sci Med. 2001;52:345-56.

AVIS NE, ASSMANN SF, KRAVITZ HM, GANZ PA, ORY M. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Qual Life Res.* 2004;13:993-46.

BAIR YA, GOLD EB, ZHANG G, RASOR N, UTTS J, UPCHURCH DM, CHYU L, GREENDALE GA, STERNFELD B, ADLER S. Use of complementary and alternative medicine during the menopause transition: longitudinal results from the study of women's health across the nation. *Menopause.* 2008;15(1):32-43.

BARACAT EC, HAIDAR MA, LIMA GR. Climatério. In: BARACAT EC, LIMA GR (coordenadores). *Guias de medicina ambulatorial hospitalar: Ginecologia.* Barueri (SP): Manole, 2005. p339-45.

BARNETT F, SPINKS WL. Exercise self-efficacy of postmenopausal women resident in tropics. *Maturitas.* 2007;58:1-6.

BERDAH J. Comment rester em forme(s) après 50 ans? *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34:920-6.

BIANCHI ML, ORSINI MR, SARAIFOGER S, ORTOLANI S, RADAELLI G, BETTI S. Quality of life in port-menopausal osteoporosis. *Health Qual Life Out.* 2005;3:78.

BOBULA JD. Vasomotor symptoms and quality of life (QOL) in postmenopausal women. (abstract) *Women Men Health.* 2003:707.

BOHATY K, ROCOLE H, WEHLING K, WALTMAN N. Testing the effectiveness of na educational intervention to increase dietary intake of calcium and vitamin D in young adult women. *J Am Ac Nur Pract.* 2008;20:93-9.

CARELS R, DARBY L, CACCIAPAGLIA HM, DOUGLASS OM. Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women through a lifestyle change intervention. *J Women Health.* 2004;13(4):412-26.

CARVALHO JAM, RODRÍGUEZ-WONG LL. A transição da estrutura etária do Brasil da primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, 2008;24(3):597-605.

CHAN MF, KO CY, DAY MC. The effectiveness of an osteoporosis prevention education programme for women in Hong Kong: a randomized controlled Trial. *J Clin Nur*. 2005;14:1112-23.

CHASSANY O, SAGNIER P, MARQUIS P, FULLERTON S, AARONSON N. Patient-reported outcomes: the example of health-related quality of life – a European guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. *Drug Inf J*. 2002;36:209-38.

CHIU YW, MOORE RW, HSU CE, HUANG CT, LIU HW, CHUANG HY. Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climateric*. 2008;11:201-11.

DA MOTA FD, CICONELLI RM, FERRAZ MB. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol*. 2003 Feb;30(2):379-85.

DALEY A, MCARTHUR C, STROKES-LAMPARD H, MCMANUS R, WILSON S, MUTRIE N. Exercise participation, body mass index and health-related quality of life in women of menopausal age. *Br J Gen Pract*. 2007;57:130-5.

DEEKS A, ZOUNGAS S, TEEDE H. Risk perception in women: a focus on menopause. *Menopause*. 2008;15(2):304-9.

DE LORENZI DRS, BARACAT EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina*. 2005;33(12):899-903.

DE LORENZI DRS, DANELON C, SACILOTO B, PADILHA Jr I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005;27(1):12-9.

DE LORENZI DRS, BARACAT EC, SACILOTO B, PADILHA Jr I. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev Assoc Med Bras. 2006;52(5):312-7.

DENNERSTEIN L, GUTHRIE JR, CLARK M, LEHERT P, HENDERSON VW. A population-based study of depressed mood in middle-aged, australian-born women. Menopause. 2004;11(5):563-8.

DENNERSTEIN L, LEHERT P, GUTHRIE JR, BURGER HG. Modeling women's health during the menopausal transition: a longitudinal analysis. Menopause. 2007;14(1):53-62.

DORJGOCHOO T, KALLIANPUR A, GAO YT, CAI H, YANG G, LI H, ZENG W, SHU XO. Dietary and lifestyle predictors of age at natural menopause and reproductive span in the Shangai women's health study. Menopause. 2008;15(5):924-33.

DORMIRE S, HOWHARN C. The effect of dietary intake on hot flashes in menopausal women. JOGNN. 2007;36(3):255-62.

DUBNOV-RAZ G, PINES A, BERRY EM. Diet and lifestyle in managing postmenopausal obesity. Climateric. 2007;10(Suppl 2):38-41.

ELSABAGH S, HARTLEY DE, FILE SE. Cognitive function in late versus early postmenopausal stage. Maturitas. 2007;56:84-93.

EVANS EM, RACETTE SB. Menopuse and risk for obesity: how important is physical activity? J Womens Health. 2006;15(2):211-3.

FAURE ED, CHANTRE P, MARES P. Effects of a standardized soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled stud. *Menopause*. 2002;9(5):329-34.

FREY BN, LORD C, SOARES CN. Depression during menopausal transition: a review of treatment strategies and pathophysiological correlates. *Menopause Int*. 2008;14(3):123-8.

GRACIA CR, DAMMEL MD, FREEMAN EW, LIN H, LANGAN E, KAPOOR S, NELSON DB. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *Menopause*. 2005;12(2):128-35.

GOLD EB, STERNFELD B, KELSEY JL, BROWN C, MOUTON C, REAME N, SALAMONE L, STELLATO R. Relation of demographic and life style factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. *Am J Epidemiol*. 2000;152(5):463-73.

GONÇALVES R, MERIGHI MAB, ALDRIGHI JM. Reflexões sobre o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade. *Reprod Clim*. 2003;18:108-12.

GORDON PR, KERWIN JP, BOESEN KG, SENF J. Sertraline to treat hot flashes: a randomized controlled, double-blind, crossover trial in a general population. *Menopause*. 2006;13(4):568-75.

GREENE JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*. 1998;29:25-31.

GUPTA P, STURDEE DW, HUNTER MS. Mid-age health in women from the Indian subcontinent (MAHWIS): general health and the experience of menopause in women. *Climateric*. 2006;9:13-22. (A)

GUPTA R, MISRA A, PAIS P, RASTOGI P, GUPTA VP. Correlation of regional cardiovascular disease mortality in India with lifestyle and nutritional factors. *Int J Cardiol.* 2006;108(3):291-300. (B)

HAN KK; SOARES JM; HAIDAR MA; DE LIMA GR; BARACAT EC. Benefits of soy isoflavone therapeutic regimen on menopausal symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002;99(3):389-94.

HACHUL H, BITTENCOURT LRA, SOARES Jr JM, TUFIK S, BARACAT EC. Sleep in post-menopausal women: differences between early and late postmenopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;145:81-4.

HILDITCH JR, LEWIS J, PETER A. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas.* 1996;24(3):161-75.

HUNTER M, BATTERSBY R, WHITEHEAD M. Relationships between psychological symptoms, somatic complaints and menopausal status. *Maturitas.* 1986;8:217-28.

HUNTER M. The women's health questionnaire: a measure of mid-Aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health.* 1992;7:45-54.

HUNTER M, O'DEA I. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five years follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Educ Couns.* 1999;38:249-55.

HUNTER M. The women's health questionnaire (WHQ): the development. Standardization and application of a measure of mid-aged women's emotional and physical health. *Qual Life Res.* 2000;9:733-8.

HUNTER MS. The women's health questionnaire: frequently asked questions. *Health Qual Life Out.* 2003;1:41-5.

HUSTON SA, JACKOWSKI RM, KIRKING DM. Women's trust in and use of information sources in the treatment of menopausal symptoms. *Women's Health Issues*. 2009;19:144-53.

JACOBS P, HYLAND ME, LEY A. Self rated menopausal status and quality of life in women aged 40-63 years. *Brit J Health Psych*. 2000;5:395-411.

JAKOBSEN BK; HEUCH I; KVÅLE G. Age at natural menopause and stroke mortality. *Stroke*. 2004;35:1548-51.

KAARI C, HAIDAR MA, JUNIOR JM, NUNES MG, QUADROS LG, KEMP C, STAVALE JN, BARACAT EC. Randomized clinical trial comparing conjugated equine estrogens and isoflavones in postmenopausal women: a pilot study. *Maturitas*. 2006;53(1):49-58.

KALACHE A, VERAS RP, RAMOS LR. O envelhecimento da população mundial – um desafio novo. *Rev Saúde Públ*. 1987;21(3):200-10.

KARAÇAM Z, SEKER SE. Factors associated with menopausal symptoms and their relationship with the quality of among turkishi women. *Maturitas*. 2007;58:75-82.

KEEFER L, BLANCHARD EB. A behavioral group treatment program for menopausal hot flashes: results of a pilot study. *App Psych Biofeedback*. 2005;30(1):21-30.

KRONENBERG F, FUG-BERMEN A. Complementary and alternative medicine for menopausal symptoms: a review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med*. 2002;137:805-13.

KULLER LH, KINZEL MS, PETTEE KK, KRISKA AM, SIMKIN-SILVERMAN LR, CONROY MB, AVERBACH F, PAPPERT WS, JOHNSON BD. Lifestyle

Intervention and Coronary Heart Disease Risk factor changes over 18 months in postmenopausal women: The women on The Move through Activity and Nutrition (WOMAN Study) Clinical trial. *J Womens Health*. 2006;15(8):962-74.

KUPPERMAN HS, BLATT MH, WIESBADER H, FILLER W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab*.1953;13(6):688-703.

LIAO KLM, HUNTER MS. Preparation for menopause: prospective evaluation of a health education intervention for mid-aged women. *Maturitas*. 1998;29:215-24.

LOUTFY I, ABDEL AZIZ F, DABBOUS NI, HASSAN MHA. Women's perception and experience of menopause: a community-based study in Alexandria, Egypt. *East Mediter Health J*. 2006;12(Supplement 2):93-106.

MARINHO RM, SOARES JM Jr, SANTIAGO RC, MAGANHIN CC, MACHADO F, DE MIRANDA COTA AM, BARACAT EC. Effects of estradiol on the cognitive function of postmenopausal women. *Maturitas*. 2008;60(3-4):230-4.

MATHERS CD, SADANA R, SALOMON JA, MURRAY CJL, LOPEZ AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*. 2001;357:1685-91.

MATHERS CD, IBURG KM, SALOMON AT, CHATTERJI S, USTÜN B, MURRAY CJL. Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC Public Health*. 2004;4:66.

MCKINLAY SM, BRAMBILIA DJ, POSNER JG. The normal menopause transition. *Maturitas*.1992;14(2):103-15.

MISHRA GD, BROWN WJ, DOBSON AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Quality of Life Research*. 2003;12:405-12.

MISHRA G, KUH D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Soc Sci Med.* 2006;62:93-102.

MONTILLA RNG, MARUCCI MFN, ALDRIGHI JM. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. *Rev Assoc Med Bras.* 2003;49(1):91-5.

NAHÁS EAP, NAHÁS NETO J, DE LUCA LA, TRAIMAN P, PONTES A, DALBEN I. Efeitos da isoflavona sobre os sintomas climatéricos e o perfil lipídico na mulher em menopausa. *RBGO.* 2003;25(5):337-43.

NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY (NAMS). Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause,* 2010; 17(2):242-55.

NIKLAS BJ, DENNIS KE, BERMAN DM, SORKIN JOHN, RYAN AS, GOLDBERG AP. Lifestyle Intervention of Hypocaloric Dieting and Walking Reduces Abdominal Obesity and Improves Coronary Heart Disease Risk Factors in Obese, Postmenopausal, African-American and Caucasian Women. *J Geront.* 2003;58A(2):181-9.

NUSRAT N, ZEHRA N, GULFAREEN H, AFTAB M, ASIA N. Knowledge, attitude and experience of menopause. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2008;20(1):56-9.

O'CONNELL E. Mood, energy, cognition, and physical complaints: a mind/body approach to symptom management during the climacteric. *JOGNN.* 2005;34(2):274-9.

OLIVEIRA A, MANCINI FILHO J. Perfil nutricional e lipídico de mulheres na pós-menopausa com doença arterial coronária. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(4):325-29.

OSIS MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(Supl. 1):25-32.

PEDRO AO, PINTO NETO AM, PAIVA LHSC, OSIS MJ, HARDY E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):17-25.

PÉREZ JAM, GARCIA FC, PALACIOS S, PEREZ M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas*. 2009;62:30-6.

PINKERTON JV, ZION AS. Vasomotor symptoms in menopause: Where we've been and where we're going. *J Womens Health*. 2006;15(2):135-45.

PINOTTI JA, TOJAL MLVAA, NISIDA ACT, PINOTTI M. Integrated approach to women's health. *Inter J Gynecol Obstet*. 2000;70:191-8.

PITKIN J, SMETNIK VP, VADÁSZ P, MUSTONEN M, SALMINEN K, YLIKANGAS S. Continuous combined hormone replacement therapy relieves climacteric symptoms and improves health-related quality of life in early postmenopausal women. *Menopause Inter*. 2007;13:116-23.

PRADHAN AD, MANSON JE, ROSSOUW JE, SISCOVICK DS, MOUTON CP, RIFAI N, WALLACE RB, JACKSON RD, PETTINGER MB, RIDKER PM. Inflammatory biomarkers, hormone replacement therapy, and incident coronary heart disease. *JAMA*. 2002;288(8):980-7.

REYES-MORALES H, FLORES-HERNANDEZ S, TOME-SANDOVAL P, PEREZ-CUEVAS R. A multifaceted education intervention for improving family physicians' case management. *Fam Med*. 2009;41(4):277-84.

ROLNICK SJ, JACKSON J, KOPHER R, DEFOR TA. Provider management of menopause after the findings of the women's health initiative. *Menopause*. 2007;14(3):441-9.

ROSE SB, LAWTON BA, ELLEY CR, DOWELL AC, FENTON AJ. The women's lifestyle study, 2 year randomized controlled trial of physical activity counselling in primary health care: rationale and study design. *BMC Public Health*. 2007;7(166):1-7.

ROTEM M, KUSHINR T, LEVINE R, EHRENFELD M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *JOGNN*. 2005;34:233-40.

SABIA S, FOURNIER A, MESRINE S, BOUTRON-RUAULT MC, CLAVEL-CHAPLEON F. Risk factors for onset of menopausal symptoms results from a large cohort study. *Maturitas*. 2008;60:108-21.

SANTORO N. The Menopausal transition. *Am J Med*. 2005;118(12B):8S-13S.

SARTORI JP, KAWAKAMI FT, SARTORI MGF, GIRÃO MJBC, BARACAT EC, LIMA GR. Distúrbios urinários no climatério: avaliação clínica e urodinâmica/ Postmenopausal urinary disorders: clinical and urodynamic evaluation. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 1999;21(2):77-81.

SATOH T, OHASHI K. Quality-of-life assessment in community dwelling, middle aged, healthy women in Japan. *Climateric*. 2005;8:146-53.

SCHNEIDER HPG. The quality of life in the post-menopausal woman. *Climateric*. 2002;16(3):395-409.

SCHENNEIDER HPG, HEINEMANN LAJ, ROSEMEIER HP, POTTHOFF P, BEHRE HM. The menopause rating scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climateric*. 2000;3:59-64.

SCHNATZ PF, SERRA J, O'SULLIVAN DM, SOROSKY JI. Menopausal symptoms in hispanic women and the role of socioeconomic factors. *Obstet Gynecol Survey*. 2006;61(3):187-93.

SICHERI R, EVERHART J. Validity of a Brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. *Nutr Res.* 1998;18:1649-59.

SHERMAN AM, SHUMAKER SA, KANCLER C, ZHENG B, REBOUSSIN DM, LEGAULT C, HERRINGTON DM. Baseline health-related quality of life in postmenopausal women with coronary heart disease: the estrogen replacement and atherosclerosis (ERA) trial. *J Womens Health.* 2003;12(4):351-62.

SILVA FILHO CR, BARACAT EC, CONTERNO L de O, HAIDAR MA, FERRAZ MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Saú Púb.* 2005; 39(3):333-9.

SLUIJS CP, BENSOUSSAN A, LIYANAGE L, SHAN S. Women's health during mid-life survey: the use of complementary and alternative medicine by symptomatic women transitioning through menopause in Sydney. *Menopause.* 2007;14(3):397-403.

SMITH-DIJULIO K, WOODS NF, MITCHEL ES. Well-being during the menopausal transition and early postmenopause: a longitudinal analysis. *Menopause.* 2008;15(6):1095-102.

SOULES MR; SHERMAN S; PARROTT E; REBAR R; SANTORO N; UTIAN W; WOODS N. Executive summary: Stages of Reproductive aging workshop (STRAW). *Fertil Steril.* 2001;76(5):874-8.

SPEROFF L, FRITZ MC. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility.* Seventh edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 621-74.

TEOMAN N, ÖZCAN A, ACAR B. The effect of exercise on physical fitness and quality of life in postmenopausal women. *Maturitas.* 2004;47:71-7.

THUNELL, STADBERG I, MILSOM, MATTSSON LA. A longitudinal population study of climacteric symptoms and their treatment in a random sample of swedish women. *Climacteric*. 2004;7:357-65.

TOOBERT DJ, GLASGOW RE, RADCLIFFE JL. Physiologic and related behavioral outcomes from the women's lifestyle heart Trial. *Ann Behav Med*. 2000;22(1):1-9.

TREMBLAY A, SHEERAN L, ARANDA SK. Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause*. 2008;15(1):193-202.

UTIAN WH. The international menopause society menopause-related terminology definitions. *Climacteric*. 1999;2:284-6.

UTIAN WH, JANATA JW, KINGSBERG SA, SCHLUCHTER M, HAMILTON JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause*. 2002;9(6):402-10.

UTIAN WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. *Health Qual Life Out*. 2005;3:47:1-9.

VESCO KK, HANEY EM, HUMPHREY L, FU R, NELSON HD. Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 2007;10:448-65.

ZÖLNER YF, ACQUADRO C, SCHAEFER M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res*. 2005;14:309-27.

WHITEMAN MK, STAROPOLI CA, BENEDICT JC, BERGEESTC, FLAWS JA. Risk factors for hot flashes in midlife women. *J Womens Health*. 2003;12(5):459-72.(A)

WHITEMAN MK, STAROPOLI CA, LANGENBERG PW, MCCARTER RJ, KJERULFF KH, FLAWS JA. Smoking, body mass, and hot flush in midlife women. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):264-72.(B)

WILLAMS RE, LEVINE KB, KALILANI L, LEWIS J, CLARK RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas.* 2009;62:153-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Organization: constitution, basic Documents.* Geneva, Switzerland: 1998.

Anexo A – Carta de aprovação do Comitê de Ética



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 6 de maio de 2005.
CEP 0283/05

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) ISABEL CRISTINA ESPOSITO

Co-Investigadores: Luciana Castro Costa, Caroline Calió, Lucia Helena Laprano, Edmund Chada Baracat

Disciplina/Departamento: Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “Atenção integral à saúde de mulher no climatério”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Saúde pública.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, desconforto moderado, decorrente de coleta de sangue, secreções e exame físico e ginecológico.

OBJETIVOS: Avaliar os efeitos das orientações sobre a menopausa e as modificações que podem ocorrer no climatério sobre os hábitos de vida (alimentação, qualidade de vida e avaliação postural) da mulher nesta fase..

RESUMO: Estudo clínico, prospectivo, com pacientes acompanhadas no Setor de Climatério do Departamento de Ginecologia da UNIFESP. A população estudada deverá ter entre 40 a 65 anos. Após atendimento médico, as pacientes serão convidadas a participarem do estudo que consiste em avaliação multiprofissional, informações sobre saúde e orientações básicas de saúde mental, nutricional e postural do período climatérico. Serão analisados: índice de massa corpórea, avaliação do consumo alimentar, questionário sobre qualidade de vida e avaliação postural. As pacientes serão separadas em grupos de 10 a 15 pessoas e convidadas a participarem de sessões de discussão sobre climatério e orientação multidisciplinar, além de orientações individuais com cada profissional. Os retornos a cada 20 dias e reavaliação a cada 3 meses. Será realizada coleta de sangue na primeira reavaliação trimestral e no término do estudo para determinação do perfil lipídico..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo fundamentado, visando abordar todos os aspectos biopsicosociais da saúde da mulher no climatério..

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os critérios de inclusão e exclusão, os procedimentos e os parâmetros a serem analisados..

TCLE: Adequado, contemplando todos os itens da resolução 196/96 e das legislações em vigor..

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo - R\$ 525,00.

CRONOGRAMA: 12 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 01/05/2006 e 26/04/2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.

2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.

3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Anexo B – Aceite de publicação do artigo

CLINICAL AND EXPERIMENTAL OBSTETRICS & GYNECOLOGY

An International Journal
www.irog.net

November 26 , 2009

Editor-in-Chief
A. ONNIS
Montréal (CND)

ISABEL C. ESPOSITO SORPRESO MD
BRAZIL

Associate Editors
M. GANGEMI, *Padua (I)*
M. MARCHETTI, *Montréal (CND)*

Assistant Editor
J. WILSON, *San Diego, CA (USA)*

Editorial Board
P. Audet-Lapointe, *Montréal (Canada)*
R. Axt-Fliedner, *Lübeck (Germany)*
A. Basta, *Krakow (Poland)*
H. J. Bender, *Dusseldorf (Germany)*
N. Bhattacharya, *Calcutta (India)*
F. Bonilla Musoles, *Valencia (Spain)*
T. Charkviani, *Tbilisi (Georgia)*
J. H. Check, *Camden, NJ (USA)*
D. Dargent, *Lyon (France)*
S. Dexeus, *Barcelona (Spain)*
G. Di Paola, *Buenos Aires (Argentina)*
T. K. A. B. Eskes, *Nijmegen (The Netherlands)*
M. Franchi, *Verona (Italy)*
M. Friedrich, *Homburg (Germany)*
V. Gomel, *Vancouver (Canada)*
A. Gorins, *Paris (France)*
Z. Holub, *Kladno (Czech Republic)*
J. A. Jordan, *Birmingham, England (UK)*
B. Kaplan, *Petach Tikva (Israel)*
B. Kralj, *Ljubljana (Slovenia)*
A. B. Lalonde, *Ottawa (Canada)*
J. Markowska, *Poznan (Poland)*
C. Marth, *Innsbruck (Austria)*
H. Meden-Vrtovec, *Ljubljana (Slovenia)*
N. Ohara, *Kobe (Japan)*
N. Papadopoulos, *Alexandroupolis (Greece)*
S. Rakar, *Ljubljana (Slovenia)*
J. J. Sciarra, *Chicago, IL (USA)*
J. Stelmachow, *Warsaw (Poland)*
M. N. Varras, *Athens (Greece)*
P. Virtej, *Bucharest (Romania)*
R. Winter, *Graz (Austria)*

**REF. CEOG 1063/29 “MULTIDISCIPLINARY APPROACH DURING
MENOPAUSAL TRANSITION AND POST-MENOPAUSE IN
BRAZILLIAN WOMEN”**

Dear Dr ESPOSITO SORPRESO,

We are pleased to inform you that your paper, reviewed by the editor in chief and his peer referees, **has been accepted for publication.**

We apologize for being obliged to request a contribution from authors for editing, printing costs and tables . But the journal does not have any commercial advertising or sponsor.

For your work the requested contribution for publication is \$1230 US.

If you would like to receive reprints please add the cost indicated on the enclosed form.

IF YOU AGREE WITH OUR REQUEST, PLEASE COMPLETE AND FORWARD THE ENCLOSED FORM WITH YOUR PAYMENT as soon as possible for prompt publication in one of the next issues of our journal.

After you have replied and the requested contribution is received, the proofs (already corrected by a mother-tongue assistant editor) will be sent to you.

Thank you very much for your contribution to the scientific aims of our journal.

THE PUBLISHER
(Printing Dept.)

I.R.O.G. CANADA Inc.

4900 Côte St. Luc - Apt. 212 - Montréal Québec H3W 2H3 (Canada)
Tel. (514) 4893242 - 4893640 - Fax (514) 4854513
E-mail: canlux@qc.aira.com - www.irog.net
Galleria Storione, 2/A - 35123 PADOVA (Italy)
Tel. (39) 049 8756900 - Fax (39) 049 8752018

Anexo C – Multidisciplinary Approach during Menopausal Transition and Post-menopause in Brazilian Women

Authors:

Isabel Cristina Esposito Sorpreso¹

Lúcia Helena Laprano Vieira²

Mauro Abi Haidar³

Márcia Gaspar Nunes⁴

Edmund Chada Baracat⁵

José Maria Soares Júnior⁶

Institution

Discipline of Gynecological Endocrinology, Federal University of São Paulo (UNIFESP) and Escola Paulista de Medicina (Paulista Medical School) (EPM)

Address: Rua Botucatu, 715 – São Paulo, Brasil

Corresponding Author

Isabel Cristina Esposito Sorpreso. E-mail: isabel_esposito@terra.com.br

Address: Rua Madre Cabrini, 332, Bloco B, apt 153 CEP 04020-001-São Paulo, Brazil.

Residence Phone: 55-11-35623384 / fax: 55-11-50733266.

¹ PhD Student at the Department of Gynecology, UNIFESP- EPM.

² PhD Student in Psychology, Department of Gynecology, UNIFESP - EPM.

³ Associate Professor and PhD Student, Gynecology Department, UNIFESP – EPM.

⁴ PhD, Department of Gynecology, UNIFESP – EPM.

⁵ Professor Full Professor, Department of Gynecology, UNIFESP, EPM.

⁶ Affiliate Professor, Department of Gynecology, UNIFESP - EPM.

Summary

Objective: To identify clinical, physical, life quality and nutritional aspects of Brazilian women during menopausal transition and post-menopausal periods.

Methods: 115 women agreed to participate of the study. They were divided into two groups: GI – Menopausal Transition (n=48) and GII - post-menopause (n=67). Kupperman-Blatt Menopausal Index (IMK) and Women's Health Questionnaire (WHQ), Food Frequency questionnaire and functional capacity were used. All patients were examined and underwent clinical and gynecological examination. **Results:** There was no significant difference in IMK, WHQ and functional capacity in both groups. There was a higher caloric intake, especially in sugars, in post-menopause women than in menopausal transition women. Both groups presented reduced parameters in life quality and functional capacity. **Conclusion:** Our data suggests that there is no significant difference between women in menopausal transition and post menopause, except in relation to the nutritional parameter. In both groups, the women presented low life quality and reduced functional capacity.

Key words: pre-menopause, post-menopause, diet, comprehensive health care.

Contents: Multidisciplinary management of menopause and identify clinical characteristics, nutritional habits, functional capacity and quality of life in Brazilian women.

Introduction

Population ageing occurs in many developed and developing countries. Life expectancy for Brazilian women is 75, 6 years ⁽¹⁾. More and more women experience hormonal alterations related to menopausal transition and post-menopause. Not only in developed countries but also in developing ones there is an increasing tendency in life expectancy for women who live with diseases along the ageing years ⁽²⁾. Health care and adequate treatment are essential to maintain life quality.

Women's menopausal transition and post-menopausal period is the passage from the reproductive phase (menacme) to senescence that generally occurs between 40 and 65 years ⁽³⁾. In Brazilian women, natural menopause occurs between 48 and 50 years. It is considered premature menopause when it occurs before 40 years and late menopause after 52 years ^(4,5).

The menopausal transition begins with the variation of menstrual cycle duration with high follicle stimulating hormone (FSH) and ends with the last menstruation (menopause). After this phase, post-menopause takes place ⁽³⁾. Generally, in the first phase, women may present menstrual dysfunction and vasomotor symptoms, while, in the second phase, the effects of low levels of estrogens may be stronger, resulting in hot flashes, urogenital symptoms and cognitive alterations that may affect a woman's life ^(4,6).

The view of multiprofessional health care teams focused on menopause involves clinical and educational aspects. Activities should be established and integrated, aiming at the success of methodology and development of each project. The knowledge about specific characteristics of each group to be studied is fundamental ^(7,8,9).

This study aims at identifying the clinical characteristics, the nutritional habits, the functional capacity and the quality of life of women during transitional menopause and post-menopause.

Materials and Methods

This study is part of the Integral Program of Women Health Care during Climaterium (PIAC). It is a comprehensive health care program and multidisciplinary project that gives orientation to women in the transition to menopause and post-menopause. This project has been approved by the Ethics Committee of the Federal University of São Paulo – São Paulo Medical School (UNIFESP – EPM). Clinical, physical, nutritional and quality of life aspects that may interfere in women's health during menopause were analyzed. Voluntary patients were examined at the Ambulatory Medical Center for the Menopausal Transition and Post-menopause, Discipline of Gynecological Endocrinology, Department of Gynecology, UNIFESP – EPM. The participants' age varied between 40 and 70 years and they were nominally invited between June and August 2006. After they were informed about the project, 115 women signed a term of free agreement to participate in the study. Exclusion criteria were: the use of any specific hormonal drugs to minimize menopausal symptoms in the previous 12 months to the interview; the ingestion of soy and its derivatives or herbal substances; acknowledged or suspicious neoplasia; kidney, thyroid or liver chronic diseases; cerebral vascular disease and myocardial infarction; tabagism (>10 cigarettes a day) , hiperprolactinemia; thromboembolic disturbances; diabetes mellitus; systemic arterial hypertension uncontrolled and age bellow 40. The voluntary patients were divided into two groups: GI - transition to menopause (n=48); GII – Post-menopause (n=67) with

no menstruation for more than a year. The Kuppermann – Blatt Menopausal Index (IMK), Women's Health Questionnaire (WHQ), the Modified Stanford Health Assessment Questionnaire – simplified, modified and validated version in Brazil (MHAQ-Brazil) and food frequency questionnaire were applied in all volunteers in this study. Participants underwent clinical and gynecologic examination. Epidemiologic data was collected such as age, marital status, and economic status (the voluntary being or not employed). The IMK was developed in 1953 and it has been used in many studies to evaluate the gravity of menopausal symptoms⁽¹⁰⁾. The index includes 11 symptoms. Each category is calculated in a four point scale in which zero equals asymptomatic and four, severely symptomatic. Total points for each item evaluates the gravity of menopausal symptoms that may vary from 0 to 51 points, the higher the punctuation the more severe the complaint. The WHQ was the first questionnaire to be included in the International Health Related Quality of Life Outcomes Database⁽¹¹⁾. It was validated in Brazil⁽¹²⁾ to evaluate health condition, because it is easy to understand and to apply. It has 36 items, divided into nine dimensions: depressive mood (six items); somatic symptoms (seven items); anxiety/fears (4 items); vasomotor symptoms (two items); sleep problems (three items); sexual functioning (three items); menstrual problems (four items); cognitive difficulties (three items) and attraction (three items). The scale varies from zero to four points, the higher the score the more pronounced the suffering and dysfunctions. The MHAQ – Brazil^(13,14) allows for the evaluation of measure parameters in therapeutic assay and was used to check functional capacity. It has eight sub-scales which evaluate different aspects of the patient's daily life. Each one of these sub-scales presents two or three

questions related to physical activities. The patient was asked the degree of difficulty he found in realizing a determined activity one week previous to the interview and assign a grade from zero (no difficulty) to three (impossibility to realize the activity). The sub-scale grade is equivalent to the higher grade attributed in one of the two or three questions. The instrument's final score is obtained by the arithmetical average of the grades of the eight sub-scales and it varied from zero to three. The questionnaire related to food frequency⁽¹⁵⁾ is based on the individual. It registers or describes the patient's usual food ingestion based on a list of different food. The quantity and kind of food on the list varied according to the aim of the evaluation. The food frequency questionnaire offers qualitative information on food ingestion. This study established the number of women who ingested specific food during the week previous to the interview. In the statistical analysis data was processed, and estimates were made about the distribution center and of the variability of the results for numerical variables: average, standard deviation and standard error for the average. Unpaired Student's "t" test or χ^2 test were use to compare data obtained from the studied groups. Significance level was fixed at 0.05 for both tests. 90% confidence limit was calculated with 40 patients per group.

Results

Clinical characteristics included age, body mass index (BMI), marital status, and economic status (Table 1). The average age of women on transition menopause (48.22 ± 2.30) was lower than that of post-menopause women (55.10 ± 3.4 , $p < 0.05$). There was no statistical difference between the groups as to BMI and marital status. In both groups BMI was above 26. Unemployment rate was significantly higher among post-menopause women. Table 2 indicates

IMK, WHQ and MHAQ – Brazil. There was no significant statistical difference between both groups. Nutritional characteristics indicated that post-menopause women presented higher daily consumption carbohydrates, especially of sugars ($p < 0.05$). The other items considered presented no significant difference (Table 3).

Discussion

This study aims at identify clinical, nutritional habits, functional capacity and life quality of women during the menopausal transition and post-menopause. These are important aspects to be considered when planning multiprofessional care for the prevention of diseases and quality of life of women. Our studies suggest that, in spite of age and hormonal differences in menopausal transition and post-menopausal women, additional factors were not identified in relation to IMK, functional capacity and WHQ. IMK is an instrument used to evaluate climacteric symptoms that may influence life quality^(16,17).

The most important symptom is the vasomotor one and it might appear in transition menopause and in the first years of post-menopause⁽¹⁸⁾. It must be emphasized that, during menopausal transition, hot flashes appear when there is a decrease in estrogen concentration. It is known that, during this period, estrogen fluctuation occurs and the symptoms may appear or disappear spontaneously⁽¹⁹⁾. It should be expected that menopausal transition women presented a lower IMK than that of post-menopause women^(16,20). Our work did not detect any significant difference between both study groups. However, climacteric symptoms have a great impact on women's life quality⁽²¹⁾ and both groups presented moderate climacteric symptoms. In WHQ evaluation for both

groups was not significant. However, depressive mood and somatic symptoms were those mostly mentioned.

Functional capacity evaluated in this study did not present any statistical difference in both groups. However, it was noted that functional capacity of women in both groups was reduced. The studied women are predisposed to limitations in their daily activities which may favor diseases that worsen their life quality during the ageing process⁽¹⁶⁾. The decrease in life quality may be shown in the WHQ and it is in accordance with this study.

Associations between weight gain in relation to age and point post-menopause as a cause⁽²²⁾. Some other authors consider weight gain similar in post-menopause compared to transition menopause⁽²³⁾. We observed no significant differences in relation to BMI in both groups. Some studies did not find any correlation between BMI and climacteric symptoms⁽²⁴⁾.

It was notice an increase in carbohydrate ingestion, especially sugars in post-menopause women which may predispose them to obesity, insulin resistance and diabetes mellitus⁽²⁵⁾. The BMI in our study presented overweight that may impair life quality and favor cardiovascular diseases^(26,27) as well as limit functional capacity⁽²⁸⁾. The highest sugar ingestion was observed in women in the post-menopause study group which had a great number of unemployed women. The decrease in income may contribute not only for lower protein and vegetable ingestion but also for the increase in daily consumptions carbohydrates.

Conclusion

Both groups presented health conditions, life quality, functional capacity and nutritional habits inadequate to the ageing process. The multidisciplinary

approach must be alert about patients' profile and focus their care on the prevention of diseases and the improvement in health care.

References

1. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária do Brasil da primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública*, 2008;24(3):597-605.
2. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet* 2001;357:1685-91.
3. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Climateric* 2001;4(4):267-72.
4. De Lorenzi DRS; Baracat EC, Saciloto B, Padilha I Jr. Factors related to quality of life in post-menopause. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(5):312-7
5. Marinho RM, Soares JM Jr, Santiago RC, Maganhin CC, Machado F, de Miranda Cota AM, Baracat EC. Effects of estradiol on the cognitive function of postmenopausal women. *Maturitas*. 2008;60(3-4):230-4.
6. Galhardo CL, Soares JM Jr, Simões RS, Haidar MA, Rodrigues de Lima G, Baracat EC. Estrogen effects on the vaginal pH, flora and cytology in late postmenopause after a long period without hormone therapy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006;33(2):85-9.
7. Hunter M, O'dea. An evaluation of a health education intervention for mid-aged women: five year follow-up of effects upon knowledge, impact of menopause and health. *Patient Education and Counseling*. 1999;38:249-255.

8. Tremblay A, Sheeran L, Aranda SK. Psychoeducational interventions to alleviate hot flashes: a systematic review. *Menopause: The Journal of Menopause Society*, 2008;15(1):193-202.
9. Reyes-Morales H, Flores-Hernandez S, Tome-Sandoval P, Perez-Cuevas R.A multifaceted education intervention for improving family physicians' case management. *Fam Med*.2009;41(4):277-84.
10. Kupperman HS, Blatt MH, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. *J Clin Endocrinol Metab*.1953;13(6):688-703.
11. Hunter MS. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). *Health and Quality of Life Outcomes* 2003, 1:41.
12. Silva Filho CR, Baracat EC, Conterno Lde O, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Sau Publ*. 2005; 39(3):333-9.
13. da Mota Falcão D, Ciconelli RM, Ferraz MB. Translation and cultural adaptation of quality of life questionnaires: an evaluation of methodology. *J Rheumatol*. 2003 Feb;30(2):379-85.
14. Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA. The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. *J Clin Epidemiol* 1993;46:153-162.
15. Sichieri R, Everhart J. Validity of a Brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. *Nutrition Research*. 1998; 18:1649-1659.

16. De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. *Femina*.2005; 33 (12): 899-903.
17. Satoh T, Ohashi K. Quality-of-life assessment in community dwelling, middle aged, healthy women in Japan. *Climateric*.2005;8:146-153.
18. Rapkin AJ. Vasomotor symptoms in menopause: physiologic condition and central nervous system approaches to treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;196(2):97-106.
19. McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas*.1992;14:103-15.
20. Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study. *Menopause*. 2009;16(3):453-7.
21. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 5:3:47.
22. Brown WJ, Dobson AJ, Mishra G. What is a healthy weight for middle aged women? *Int J Obesity*.1998;22:520-528.
23. Sabia S, Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapleon F. Risk factors for onset of menopausal symptoms results from a large cohort study. *Maturitas*. 2008;60:108-21.
24. Nies MA, Kershaw TC. Psychosocial and environmental influences on physical activity and health outcomes in sedentary women. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002; 34(3): 243-249.
25. Escamilla R, Putnik P. The role of acculturation in nutrition, lifestyle, and incidence of type 2 diabetes among Latinos. *J Nutr*. 2007;137:860-70.

26. Brown TJ. Health benefits of weight reduction in postmenopausal women: a systematic review. *J Br Menopause Soc.* 2006;12(4):164-71.
27. Gupta R, Misra A, Pais P, Rastogi P, Gupta VP. Correlation of regional cardiovascular disease mortality in India with lifestyle and nutritional factors. *Int J Cardiol.* 2006;108(3):291-300.
28. Bouchard DR, Soucy L, Sénéchal M, Dionne IJ, Brochu M. Impact of resistance training with or without caloric restriction on physical capacity in obese older women. *Menopause.* 2009;16(1):66-72.

**Table 1 – Clinical characteristics of the participants of the study
(average \pm standard deviation)**

Characteristics	Menopausal transition (n=48)	Post Menopause (N=67)	p
Age*	48.22 \pm 2.30	55.10 \pm 3.4	<0.01
BMI*	26.66 \pm 5.29	28.2 \pm 6.02	0.15
Marital Status**			0.63
Single-Widow	37,50	41,79	
Married-Stable Union	41,67	44,77	
Divorced-Separated	20,83	13,43	
Economic Status**			0.02
Unemployed	20,83	79,11	
Employed	79,17	20,89	

*Unpaired Student Test was used. ** X² Test was used to compare marital status and Economic Status

Table 2 – Characteristics of the participants of the study (average ± standard deviation) in relation to IMK, Functional Capacity and WHQ

	Menopausal Transition	Post-Menopause (n=67)	P
IMK*	20.83± 24.89	21.32± 21.96	0.86
MHAQ-BR*	2.88± 1.45	2.8±1.98	0.87
WHQ*			
Depressive Mood	17.51± 8.45	17.92± 7.99	0.92
Somatic	17.55± 4.43	16.63±5.12	0.78
Cognitive	7.03 ± 2.33	6.88±3.21	0.83
Vasomotor	4.71±1.95	4.91±2.06	0.86
Anxiety/Fears	8.41± 2.45	8.15±2.07	0.79
Sexual	5.51± 3.45	5.18±3.99	0.98
Sleep Problems	8.03± 2.77	7.98± 2.65	0.94
Menstrual	8.44± 1.45	–	–
Attraction	7.50± 4.45	7.42± 2.67	0.77

*“t” Student Test was used for data analysis.

Table 3 - Characteristics of the participants of the study concerning nutrition frequency

Weekly Food Ingestion	Menopausal Transition (n=48)	Post-menopause (n=67)	P
Milk and Derivatives	40	61	0.71
Vegetables/Fruit/Juice	32	39	0.13
Sugars	24	66	0.002
Rice, Pasta, Bread	44	63	0.67
Eggs	18	25	0.88
Canned Food/Fried Food/Salted	11	21	0.28
Coffee	35	57	0.70
Red Meat	23	31	0.11

χ^2 Test was used for data analysis.

Anexo D – Dados relevantes das pacientes Estudo I

Idade	Doenças existentes em tratamento ou não	Peso	Altura	Formula	IMC	Tempo Meno
62	calcio renal	67	1,56	2.436	27.53122945	10
67	alegria/entite/ tireoide	73	1,5	2.25	32.44444444	20
70	brunquite	46	1,38	1.9044	25.72988888	22
65	Tendinite e gastrite	52	1,51	2.2801	22.80601728	15
53	hipotireoidismo	55,1	1,64	2.6899	20.48631767	7
45	DM / HAS/ hipertensioal/	44	1,44	2.0736	21.2191358	2
50	HAS	72,5	1,62	2.5244	27.62536199	0
47	Hipertensio, atopia	77,5	1,68	2.8224	27.45890023	0
55	fibromialgia	93	1,52	2.3104	40.25277008	0
57		69	1,52	2.3104	29.86495845	11
61		66	1,55	2.4025	27.47138398	9
67		67	1,58	2.4964	28.83864765	12
56	osteopenia e dislipidemia	62	1,47	2.1609	28.69174881	6
48	alegia	76,3	1,59	2.5281	30.25987896	0
50		78	1,58	2.4964	31.2449279	20
51	hipertensio arterial, asma	46	1,55	2.4025	19.14672216	0
50		62	1,53	2.3409	28.48553975	0
55	has	65,8	1,51	2.2801	28.6593634	3
63		57,5	1,55	2.4025	23.93340271	4
40	hipertireoidismo	66	1,64	2.6899	24.5389649	15
47	hipertensio	82	1,61	2.5921	31.634582	0
41	DM/ Anemia/ HAC/	103	1,64	2.8896	38.29666735	0
68		78,5	1,59	2.5281	31.05098691	20
43		70	1,61	2.5921	27.00513097	0
56	trombose / HAS	51	1,53	2.3409	21.78649237	12
46	refluxo asma/ HAS e DM	65,5	1,57	2.4649	26.57308613	4
50	reumatismo	80	1,6	2.56	31.25	0
45	Psoríase, Rosácea, lombalgia e Colesterol	68	1,45	2.1025	27.5862069	3
62	calcio vesicula	70	1,6	2.56	27.34375	0
55	hipertireoidismo / hernia femural	56	1,57	2.4649	22.3127843	0
58	depresso	54,5	1,54	2.3718	22.98026649	12
65	HAS/ gastrite/ glicemia alta	73	1,83	2.8589	30.7809074	8
48	HAS/ depressio/ DM/ insornalencoso	61,5	1,58	2.4964	28.04037814	4
52	aneurisma/ normalgia/ dislipidemia / depressio	53	1,52	2.3104	22.93975089	13
62	HAS	50,3	1,55	2.4025	20.93652445	0
48		62,7	1,59	2.4964	24.80123413	10
50		55,8	1,45	2.1025	26.53983353	13
46	dislipidemia	62,6	1,61	2.5921	24.15030284	0
53		74	1,56	2.4336	30.40762656	0
45	hipertensio, diabetes, dislipidemia	51	1,45	2.1025	24.2568371	3
50	reumatologia/ HAC	56	1,58	2.4964	22.43230252	0
68	HAC	67,7	1,57	2.4649	27.46661727	0
54	Hipertensio	77,5	1,52	2.3104	33.54397507	20
56	artite reumatoide/ HAC	59	1,48	2.1904	26.9357195	3
55	HAC / depressio	74	1,58	2.4964	29.64268547	9
56	gastrite/ ulcera	45	1,6	2.56	21.484375	4
81	Alergia	74,5	1,45	2.1025	35.43400713	10
52	HAS / hipertireoidismo	58,5	1,535	2.356225	24.82784963	0
64		114	1,57	2.4649	48.24934074	6
59		70	1,54	2.3718	29.51693861	13
48		80	1,55	2.4025	24.97398543	7
48	HAS	54	1,46	2.1318	25.33308313	14
60	fibromialgia/ depressio	63,5	1,63	2.6669	23.90003387	10
60	HAS/ DM	70	1,54	2.3718	29.51693861	13
55		62	1,61	2.5921	23.91893029	10

40	transplante renal	40	1,4	1,96	20,40816327	0
63	Hipertensão e dores na coluna	48,7	1,58	2,4964	19,50809165	10
59	Hipertensão, Depressão	54	1,54	2,3716	22,78943835	0
47	Hipertensão	84,2	1,59	2,5281	33,30964456	0
68	Hipertensão	86,2	1,54	2,3716	36,34671011	20
51	tireoide	87	1,53	2,3409	37,16519287	10
54	aneurisma	87	1,565	2,449225	27,35589208	14
56	DM/ HAS	94,5	1,48	2,1904	43,14280497	6
48	Hipertensão	71	1,5	2,25	31,55565556	0
48	HAS/ DM/ Lupus	102	1,56	2,4336	41,91321489	0
52	omeprazol/fussonida-nasal	62	1,65	2,7225	22,77318641	8
67	HAS	67	1,65	2,7225	24,8097337	4
55	HAS	57,5	1,51	2,2801	25,21819218	18
45	HAS	56,3	1,54	2,3716	23,82357902	5
48	HAS	63	1,54	2,3716	26,5643475	0
45	HAS	86	1,53	2,3409	36,73800675	0
64	HAS	87,5	1,5	2,25	38,88888889	14
45	Hipotireoidismo	92,4	1,64	2,6896	34,35458086	0
59	gastrite/ dislipidemia/ insônia	61,5	1,48	2,1904	28,07706355	16
51	HAS/ doença cardiovascular em tratamento	56,8	1,61	2,5821	21,91273485	0
66	fibromialgia/ doença de chagas	46	1,55	2,4025	19,14672216	13
51	fibromialgia/ doença de chagas	64,5	1,52	2,3104	27,91724377	3
50	mioma	87	1,52	2,3104	37,65581717	0
47	mioma	53	1,54	2,3716	22,34778209	0
48	HAS/ gastrite	46,5	1,51	2,2901	20,39384238	0
63	HAS	70	1,5	2,25	31,11111111	0
53	HAS	71,5	1,59	2,5281	28,28210909	13
54	artrose/ tireoide/ nódulo mama E	56,5	1,54	2,3716	23,82357902	5
44	hérnia de disco cervical, hipertensão arterial	85,3	1,54	2,3716	35,9672947	3
49	hipotireoidismo	66,3	1,67	2,7889	23,77281365	0
45		69	1,67	2,7889	24,74093729	0
68		50	1,5	2,25	22,22222222	0
56	Hipertensão, gastrite e hérnia de hiato	62,8	1,45	2,1025	29,86920333	14
49	artrose/fibromialgia/ infecção urinária	57,5	1,54	2,3716	24,24523528	8
48	HAS / depressão	72,7	1,66	2,7556	26,38263899	0
49	fibromialgia/ tendinite	99,5	1,55	2,4025	41,41519251	0
54	HAC	59	1,63	2,6569	22,20633069	0
56	coíte hipotireoidismo	65	1,47	2,1609	30,08005923	3
51		69,5	1,57	2,4649	28,19587002	4
56		74	1,57	2,4649	30,02150189	0
57		46	1,52	2,3104	19,9099723	0
66	HAS/ DM/ varizes	51,5	1,55	2,4025	21,43600416	7
55		74	1,59	2,5281	29,27099403	20
50	diabetes tipo 1, hipertensão	55	1,51	2,2801	24,12174605	8
64	artite/ colesterol	71	1,64	2,6896	26,3979739	0
68	incontinência urinária	62	1,55	2,4025	25,80645161	19
53	DM/ HAS	68	1,51	2,2801	29,8235337	20
51	Artrite, hipertensão	65	1,5	2,25	28,88888889	0
55	reumatologia	62,9	1,59	2,5281	24,88034492	4
61	depressão	37	1,53	2,3409	24,34960912	8
48	HAC / depressão /	70	1,5	2,25	31,11111111	0
45	Esclerodermia	61,6	1,56	2,4025	25,63995838	0
47		69,5	1,57	2,4649	28,19587002	0
44		58,5	1,51	2,2801	25,65676944	0
		60	1,54	2,3716	25,29937595	0

Anexo E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Investigadores: Isabel Cristina Esposito Sorpreso, Luciana Castro Costa, Caroline Longoni Calió e Lúcia Helena Laprano Vieira.

Título do projeto: Atenção integral à saúde da mulher no climatério.

Descrição e propósito do estudo:

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesta pesquisa. Seu propósito é avaliar os efeitos, após o recebimento de informações sobre a menopausa e as modificações que podem ocorrer no climatério por equipe multidisciplinar, sobre os hábitos de vida da mulher nesta fase (alimentação, qualidade de vida e postura).

Você irá participar do estudo por aproximadamente 6 meses. Você fará pelo menos 6 visitas durante a sua participação. Se você preencher os critérios do estudo, você será selecionada.

Caso você decida participar deste projeto, o estudo irá envolver os seguintes procedimentos:

- fornecimento de informações básicas sobre menopausa e suas repercussões na vida da mulher sob a forma de palestras (aulas sobre o assunto);
- avaliação nutricional sobre sua dieta, por questionário recordatório de 24 horas (alimentos ingeridos em um dia) e orientações dietéticas informadas pela nutricionista que faz parte da equipe multidisciplinar;
- avaliação fisioterápica, que consiste em analisar as alterações nos músculos e articulações (juntas) por intermédio:
 - Questionário de Mc Gill, que avalia a dor;
 - Escala Visual analógica: que consiste em uma reta de 10 cm onde nas extremidades constam as palavras âncoras: sem dor e pior dor imaginável;

- Escala Visual numérica: onde a paciente gradua a dor em intervalos de zero a 5 ou de zero a 10, sendo que zero significa ausência de dor e cinco a dez significa a pior dor imaginável.

Serão empregados pela fisioterapeuta da nossa equipe multidisciplinar, orientação sobre postura e exercício físico que podem ser reproduzidos em suas casas, além da proposta de realizar sessões de caminhadas de 3 a 5 vezes por semana, durante 30 minutos nos dois primeiros meses e 40 minutos nos próximos 4 meses restantes.

- avaliação psicológica, que irá abordar aspectos psicossociais mais comuns nesta fase da vida, através de dinâmica de grupo realizada pela psicóloga e avaliação de qualidade de vida através do questionário de qualidade de vida aplicado pela mesma ;
 - avaliação médica pela Dra. Isabel Cristina Esposito (ginecologista e obstetra) por meio de:
- Avaliação dos sintomas da menopausa (ondas de calor, insônia, melancolia, vertigem, formigamento, nervosismo, mialgia e artralgia – dores nos músculos e nas juntas, cefaléia, parestesias, fraqueza e palpitação) através de um questionário específico (índice menopausal de Kupperman) antes, após 3 meses e ao término da pesquisa.
 - Exame físico geral, incluindo pressão arterial, altura, peso, índice de massa corpórea;
 - Exame ginecológico (Exame das mamas, do abdome, dos órgãos genitais externos e internos e exame especular, na primeira consulta e a cada três meses, por seis meses, ou seja, serão três exames);
 - Exames complementares como:
 - Citologia oncológica cérvico-vaginal (Exame de Papanicolaou, que consiste no raspado de material do colo do útero, a ser colhido na primeira consulta da paciente);
 - Mamografia (anual);
 - Ultrassonografia pélvica/vaginal (análise do útero e dos ovários através de ondas de ultra-som);

- Exame de sangue. Serão coletadas aproximadamente 2 colheres de chá á 2 colheres de sopa (10 a 30ml) de sangue de uma veia periférica em seu braço antes de iniciar o estudo, 3 meses após e ao término do mesmo. Será solicitado, jejum de 12 horas, ou seja, que você não coma nada nas 12horas que antecedem seus exames de sangue.
- Exame de urina.
- A densidade mineral óssea de sua coluna lombar e dos ossos do quadril será medida por uma máquina DEXA (um tipo de máquina de raio-X) antes de você começar o estudo.

Você precisará registrar todas as experiências adversas, e todos os tratamentos ou medicamentos que você receber/tomar. Seu médico precisa aprovar quaisquer medicações que estiver usando durante este estudo.

Riscos e desconfortos:

- a mamografia expõe você ao raio-X;
- ao colher exame de sangue você pode apresentar leve desconforto, equimoses discretas, formação de coágulo de sangue, infecção ou sangramento no local onde foi coletado. Você pode também apresentar mais raramente tontura e/ou desmaio;
- o exame físico (incluindo o pélvico e de mamas), a coleta de material para Papanicolaou, ultra-som do útero e ovários, e/ou mamografia podem causar leve desconforto;
- se você estiver usando no momento produtos que contêm estrogênio, SERM, progestagênio ou androgênio você deve descontinuar o uso destes produtos antes de começar o estudo..
- Durante o ultra-som transvaginal é colocado uma sonda dentro da sua vagina. Este procedimento pode causar leve desconforto.
- As medidas de densidade mineral óssea irão expor você a raios-X .

Os riscos acima são os mais comuns. Você será notificada sobre qualquer nova informação significativa que possa afetar sua disposição em continuar a participar.

Benefícios associados com o estudo:

Você poderá obter benefícios de melhora da qualidade de vida, melhora da qualidade de sua dieta diária, melhora da auto-estima, bem estar geral e controle do estresse; redução dos riscos de doença cardiovascular, obesidade e diabetes. Melhora da força muscular, diminuição dos riscos de queda e prevenção de osteoporose. Diminuição dos sintomas de climatério que prejudicam a qualidade de vida da mulher. Você terá informações de saúde e manutenção de saúde através dos profissionais envolvidos neste projeto.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Isabel Cristina Esposito, que pode ser encontrado no endereço Rua Embaú 66, telefone: 55496174. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética Médica em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572, 1º andar, conj-14, telefone: 5571-1062, Fax: 5539-7162.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e, assim, deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma paciente.

Direito de ser mantida atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam dos conhecimentos dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para a participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo, a participante tem direito a tratamento médico na instituição, bem como a indenizações legalmente estabelecidas.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Atenção integral a saúde da mulher no climatério.”

Eu discuti com o Dra. Isabel Cristina Esposito sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ / ___/_____
Assinatura da paciente Data

_____ / ___/_____
Assinatura da testemunha Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ / ___/_____
Assinatura do responsável pelo estudo Data

Anexo F – Dados relevantes das pacientes Estudo II

Nº	Idade	Etnia	Est.Civil	Grau Inst.	Profissão	Idade Men.	Temp. Men.	Horm. Preg.	Sexo	Tabag. Atual	ça Exis
1	46	negra	viúva	1 grau	trabalho manual	41	5	sim	sim	não	não
2	52	negra	viúva	1 grau	trabalho manual	49	3	sim	sim	não	sim
3	62	amarela	solteira	1 grau	trabalho manual	49	13	sim	sim	não	sim
4	54	branca	casada	1 grau	não empregada	50	4	sim	sim	não	não
5	53	negra	casada	analfabeta	não empregada	51	2	sim	sim	não	sim
6	66	branca	viúva	analfabeta	trabalho manual	50	16	não	não	não	não
7	63	negra	solteira	1 grau	trabalho manual	54	10	sim	não	não	sim
8	55	branca	divorciada	1 grau	trabalho manual	40	15	sim	não	não	sim
9	61	branca	casada	1 grau	aposentada	41	20	sim	não	não	sim
10	54	negra	casada	1 grau	trabalho manual	49	6	sim	sim	sim	não
11	61	branca	casada	2 grau/superior	aposentada	53	8	não	sim	sim	sim
12	56	outra	casada	1 grau	trabalho manual	52	3	não	sim	não	sim
13	52	branca	solteira	1 grau	trabalho manual	47	5	sim	sim	não	não
14	61	negra	casada	1 grau	trabalho manual	53	8	não	sim	não	sim
15	55	branca	casada	2 grau/superior	trabalho manual	42	13	sim	sim	não	sim
16	56	negra	casada	2 grau/superior	trabalho intelectual	50	4	não	sim	não	sim
17	53	negra	solteira	2 grau/superior	trabalho intelectual	46	7	sim	não	sim	sim
18	54	negra	outro	analfabeta	trabalho manual	42	12	não	não	sim	não
19	49	branca	solteira	2 grau/superior	trabalho manual	46	2	sim	não	não	não
20	61	negra	casada	1 grau	trabalho manual	56	5	sim	sim	não	sim
21	64	branca	viúva	1 grau	trabalho manual	52	12	sim	não	não	sim
22	57	branca	casada	1 grau	trabalho manual	47	10	sim	sim	sim	sim
23	53	negra	casada	1 grau	trabalho manual	48	5	sim	não	sim	sim
24	58	negra	casada	1 grau	trabalho manual	50	8	não	sim	não	não
25	63	branca	divorciada	1 grau	trabalho manual	52	11	não	não	não	sim
26	56	negra	casada	1 grau	trabalho manual	42	14	não	sim	não	sim
27	66	negra	solteira	1 grau	trabalho manual	46	20	sim	não	não	sim
28	70	branca	viúva	analfabeta	trabalho manual	58	12	não	não	não	não
29	57	negra	viúva	1 grau	trabalho manual	52	5	não	não	não	sim
30	59	branca	casada	2 grau/superior	trabalho intelectual	51	8	sim	sim	não	sim
31	61	amarela	viúva	1 grau	trabalho manual	53	8	não	não	não	sim
32	60	branca	casada	1 grau	aposentada	53	7	sim	não	não	sim
33	60	branca	casada	1 grau	trabalho manual	54	6	não	sim	não	não
34	55	negra	casada	1 grau	trabalho manual	42	13	sim	sim	não	sim
35	61	negra	casada	analfabeta	trabalho manual	55	6	não	não	não	sim
36	59	branca	viúva	analfabeta	trabalho manual	52	7	sim	não	não	sim
37	54	branca	casada	1 grau	trabalho manual	48	6	sim	sim	não	não
38	48	negra	divorciada	analfabeta	trabalho manual	40	8	sim	sim	sim	não
39	57	branca	casada	1 grau	trabalho intelectual	56	1	não	sim	não	sim
40	52	negra	casada	1 grau	trabalho manual	50	2	sim	sim	sim	não
41	65	negra	viúva	1 grau	aposentada	50	15	não	não	não	sim
42	68	branca	viúva	1 grau	trabalho manual	44	24	não	não	não	sim
43	55	branca	casada	1 grau	trabalho manual	50	5	sim	não	não	sim
44	66	branca	viúva	1 grau	trabalho manual	40	26	não	não	não	sim
45	52	negra	casada	1 grau	trabalho manual	50	2	sim	não	não	sim
46	58	negra	casada	1 grau	trabalho manual	55	3	não	não	não	sim
47	54	negra	casada	1 grau	trabalho manual	52	2	não	não	não	sim
48	50	branca	casada	2 grau/superior	trabalho intelectual	49	1	não	não	não	não
49	64	branca	casada	1 grau	trabalho manual	58	6	sim	não	não	sim
50	61	negra	casada	1 grau	trabalho manual	40	20	não	não	não	sim
51	50	branca	casada	1 grau	trabalho manual	48	2	não	sim	não	não
52	52	negra	casada	1 grau	trabalho manual	50	2	não	sim	não	não
53	46	negra	solteira	1 grau	trabalho manual	42	4	sim	sim	não	não
54	52	negra	divorciada	1 grau	trabalho manual	48	4	sim	não	não	não
55	56	branca	casada	1 grau	trabalho intelectual	51	5	não	sim	sim	não
56	66	branca	divorciada	1 grau	aposentada	47	19	não	não	não	não
57	51	branca	casada	1 grau	trabalho manual	48	4	não	sim	não	não
58	52	branca	outro	1 grau	trabalho manual	50	2	não	não	não	sim
59	54	negra	casada	1 grau	trabalho manual	52	2	sim	sim	não	sim
60	46	branca	viúva	1 grau	trabalho manual	41	3	não	não	não	sim
61	42	negra	casada	analfabeta	trabalho manual	40	2	não	sim	não	não
62	47	branca	casada	1 grau	trabalho manual	44	3	não	sim	não	não
63	51	branca	viúva	2 grau/superior	trabalho manual	49	3	não	não	não	não
64	44	branca	casada	1 grau	trabalho manual	42	2	sim	sim	não	não
65	58	branca	viúva	2 grau/superior	trabalho intelectual	41	17	sim	não	não	sim
66	56	branca	outro	2 grau/superior	aposentada	54	2	não	sim	não	sim
67	55	negra	casada	analfabeta	trabalho manual	45	10	não	sim	não	não
68	54	branca	casada	1 grau	trabalho manual	47	11	não	sim	não	não
69	56	branca	viúva	1 grau	trabalho manual	45	7	sim	não	não	sim

N°	Temp. Men.	Col.Total_V1	Col.Total_V6	HDL_V1	HDL_V6	LDL_V1	LDL_V6
1	1	184	184	47	44	122	126
2	1	258	313	44	23	181	241
3	2	244	244	58	57	151	152
4	1	275	294	45	48	206	197
5	1	239	253	62	60	155	174
6	2	227	222	75	51	136	156
7	2	228	233	67	64	115	146
8	2	185	188	52	48	111	116
9	2	219	237	56	67	135	144
10	2	184	246	51	60	116	159
11	2	162	93	68	171	86	95
12	1	266	224	81	41	164	152
13	1	173	198	58	58	103	122
14	2	155	167	48	48	88	99
15	2	163	156	57	56	90	88
16	1	299	281	42	38	218	207
17	2	223	223	82	70	112	121
18	2	266	269	70	68	181	181
19	1	239	215	71	75	140	127
20	1	158	163	44	57	94	94
21	2	262	186	48	52	183	112
22	2	202	205	66	69	126	126
23	1	216	207	77	51	119	136
24	2	198	213	61	78	112	114
25	2	333	269	58	64	238	180
26	2	259	272	51	50	177	193
27	2	223	220	65	63	134	137
28	2	197	182	41	34	110	97
29	1	174	167	42	44	110	96
30	2	182	186	163	70	102	98
31	2	249	260	52	56	140	150
32	2	248	243	54	61	148	155
33	2	243	237	58	55	167	167
34	2	207	189	60	56	123	115
35	2	273	282	52	45	193	198
36	2	237	252	51	44	134	125
37	2	241	241	51	66	163	158
38	2	253	283	32	47	145	187
39	1	300	258	76	61	195	176
40	1	206	172	67	59	127	104
41	2	251	245	51	45	170	172
42	2	203	230	65	59	115	148
43	1	224	209	55	53	144	138
44	2	291	272	59	60	190	164
45	1	293	318	69	42	186	245
46	1	258	292	85	61	151	205
47	1	257	319	49	45	150	150
48	1	186	194	58	45	109	127
49	2	242	255	40	53	150	145
50	2	233	206	60	66	151	122
51	1	181	202	56	60	109	127
52	1	229	210	53	61	136	112
53	1	236	236	75	72	147	152
54	1	177	185	62	68	96	104
55	1	206	262	47	54	126	176
56	2	230	209	83	61	134	134
57	1	209	183	52	41	130	115
58	1	193	219	38	46	131	143
59	1	110	111	50	57	32	33
60	1	238	222	45	50	136	127
61	1	215	203	53	35	141	151
62	1	210	230	44	34	147	153
63	1	185	197	54	51	101	129
64	1	178	145	72	41	93	89
65	2	301	253	59	52	216	174
66	1	153	155	42	44	133	87
67	2	195	202	64	59	118	123
68	2	206	198	57	39	125	143
69	2	215	204	59	40	136	143

Trigl_V1	Trigl_V6	Glic_V1	Glic_V6	TSH_V1	TSH_V6	I.M.C_V1	I.M.C_V6	PAS_V1
74	72	86	95	4,10	3,80	28,30	27,10	110
167	243	93	108	0,50	0,90	30,00	29,41	130
177	177	122	98	2,10	1,60	29,20	28,38	150
183	246	84	86	2,20	2,20	24,30	23,80	120
108	95	95	83	1,10	1,70	25,30	24,70	130
81	76	95	106	3,20	2,40	26,30	26,35	120
129	113	99	108	5,50	9,80	21,60	21,52	110
108	119	99	97	3,20	1,80	30,00	30,00	110
139	128	96	67	0,80	1,20	28,50	27,57	120
87	135	84	83	3,90	4,80	20,40	20,40	120
53	50	80	93	1,00	1,40	24,98	24,10	140
103	157	89	89	5,70	3,80	27,10	27,10	110
58	88	83	91	1,40	1,30	30,00	29,03	100
93	99	122	120	1,30	0,90	24,90	28,70	150
79	61	69	78	2,80	3,10	25,30	26,20	110
193	178	69	91	1,40	3,30	30,00	28,20	130
147	162	89	83	1,30	1,30	23,10	23,10	120
77	99	31	84	0,80	0,80	20,50	20,62	120
141	66	89	95	1,30	1,30	23,70	22,08	120
100	58	123	111	2,40	2,70	29,20	26,30	140
156	109	92	102	0,40	0,30	21,20	21,08	120
49	49	67	79	1,00	1,10	29,60	28,40	120
99	98	101	90	3,40	5,50	30,00	28,90	150
126	104	99	91	2,60	2,90	28,10	26,17	120
185	125	92	90	6,80	6,50	30,00	29,01	110
155	143	94	94	2,30	2,10	29,50	29,50	150
122	99	71	87	2,50	3,20	27,06	24,39	130
230	51	90	106	1,90	1,10	30,00	29,41	150
112	137	118	124	3,40	5,10	30,00	29,00	150
83	89	82	82	2,60	2,50	26,90	26,02	130
283	268	105	81	4,20	2,90	29,50	29,93	130
230	136	120	106	5,50	3,70	30,00	29,39	150
116	103	84	71	9,20	10,70	24,07	23,60	120
119	88	85	95	4,60	3,70	28,80	27,60	140
142	196	91	91	4,20	2,50	30,00	29,40	150
261	258	111	124	5,40	3,00	24,30	23,68	120
135	86	83	92	3,00	1,60	29,00	29,00	130
380	245	79	92	5,90	2,80	29,60	29,40	130
145	106	79	100	0,80	0,70	28,15	25,09	140
58	44	79	87	1,50	1,80	20,30	19,70	120
148	138	89	95	5,40	4,10	29,40	28,40	150
117	115	120	124	5,00	2,00	28,40	28,10	140
125	90	82	62	3,80	5,10	27,90	26,70	120
211	242	88	90	5,80	6,30	27,90	27,60	150
188	155	70	90	2,20	1,70	29,50	29,77	140
110	129	73	103	2,10	2,30	29,80	29,30	150
291		103	115	1,70	1,50	28,80	28,11	130
95	111	82	84	4,50	3,10	29,50	28,80	120
262	287	89	86	0,50	0,80	25,20	26,12	140
112	111	97	87	1,10	1,30	30,00	29,54	120
78	76	92	60	3,10	2,40	28,80	28,52	110
202	255	71	68	6,20	7,10	29,10	28,41	110
68	114	66	53	0,90	2,70	27,50	25,19	110
96	82	96	72	0,60	1,30	25,20	25,15	110
163	161	77	79	3,80	6,40	29,00	28,50	120
67	69	89	89	2,10	1,40	29,10	28,53	120
134	137	86	102	2,70	1,00	28,90	28,50	120
121	151	97	82	1,20	4,00	27,60	27,11	110
139	62	99	76	1,70	4,70	28,46	28,30	130
287	223	75	92	0,90	0,70	24,20	23,20	150
103	85	68	91	3,90	3,80	25,20	24,30	120
94	214	84	88	3,50	1,70	27,48	27,35	110
149	85	85	98	2,00	2,30	27,70	27,00	130
64	73	80	91	2,30	1,10	19,80	19,22	120
130	134	57	77	1,40	3,10	24,60	24,20	120
160	121	95	92	1,70	1,40	22,40	21,08	120
65	99	92	94	1,30	1,00	29,80	29,00	130
122	82	88	88	2,30	1,40	28,90	28,40	140
100	106	116	89	1,60	2,20	28,25	28,04	110

PAS_V6	PAD_V1	PAD_V6	CA_V1	CA_V6
110	80	80	90	87
130	90	80	80	80
130	90	70	81	81
120	80	70	85,5	85
120	80	80	81	81
150	80	80	89	89
120	70	70	74	74
140	70	80	89	88
110	80	70	91	91
110	80	60	81	81
110	90	70	98	98,5
120	70	70	98	98
120	70	80	100	96
150	80	100	95	93
120	70	80	87	87
120	80	80	97	94
110	80	70	85	85
120	80	80	72	72
110	80	70	77	76
120	90	70	96	93
130	80	80	80	80
125	90	80	95	95
110	100	80	92	89
120	50	70	95	95
130	80	70	90	90
140	100	90	110	107
130	70	80	88	87
150	90	90	98	96,5
140	90	90	101	100
120	80	80	97	95,5
110	80	70	101	101,5
120	90	70	110	107
110	60	70	91	91
120	80	80	87	85
130	90	80	101	100,5
110	80	70	89	87
130	80	80	97	94
110	80	70	91	91
150	80	85	87	80
110	80	70	87	85
130	100	80	90	87
140	100	100	105	104
90	80	60	80	78
150	100	100	98	97
120	90	90	95	94
150	100	90	111	108
110	100	60	95	96
120	80	80	98	98
110	80	70	87	87
100	70	70	90	90
120	70	80	88	85
120	70	80	87	86
100	70	60	89	89
100	70	60	90	90
120	80	80	87	87
130	90	70	105	105
120	80	80	111	107
110	70	70	92	91
120	80	80	88	88
150	100	90	98	94
110	80	60	80	77
100	70	80	94	94
120	80	70	104	101
100	80	70	79	79
110	80	70	86	86
120	80	80	81,5	80
130	80	80	91	90
130	80	70	101	100
120	80	85	102	102

N°	Temp. Men.	Vasom._V1	Vasom._V6	Parest._V1	Parest._
1	1	4	0	0	0
2	1	0	0	0	0
3	2	8	4	0	0
4	1	0	0	0	0
5	1	4	0	0	0
6	2	0	0	0	0
7	2	4	0	0	0
8	2	4	4	0	0
9	2	12	4	0	0
10	2	0	0	0	0
11	2	0	0	0	0
12	1	4	4	0	0
13	1	4	4	0	0
14	2	0	0	0	0
15	2	12	12	0	0
16	1	4	0	0	0
17	2	4	0	0	0
18	2	4	0	0	0
19	1	12	12	2	2
20	1	0	0	0	0
21	2	4	0	0	0
22	2	12	4	2	0
23	1	0	8	0	0
24	2	4	0	0	0
25	2	0	0	0	0
26	2	8	8	0	0
27	2	4	4	0	0
28	2	0	0	0	0
29	1	12	4	0	0
30	2	8	4	0	0
31	2	8	4	0	0
32	2	4	4	0	0
33	2	4	0	0	0
34	2	4	4	0	0
35	2	4	0	0	0
36	2	4	4	0	0
37	2	8	4	0	0
38	2	8	4	0	0
39	1	4	4	0	0
40	1	4	4	0	0
41	2	0	0	0	0
42	2	4	4	0	0
43	1	12	12	0	0
44	2	0	0	0	0
45	1	4	0	0	0
46	1	8	4	0	0
47	1	4	4	0	0
48	1	8	4	0	0
49	2	4	4	0	0
50	2	4	4	0	0
51	1	8	4	0	0
52	1	8	4	0	0
53	1	8	4	0	0
54	1	0	0	0	0
55	1	0	0	0	0

56	2	8	4	0	0
57	1	0	0	0	0
58	1	4	0	0	0
59	1	0	0	0	0
60	1	0	0	0	0
61	1	8	4	0	0
62	1	4	4	0	0
63	1	0	0	0	0
64	1	4	4	0	0
65	2	4	4	0	0
66	1	4	0	0	0
67	2	0	0	0	0
68	2	12	12	0	0
69	2	8	8	0	0

Insônia_V1	Insônia_V6	Nervos._V1	Nervos._V6	Melanc._V1
0	0	2	0	1
4	4	2	2	0
0	0	2	0	0
0	0	6	2	1
0	0	0	0	0
2	0	2	0	1
2	0	2	0	0
6	6	4	4	2
6	2	4	2	1
0	0	2	0	3
4	0	2	2	0
0	0	2	4	0
2	0	0	0	0
2	2	2	2	0
4	4	2	2	2
0	0	0	0	0
2	0	2	2	1
0	0	4	2	2
6	6	0	0	1
0	0	0	0	0
2	0	4	2	0
2	2	6	6	3
4	6	2	4	1
2	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	1
2	2	2	2	1
2	2	2	0	1
2	2	6	2	1
0	2	2	0	0
6	4	4	4	1
2	0	4	2	2
4	0	2	0	1
4	4	0	0	0
2	2	2	0	0
2	2	4	0	1
0	0	2	2	0
6	6	2	2	0
2	2	2	2	1
0	0	2	0	1
0	0	0	0	1
4	4	2	2	1
6	6	4	4	2
0	0	2	2	1
4	0	2	2	1
2	2	4	2	0
0	0	4	4	2
4	2	0	0	1
0	0	0	0	0
0	0	4	4	3
0	0	2	0	1
0	0	6	4	2
4	4	0	0	0
4	2	4	2	0
0	0	2	2	1

6	6	4	2	0
0	0	4	0	0
0	0	4	2	2
4	2	0	0	0
2	2	4	4	1
2	0	0	0	1
0	0	0	0	0
0	0	4	2	2
2	2	2	2	0
2	2	2	0	0
0	0	2	0	1
2	0	2	0	0
4	4	4	4	2
4	4	4	4	2

Melanc._V6	Vertigem_V1	Vertigem_V6	Fraq._V1	Fraq._V6
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	2	1	0	0
0	1	1	0	0
0	2	0	0	0
0	1	0	0	0
0	1	0	1	0
2	0	0	0	0
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	1	1	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
2	0	0	1	0
0	0	0	0	0
1	0	0	0	0
1	0	0	1	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	1	0	0	0
0	0	0	2	1
2	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
2	0	0	0	0
1	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	1	1	1	0
0	1	1	0	0
1	1	1	1	0
1	1	1	1	0
0	1	1	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	1	0	1	0
0	0	0	0	0
0	1	1	1	1
1	0	0	0	0
0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
1	0	0	1	1
2	1	0	1	1
1	0	0	0	0
1	0	0	1	1
1	1	0	0	0
2	1	1	0	0
1	1	1	1	0
0	0	0	0	0
3	0	0	0	0
1	0	0	0	0
2	1	0	0	0
0	0	0	0	0
0	1	0	0	0
1	0	0	0	0

0	0	0	0	0
0	0	0	1	0
2	1	1	0	0
0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0
0	1	0	0	0
1	0	0	0	0
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0
0	0	0	0	0
2	0	0	0	0
2	1	1	1	1

Artralg._V1	Artralg._V6	Cefal._V1	Cefal._V6	Palpit._V1	Palpit._V6
2	2	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0
0	0	1	0	0	0
2	2	1	0	1	1
3	1	1	0	0	0
1	0	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	2	2
2	0	0	0	0	0
1	1	2	2	0	0
2	2	0	0	0	0
1	0	3	2	0	0
1	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	0
2	2	1	0	0	0
2	0	2	2	0	0
2	1	1	0	0	0
2	2	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1
1	1	0	0	0	0
2	1	2	2	0	0
0	0	3	3	0	0
0	0	1	0	2	2
0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0
3	3	2	2	0	0
0	0	1	1	0	0
2	0	0	0	0	0
1	0	1	0	0	0
2	1	2	2	0	0
2	0	2	2	1	1
3	3	1	0	0	0
1	1	2	0	0	0
0	0	1	1	0	0
2	2	1	0	1	0
2	0	0	0	0	0
2	1	1	0	0	0
3	3	1	1	0	0
2	2	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
2	2	1	1	1	1
1	1	1	1	0	0
2	3	1	2	0	0
2	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	1
2	2	1	1	0	0
1	1	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0
1	1	0	0	0	2
2	2	2	2	0	0
1	1	0	0	1	1
1	1	0	0	0	0
1	1	2	0	0	0
2	1	0	0	1	0

2	2	2	2	2	2
0	0	0	0	1	0
2	1	0	0	1	1
0	0	1	1	1	0
1	1	2	2	1	1
2	0	1	1	0	0
1	0	1	1	0	0
3	1	1	1	0	0
1	1	0	0	1	1
0	0	1	1	1	1
2	0	3	0	1	0
0	0	1	1	0	0
3	3	1	1	2	2
2	2	1	1	2	2

Formig._V1	Formig._V6	IMK_TOTAL_V1	IMK_TOTAL_V6
0	0	9	2
1	1	9	9
0	0	13	5
1	1	13	7
1	0	11	1
0	0	8	0
0	0	10	0
0	0	22	22
0	0	25	8
0	0	8	4
0	0	8	4
0	0	11	11
0	0	7	4
0	0	5	5
0	0	24	22
2	1	10	3
0	0	12	4
0	0	13	5
1	1	26	24
1	0	2	1
0	0	15	5
0	0	30	16
0	0	10	22
0	0	6	0
0	0	2	1
0	0	14	15
1	1	11	11
0	0	7	2
1	0	26	9
0	0	15	10
0	0	26	17
1	1	19	12
0	0	15	2
0	0	9	9
0	0	12	4
0	0	15	6
0	0	13	7
0	0	22	18
0	0	11	11
1	0	8	4
0	0	7	7
0	0	14	14
2	2	31	32
0	0	5	4
1	0	13	4
0	0	15	10
1	1	15	15
1	0	17	9
0	0	4	4
2	0	14	14
1	1	16	10
0	0	19	12
0	0	13	9
1	1	13	6
0	0	6	4

0	0	24	24
1	0	7	0
0	0	14	7
0	0	6	3
0	0	13	13
0	0	14	5
0	0	7	5
2	2	12	7
0	0	11	10
0	0	11	8
1	0	15	0
0	0	5	1
2	2	30	30
3	3	28	28

N°	3	5	7	8	10	12	25	depressed_V1	14	15	16	18	23	30	35
1	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	0	0	1	1	0
2	0	0	1	1	1	0	1	0,5714	1	0	1	0	1	0	0
3	1	1	1	0	1	0	1	0,7143	0	1	1	0	1	1	0
4	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	1	1	0	1	1	0
5	0	0	1	0	1	1	1	0,5714	1	1	0	0	1	0	1
6	1	1	1	1	1	1	0	0,7143	0	1	0	1	1	1	1
7	0	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	0	1	1	1	1
8	0	0	1	1	0	0	1	0,4286	0	1	1	1	0	1	1
9	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	1	1	1	0	1	1	1
10	0	0	1	0	0	1	0	0,2857	0	0	1	0	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	0	1	1	1
12	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	1	1	0	1	1	1
13	1	0	1	0	1	1	1	0,7143	0	1	1	0	1	1	1
14	0	0	1	0	1	0	0	0,2857	1	1	0	0	0	1	0
15	0	0	1	0	0	1	1	0,4286	1	0	1	0	1	1	1
16	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	0	1	0	1	0	1
17	0	1	1	0	1	1	1	0,7143	0	0	1	0	1	1	1
18	0	0	1	0	1	0	1	0,4286	0	0	0	0	1	1	1
19	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	0	1	0	1	1	0
20	1	1	1	0	1	1	0	0,7143	1	0	1	0	1	0	1
21	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	1	1	0	1	1	0
22	0	0	1	0	1	0	0	0,2857	0	0	1	1	1	1	0
23	0	1	1	0	1	0	1	0,5714	0	0	1	0	1	0	0
24	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	1	1	1	1	1	0	1
25	1	1	0	0	1	1	0	0,5714	1	0	1	0	1	1	1
26	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	0	0	0	0	0	0	1
27	0	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	0	1	0	1	1	0
28	0	0	1	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0	1	1	1
29	0	0	0	1	0	0	1	0,2857	0	0	0	0	0	1	0
30	0	1	1	0	1	0	1	0,5714	0	0	0	0	1	1	1
31	1	1	1	0	1	0	1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	1	0	1	0,2857	0	0	0	0	1	0	1
33	0	1	1	0	1	0	1	0,5714	0	1	0	0	1	0	1
34	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	0	1	1	1
35	0	1	1	1	1	0	1	0,8571	1	1	1	0	1	0	0
36	0	0	1	1	1	0	1	0,5714	1	1	1	0	0	1	0
37	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	0	0	0	0	1	1	1

somatic_V1	20	33	36	memory_V1	19	27	vasomotor_V1	2	4	6	9	anxiety_V1	1
0.5714	1	1	0	0.6667	0	0	0.0000	1	1	1	1	1.0000	1
0.4286	1	1	0	0.6667	1	1	1.0000	1	0	1	0	0.5000	0
0.5714	1	1	1	1.0000	0	0	0.0000	1	1	1	0	0.7500	0
0.5714	1	1	0	0.6667	1	1	1.0000	1	1	1	1	1.0000	0
0.5714	1	0	0	0.3333	0	1	0.5000	0	1	1	1	0.7500	0
0.7143	1	1	1	1.0000	1	1	1.0000	0	0	1	0	0.2500	1
0.8571	1	1	1	1.0000	0	1	0.5000	1	1	1	1	1.0000	0
0.7143	1	0	0	0.3333	1	1	0.0000	1	0	0	0	0.0000	0
0.7143	1	1	0	0.3333	0	0	0.5000	1	1	1	0	0.7500	0
0.4286	1	0	0	0.3333	0	1	0.5000	1	1	1	0	0.7500	1
0.8571	0	1	0	0.3333	0	1	1.0000	1	1	1	0	0.5000	0
0.4286	0	0	0	0.0000	0	1	0.0000	1	1	0	0	0.5000	0
0.7143	1	1	0	1.0000	1	0	1.0000	1	1	1	0	0.7500	0
0.4286	1	1	1	0.6667	0	0	0.0000	1	1	0	1	0.7500	0
0.5714	1	1	1	1.0000	1	1	1.0000	1	1	1	1	1.0000	0
0.5714	1	1	1	1.0000	1	1	1.0000	1	1	1	0	0.7500	1
0.5714	0	0	0	0.0000	0	0	0.0000	1	1	1	0	0.5000	0
0.2857	1	0	0	0.3333	1	0	0.5000	1	1	0	0	0.5000	0
0.8571	1	1	1	1.0000	0	0	0.0000	0	1	1	0	1.0000	1
0.7143	0	0	0	0.0000	0	1	1.0000	1	1	1	1	0.5000	0
0.1429	0	0	0	0.0000	0	0	0.0000	1	0	1	0	0.5000	0
0.4286	1	0	0	0.3333	0	0	0.0000	1	1	1	0	0.7500	1
0.0000	1	0	1	0.6667	0	0	0.0000	0	1	0	0	0.2500	0
0.2857	1	0	0	0.3333	1	0	0.5000	1	1	1	0	0.7500	1
0.7143	1	1	0	0.6667	0	0	0.0000	1	1	1	0	0.7500	0
0.8571	1	0	0	0.3333	0	0	0.0000	1	1	1	1	1.0000	1
0.5714	1	0	0	0.6667	0	0	0.0000	1	1	0	1	1.0000	1
0.5714	1	0	1	0.6667	0	1	1.0000	1	1	0	0	0.5000	1
0.5714	1	0	1	0.6667	0	0	0.0000	1	1	0	0	0.7500	1
0.4286	1	1	1	1.0000	0	0	0.0000	1	1	1	0	0.7500	1

0.1429	1	1	0	0,6667	0	0	0,0000	0	1	1	1	1	0,7500	1
0,8571	1	1	1	0,6667	1	1	1,0000	1	0	1	1	1	0,7500	0
0,8571	1	0	0	0,3333	1	0	0,5000	1	1	1	1	0,7500	0	
0,5714	0	0	1	0,3333	1	1	1,0000	1	1	1	0	0,7500	1	
0,4286	1	0	0	0,3333	0	1	0,5000	1	1	0	0	0,5000	1	
0,2857	0	0	0	0,0000	0	0	0,0000	1	0	1	1	0,5000	0	
0,8571	1	0	0	0,3333	1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	
0,4286	1	1	1	1,0000	1	0	0,0000	1	0	1	0	0,5000	0	
0,8571	1	1	0	1,0000	0	1	0,0000	1	1	0	0	0,5000	0	
0,5714	1	1	1	1,0000	0	1	0,5000	1	0	1	0	0,5000	1	
0,4286	1	0	0	0,3333	0	0	0,0000	1	1	0	0	0,7500	0	
1,0000	1	1	0	0,6667	0	0	0,0000	1	0	0	0	0,2500	1	
0,7143	1	0	0	0,3333	0	1	0,5000	1	1	1	0	0,7500	1	
0,5714	1	0	0	0,3333	0	1	0,0000	1	1	1	0	1,0000	1	
0,7143	1	1	1	1,0000	1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	
0,0000	0	0	0	0,0000	0	0	0,0000	0	0	1	0	0,2500	0	
0,4286	0	0	0	0,0000	1	1	1,0000	0	1	0	0	0,2500	0	
0,5714	1	0	0	0,3333	1	1	1,0000	1	1	1	0	0,7500	1	
0,4286	1	0	0	0,3333	1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	0	
0,2857	1	1	1	0,6667	0	0	0,0000	1	1	1	1	0,5000	0	
0,7143	1	0	0	0,3333	0	0	0,0000	1	1	1	1	1,0000	1	
1,0000	1	0	0	0,3333	0	1	0,5000	1	1	1	0	0,5000	1	
0,2857	0	0	0	0,0000	1	1	1,0000	0	1	1	0	0,7500	0	
0,8571	0	0	0	0,0000	0	0	0,0000	1	1	1	1	1,0000	1	
0,5714	1	1	1	1,0000	0	0	0,0000	0	0	0	0	0,0000	1	
0,1429	0	0	0	0,0000	0	0	0,5000	0	0	0	0	0,0000	1	
0,2857	0	0	0	0,0000	0	0	0,0000	0	0	0	0	0,0000	1	
0,2857	0	0	0	0,0000	0	0	0,0000	1	1	0	0	0,5000	0	
0,5714	1	0	0	0,3333	0	0	1,0000	0	0	0	1	0,2500	0	

0	0	0,3333	0	1	0	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	0
1	1	0,6667	1	0	0	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	0
0	0	0,0000	1	1	0	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	1
0	1	0,6667	1	0	1	1	1	1,0000	0	1	1	0	1	1	1
0	0	0,3333	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	0
1	0	0,3333	1	1	1	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	0
0	1	1,0000	1	1	1	1	1	0,6667	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
1	0	0,3333	1	1	1	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1	0,6667	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
1	1	0,6667	1	0	1	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1	0,6667	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,6667	1	1	1	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	1
0	1	0,6667	1	0	1	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,6667	1	1	1	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,6667	1	1	1	1	1	1,0000	0	1	1	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0,3333	0	1	1	1	1	0,6667	0	1	1	1	1	1	1

	depressed_V6	14	15	16	18	23	30	35	somatic_V6	20	33	36	memory_V6
1	1,0000	1	0	1	0	1	1	0	0,5714	1	1	1	1,0000
1	0,7143	1	0	1	0	1	0	1	0,5714	1	1	1	1,0000
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	1,0000	1	1	0	0	1	0	1	0,5714	1	0	0	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	0	1	1	1	0	1	1	0,4286	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	0	1	1	1	1	0	1	0,7143	1	1	1	1,0000
1	1,0000	1	1	0	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	0	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,7143	1	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	0	0,6667
1	0,4286	0	0	1	1	1	0	1	0,4286	0	0	0	0,0000
1	0,7143	1	1	0	1	1	1	1	0,2857	1	1	0	0,3333
1	1,0000	1	0	1	0	1	1	0	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	0	0	1	0	0	0	0	0,0000	0	1	1	1,0000
1	0,7143	0	1	1	1	1	1	1	0,5714	1	1	0	0,0000
1	0,4286	1	0	1	1	1	0	1	0,2857	1	1	0	0,3333
1	0,7143	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,8571	0	0	0	0	1	1	1	0,2857	0	0	0	0,0000
1	0,7143	0	0	0	1	1	0	1	0,2857	0	0	0	0,3333
1	0,7143	1	0	0	0	1	0	1	0,4286	1	1	0	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	0	0,6667
1	0,8571	1	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	0	0,6667
1	0,8571	1	1	1	0	1	1	1	0,7143	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	0	0	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333
1	1,0000	0	1	1	1	1	0	1	0,7143	1	1	1	1,0000
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	0	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	1	0	0	1	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	0	1	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	0	0	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	0	0	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	0	0,6667
1	0,5714	1	0	0	1	0	1	1	0,5714	1	0	1	0,3333

1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1429	0	1	1	0,6667
0	0,5714	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5714	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	1	0,6667
1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1429	0	0	0	0,3333
1	0,7143	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5714	1	0	0	0,3333
1	0,8571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2857	0	0	0	0,0000
1	0,7143	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8571	1	1	1	0,6667
1	0,5714	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,4286	1	1	1	1,0000
1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1429	1	1	1	0,6667
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,2857	1	1	1	0,6667
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	0	0	0	0,6667
1	0,8571	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,4286	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,8571	1	1	1	0,6667
1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,1429	0	0	0	0,0000
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,2857	1	1	1	0,6667
1	0,5714	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2857	0	0	0	0,0000
1	1,0000	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000
1	0,8571	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,5714	1	1	1	0,3333
1	0,8571	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,8571	0	0	0	0,3333
1	1,0000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,7143	0	0	0	1,0000
1	1,0000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,7143	0	0	0	0,3333
1	0,8571	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,5714	1	1	1	0,3333
1	0,5714	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2857	0	1	1	1,0000
1	0,7143	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,2857	1	1	1	0,3333

19	27	vasomotor_V6	2	4	6	9	anxiety_V6	1	11	29	sleep_V6	17	22	28	21
1	1	1,0000	0	1	1	1	0,7500	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	0	0	0	0,2500	0	0	0	0,0000	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	0	0	1	0,3333	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	0,6667	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	1,0000	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	0,6667	1	1	1	1
1	1	1,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	0,6667	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	0	0	0	0,0000	1	1	0	0,3333	1	1	1	1
0	0	0,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	0	0	0	0,0000	0	0	0	0,3333	1	1	0	0
0	0	0,0000	0	0	0	0	0,5000	0	0	0	0,3333	1	1	0	0
0	0	0,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	0,6667	1	1	1	1
0	0	0,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	0,6667	1	1	1	1
0	0	0,0000	1	1	1	1	0,7500	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	0	0	0	0,7500	1	1	1	1,0000	1	1	1	1
0	0	0,0000	0	0	0	0	0,7500	1	1	1	0,6667	1	1	1	1

0	1	0,6667
0	0	0,0000
1	1	1,0000
1	1	1,0000
0	1	0,6667
1	1	1,0000
1	0	0,6667
0	1	0,6667
1	0	0,3333
1	0	0,3333
1	0	0,3333
0	0	1,0000
1	0	0,6667
1	1	1,0000
1	1	1,0000
1	1	1,0000
0	0	0,3333
1	1	1,0000
1	1	1,0000
1	1	1,0000
1	0	0,6667
1	1	1,0000
1	1	1,0000
1	1	1,0000
0	0	0,6667
1	1	1,0000
1	1	1,0000
0	0	0,0000
0	0	0,3333
1	1	0,6667

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](#)