

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

**Prevalência de depressão e ansiedade  
associada à obesidade em mulheres  
na transição e após menopausa**

**Wendry Maria Paixão Pereira**

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

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi

**São Paulo  
2010**

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

**Prevalência de depressão e ansiedade  
associada à obesidade em mulheres  
na transição e após menopausa**

**Wendry Maria Paixão Pereira**

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

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Aldrighi

**São Paulo  
2010**

*A todos aqueles que sempre estiveram presentes em minha vida; em especial meus pais Leonardo e Inês, pelo amor, carinho, dedicação e proteção; à minha querida avó Therezinha Paixão pelo exemplo de amor e perseverança.*

## **AGRADECIMENTOS**

*A **Deus**, que esteve presente iluminando e guiando meu caminho.*

*Ao meu **Orientador Professor José Mendes Aldrighi**, meu reconhecimento pela oportunidade, aprendizagem e amadurecimento no meio científico. Obrigada pela confiança!*

*À **FAPESP** que propiciou esta pesquisa e bolsa de estudos.*

*Às **Professoras Maria Regina e Nilza Nunes da Silva**, pelo carinho paciência e atenção na orientação das análises estatísticas.*

*Às **Professoras Ana Carolina Schmitt e Elenita Favarato**, pelas críticas construtivas para este trabalho.*

*Ao **professor Roberto Calvoso**, pelas críticas e correções neste trabalho.*

*Aos funcionários da FSP/US em especial a **Iara** e **Leandro** por toda atenção e acolhimento.*

*Aos meus **Pais Leonardo e Inês**, que amo incondicionalmente, por toda a ajuda, oração e incentivo a superar todas as dificuldades durante estes anos permanecendo ao meu lado com amor e paciência.*

*Aos meus **familiares**, tios e meu primo Cadu por todo amor, apoio, incentivo e orações especialmente minha **Vó Therezinha** e minha irmã **Priscila Paixão**.*

*Aos meus queridos **avós Carlinhos, Alice e Joaquina**, por interceder por mim junto á Deus.*

Às minhas queridas amigas **Aline Cunha e Luana Ribeiro**, por toda companhia, amizade verdadeira e amor dedicado.

Ao meu **namorado Woesley Nogueira**, pelo incentivo, amor e auxílio nas traduções.

À minha amiga **Maria Izabel**, por ter dividido este momento especial da minha vida, dando apoio e mostrando o valor da amizade.

A toda "**galera do bem**", por sempre estar apoiando-me, auxiliando e guiando.

Às minhas amigas da pós-graduação, **Aurora, Carol, Cida, Débora, Elaine, Gabriela Jéssica, Liania e Neussana**, obrigada por vocês fazerem parte da minha vida, foi um prazer conhecer vocês.

Às **amiguinhas Carol, Deb e Nani** pela amizade, cumplicidade, união, companhia, e por proporcionar momentos inesquecíveis ao longo destes anos.

*"Sonhos não morrem,  
apenas adormecem na alma da gente."*

*Chico Xavier*

## Resumo

PEREIRA WMP. **Prevalência de depressão e ansiedade associada à obesidade em mulheres na transição e após menopausa.** [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

**Introdução** - A ansiedade e depressão que acometem a mulher, na fase de transição menopausal e após menopausa, vêm sendo estudados, uma vez que estes agravos repercutem na qualidade de vida psicossocial da mulher. **Objetivo** - Estimar a prevalência da ansiedade e depressão e sua associação com a obesidade em mulheres na transição menopausal e após menopausa; e caracterizar os fatores associados à ansiedade e depressão. **Métodos** - Estudo observacional transversal com utilização de dados secundários, que investigou a ansiedade e depressão por meio de inventários, em 749 mulheres de 35 a 65 anos selecionadas aleatoriamente e atendidas pelo Programa de Saúde da Família de Pindamonhangaba-SP. O método consistiu na aplicação de um questionário auto-referido. Os fatores associados foram investigados por meio de informações sócio-demográficas, hábitos de vida, história ginecológica e obstétrica, morbidades, dados antropométricos e laboratoriais e uso de medicamentos. Foram feitas análises bivariadas e multivariadas, bem como criado um modelo de regressão logística múltipla no programa *Stata* 9.1, utilizando um intervalo de confiança de 95%. **Resultados** - A ansiedade esteve presente em 49,8% (IC<sub>95%</sub>: de 46,2% a 53,4%) e a depressão em 33,7% (IC<sub>95%</sub>: de 30,4% a 37,3%) das mulheres. A prevalência de obesas foi de 68,7% (IC<sub>95%</sub>: de 65,3% a 72,0%). Não houve associação entre a obesidade e ansiedade, depressão. Os fatores associados a ansiedade foram: cintura abdominal superior a 80 cm ( $p=0,005$ ), ser fumante ( $p=0,001$ ), ter feito uso de TH ( $p=0,022$ ), e renda superior a um salário mínimo ( $p=0,002$ ). Quanto à depressão, os fatores que se associaram foram: qualidade de sono ruim ( $p=0,000$ ), apnéia obstrutiva do sono ( $p=0,002$ ) e os sentimentos de angústia ( $p=0,000$ ) e insegurança ( $p=0,000$ ). **Conclusão** - A prevalência de ansiedade foi alta atingindo metade das mulheres, a depressão atingiu mais de um terço das mulheres na transição menopausal e pós-menopausa, e não houve associação com a obesidade.

**Descritores:** Depressão; Ansiedade; Obesidade; Transição Menopausal; Pós-menopausa.



## Abstract

PEREIRA WMP. **Prevalence of depression and anxiety associated with obesity in women in the menopausal transition and postmenopause.** [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2010.

**Introduction** - The anxiety and depression in women, during and after menopause, have been studied, once, of these damage echoes in the quality of the woman's life psychosocial. **Objectives** - Estimate the prevalence of the anxiety and depression and her association with the obesity in women in the transition menopausal and postmenopause; and to characterize the associated factors the anxiety and depression. **Methods** - An observational, cross-sectional study carried out on secondary data, that it investigated the anxiety and depression through inventories, in 749 women from 35 to 65 years randomly selected among women receiving care in the Family Health Program in Pindamonhangaba, São Paulo– Brazil . The method consisted of the application of a solemnity-referred questionnaire, the associated factors were investigated through sociodemographic, information, lifestyle habits, gynecological and obstetric history, morbidities, given anthropometry and laboratories and use of medicines. They were made analyses bivariate and multivariate, were performed and a model of multiple logistic regression was created in the Stata software program, version 9.1, with a 95% confidence interval. **Results** - The anxiety was present in 49,8% (95%IC: 46,2%- 53,4%) and the depression in 33,7% (95%IC: 30,4%- 37,3%) of the women. The prevalence of obese was of 68,7% (95%IC: 65,3%-72,0%). there was not association between the obesity and anxiety, depression. Factors associated with anxiety were waist circumference greater than 80 cm (p=0,005), to be smoking (p=0,001), to have made use of TH (p=0,022), income above minimum wage (p=0,002). as for the depression the factors was associate with quality of sleep (p=0,000), obstructive apnea of the sleep (p=0,002) the anguish feelings (p=0,000) and insecurity (p=0,000). **Conclusion** - The anxiety prevalence was high in the half women's, the depression reached more than a third of the women in the transition menopausal and postmenopausal, and there was not association with the obesity.

**Descriptors:** Depression; Anxiety; Obesity; Menopausal Transition; Postmenopause.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1 CLIMATÉRIO: CONCEITO E NOMENCLATURA	16
1.1.2 O envelhecimento ovariano e suas repercussões	19
1.2 OBESIDADE: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO	21
1.2.1 Fisiopatologia da obesidade	22
1.2.2 A obesidade no Brasil e no Mundo	24
1.2.3 Obesidade na transição menopausal e após menopausa	25
1.2.4 Agravos e fatores psíquicos x obesidade	26
1.3 ANSIEDADE	27
1.3.1 Etiologia da ansiedade	28
1.3.2 Epidemiologia da ansiedade	30
1.3.3 Sintomas da ansiedade	31
1.3.4 Ansiedade na transição menopausal e após menopausa	32
1.4 DEPRESSÃO	33
1.4.1 Etiologia da depressão	34
1.4.2 Epidemiologia da depressão	35
1.4.3 Sintomas da depressão	36
1.4.4 Depressão na transição menopausal e após menopausa	37
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	40
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
<b>3 CASUÍSTICA e MÉTODO</b>	<b>41</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	41
3.2 LOCAL DO ESTUDO	42
3.3 AMOSTRA DO PROJETO INICIAL	43
3.3.1 Amostra deste estudo	46
3.4 PROCEDIMENTO TRABALHO PRIMÁRIO	47
3.4.1 Procedimento deste estudo	50
3.5 INVESTIGAÇÃO DAS VARIÁVEIS	52
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	58
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>60</b>
4.1 AMOSTRA DO ESTUDO	60
4.2. PERFIL DAS MULHERES	61
4.2.1 Dados antropométricos	64
4.2.2 História ginecológica e obstétrica	65
4.2.3 Morbidades referidas	67
4.2.4 Hábitos de vida	69
4.2.5 Uso de medicamentos	70
4.2.6 Dados clínicos e laboratoriais	71

4.3 PREVALÊNCIAS	72
4.3.1 Ansiedade	72
4.3.2 Depressão	74
4.3.3 Obesidade	76
4.3.4 Distúrbios emocionais, obesidade e o estágio menopausal	78
4.3.5 Distúrbios emocionais e a obesidade	79
4.4. ASSOCIAÇÕES	79
4.4.1 Os distúrbios emocionais e a obesidade	79
4.4.2 Distúrbios emocionais segundo o estágio menopausal e a obesidade	80
4.4.3 Distúrbios emocionais e as características epidemiológicas e clínicas	82
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>93</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
<b>6 CONCLUSÃO</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>132</b>
Anexo 1- Autorização realização do projeto em Pindamonhangaba	132
Anexo 2 - Autorização Comitê de Ética trabalho primário	133
Anexo 3- Carta de aprovação da mudança de título trabalho primário	134
Anexo 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	135
Anexo 5- Roteiro da entrevista	136
Anexo 6- Roteiro da antropometria	160
Anexo 7- Autorização do banco de dados	161
Anexo 8- Termo de responsabilidade do pesquisador	162
Anexo 9- Autorização Comitê de Ética	163
Anexo 10- Carta mudança de título	164
Anexo 11- Caderno de variáveis	165
<b>CURRÍCULO LATTES</b>	<b>179</b>

## Lista de Tabelas

- Tabela 1:** Estudos epidemiológicos de prevalência de ansiedade, 1994-2009 **31**
- Tabela 2:** Estudos epidemiológicos de prevalência de depressão, 1994-2009 **36**
- Tabela 3:** Distribuição do número de micro área, de mulheres e a relação de número de mulheres por micro área, segundo a USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **45**
- Tabela 4:** Distribuição do perfil sócio-demográfico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **63**
- Tabela 5:** Dados antropométricos das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **64**
- Tabela 6:** História ginecológica e obstétrica das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **66**
- Tabela 7:** Morbidades referidas pelas mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **68**
- Tabela 8:** Hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **70**
- Tabela 9:** Dados clínicos e laboratoriais das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **72**
- Tabela 10:** Presença de sintomas de ansiedade segundo o BAI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **74**
- Tabela 11:** Presença de sintomas de depressão segundo o BDI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **76**
- Tabela 12:** Prevalência dos distúrbios emocionais e da obesidade segundo o estágio menopausal, das mulheres das USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **78**
- Tabela 13:** Prevalência dos distúrbios emocionais em mulheres obesas cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **79**
- Tabela 14:** Associação da ansiedade e depressão com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **80**

- Tabela 15:** Associação da ansiedade segundo o estágio menopausal com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **81**
- Tabela 16:** Associação da depressão segundo o estágio menopausal com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **81**
- Tabela 17:** Associação entre os distúrbios emocionais e a localização da USF e dados sócio-demográficos, das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **83**
- Tabela 18:** Associação entre os distúrbios emocionais e a história ginecológica e obstétrica das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **84**
- Tabela 19:** Associação entre os distúrbios emocionais e as morbidades pessoais e familiares referidas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **85**
- Tabela 20:** Associação entre os distúrbios emocionais e os hábitos de vida das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **86**
- Tabela 21:** Associação entre os distúrbios emocionais e o uso de medicamentos das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **87**
- Tabela 22:** Associação entre a depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **88**
- Tabela 23:** Associação entre a os sintomas de depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **89**
- Tabela 24:** Associação entre a os sintomas de depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **90**
- Tabela 25:** Modelo de regressão logística entre a depressão e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **91**
- Tabela 26:** Modelo de regressão logística entre a ansiedade e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008. **92**
- Tabela 27:** Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em adultos. **173**

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Estágios do envelhecimento ovariano	<b>19</b>
<b>Figura 2:</b> Classificação de peso pelo IMC e risco de comorbidades	<b>22</b>
<b>Figura 3:</b> Fluxograma da coleta de dados realizada nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008	<b>48</b>
<b>Figura 4:</b> Posição corporal para medida da estatura.	<b>55</b>
<b>Figura 5</b> Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.	<b>57</b>
<b>Figura 6</b> Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril	<b>57</b>
<b>Figura 7:</b> Níveis de ansiedade segundo BAI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	<b>73</b>
<b>Figura 8:</b> Níveis de depressão segundo BDI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	<b>75</b>
<b>Figura 9:</b> Classificação do IMC das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.	<b>77</b>

## **Siglas utilizadas**

CA = circunferência abdominal

DCV= doença cardiovascular

FSH= hormônio folículo estimulante

GABA =o ácido gamaaminobutírico

HDL= lipoproteína de alta densidade

IBGE= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC= Intervalo de confiança

IDF = International Diabetes Federation

IMC = índice de massa corporal

IMS= International Menopause Society

IPAC= International Physical Activity Questionnaire

IU= incontinência urinária

LANPOP= Laboratório de Avaliações Nutricionais de População

LDL= lipoproteína de baixa densidade

LH= hormônio luteinizante

MA= micro-área

NAMS= North American Menopause Society

NCEP ATP III = National Cholesterol Education Program Adult Treatment  
Panel III

OMS Organização Mundial da Saúde

OR= odds ratio

PENN5= Penn Ovarian Aging Study

PSF= Programa de Saúde da Família

RCQ = relação cintura-quadril

SAOS= síndrome da apnéia obstrutiva do sono

SM = síndrome metabólica

SOP= síndrome dos ovários policísticos

STRAW= The Stages of Reproductive Aging Workshop

USF= Unidade de Saúde da Família

## 1. INTRODUÇÃO

Durante sua trajetória de vida, a mulher se depara com momentos marcantes, verdadeiras crises, decorrentes de distintos episódios a que fica submetida, como a menarca, gestação, lactação e menopausa, que além de propiciarem significativo impacto biopsicossocial, podem também repercutir sobre a qualidade de vida (TRENCH e SANTOS, 2005).

Em relação especialmente à menopausa, a expressiva redução da produção de estrogênios pelos ovários, pode resultar não só em sintomas desconfortáveis como ondas de calor, insônia e distúrbios do humor, mas também na eclosão de agravos como: a doença cardiovascular, osteoporose e obesidade, todos também possíveis de repercutirem sobre a qualidade de vida (ALDRIGHI et al., 2002).

Como a menopausa ocorre, em média, aos 48,6 anos (ALDRIGHI et al., 2005) e a expectativa de vida para a população feminina brasileira é de 72,4 anos (IBGE, 2007) depreende-se que as mulheres viverão um terço de suas vidas no estágio da pós menopausa, momento em que os profissionais de saúde deverão exercer importante papel na orientação desse grupo populacional para que suas integrantes possam cursar com uma adequada qualidade de vida (IM et al., 2010).

Nesse sentido, a prevenção da obesidade assume particular importância, pois ao causar mudanças na imagem corporal, pode propiciar o aparecimento dos distúrbios emocionais como a ansiedade e depressão



(VERAS et al., 2006) comumente presentes nessa fase de vida da mulher e dessa forma comprometer a qualidade de vida.

Daí, o estudo do binômio - distúrbios emocionais e obesidade - em mulheres na transição menopausal e após menopausa assume particular importância em termos de saúde pública.

## 1.1 CLIMATÉRIO: CONCEITO E NOMENCLATURA

Em 2008 a população feminina brasileira foi estimada em 97 milhões (DATASUS, 2010), sendo que 32% dela se encontrava na faixa etária entre os 35 aos 65 anos, intervalo que corresponde ao período do climatério.

A palavra climatério origina-se do grego, "*klimakter*" e significa ponto crítico da vida humana, ou seja, a etapa do desenvolvimento humano que marca a transição da idade adulta à senescência. A Organização Mundial da Saúde (1996) definiu o climatério como a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher.

ALDRIGHI et al. (2005), por sua vez, a partir do estudo de NOTELOVITZ (1988) consideraram o climatério como sendo um período de transição, marcado por manifestações decorrentes do esgotamento folicular ovariano compreendendo o intervalo etário dos 37 a 65 anos.

De fato, foi em 1988 que NOTELOVITZ propôs que o período do climatério tinha início aos 35 e término aos 65 anos e o dividiu em três

décadas: inicial (35 aos 45 anos); intermediária (46 aos 55 anos) e a tardia (56 aos 65 anos); posteriormente, NAHOUM e SIMÕES (1989) relataram que esse período não tinha limites precisos.

Com o avanço da endocrinologia surgiram as determinações séricas dos hormônios por meio dos radioimunoensaios e com essa metodologia muitos estudos foram feitos na tentativa de melhor caracterizar o início do climatério, surgindo a partir de então, novas terminologias.

Assim, para SOULES, SHERMAN e PARROT (2001), o climatério teria início a partir das pequenas alterações no ciclo menstrual relatadas pelas mulheres e que seriam ocasionadas por incipientes flutuações hormonais dos ovários e o dividiu nos estágios da pré-menopausa, transição menopausal precoce, transição menopausal tardia e pós-menopausa.

GRACIA et al. (2005), por sua vez, ao correlacionarem os resultados das determinações diárias de hormônios esteróides ovarianos com o padrão menstrual, confirmaram os estudos de SOULES, SHERMAN e PARROT (2001) e introduziram o conceito de envelhecimento ovariano, processo marcado pelo contínuo consumo folicular e constituído por cinco estágios: fetal, infantil, reprodutivo, transição menopausal e após menopausa, que além de serem facilmente identificados clinicamente, permitiram entender com maior precisão o início etário do climatério (GRACIA et al., 2005).

No estudo de GRACIA et al. (2005), o estágio reprodutivo se inicia na menarca e se estende até os 36-37 anos, momento que começa o estágio da transição menopausal precoce, onde clinicamente surgem as primeiras irregularidades menstruais (aumento do ciclo menstrual em sete dias),

decorrentes da expressiva redução de folículos, que nesse estágio oscila entre 25000 unidades, e das conseqüentes sutis oscilações hormonais.

Diferentemente, a transição menopausal tardia se caracteriza por evidentes alterações endócrinas, como aumento das concentrações sanguíneas da inibina, FSH e LH e diminuição de estradiol, justificando as irregularidades menstruais significativas, como amenorréia (ausência menstrual) de 3 a 11 meses (GRACIA et al., 2005).

Entretanto, caso a amenorréia tenha uma duração maior do que 12 meses consecutivos, configura-se o diagnóstico de menopausa, última menstruação da vida da mulher (NAMS, 2004).

A palavra menopausa é originária do grego, *mens* = mês e *pausis* = parada, ou seja, significa parada do fluxo menstrual. Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996), a menopausa natural só pode ser definida após 12 meses consecutivos de ausência menstrual e sem qualquer causa patológica ou psicológica.

Consoante ALDRIGHI et al. (2005) a menopausa no Brasil ocorre aos 48,6 anos, podendo se antecipar nos casos de tabagismo e é por ele considerada como a perturbação endócrina mais comum associada ao processo biológico do envelhecimento e não uma doença ou distúrbio causado pela deficiência de estrogênio (NAMS, 2004).

Após a menopausa, o estágio seguinte do envelhecimento ovariano é a pós menopausa, que se estende até o final da vida da mulher (GRACIA et al., 2005).

A partir desses estudos, a nomina climatério tem sido pouco utilizada na prática clínica, porém a Disciplina de Saúde da Mulher no Climatério, da área de concentração Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Faculdade de Saúde Pública da USP, além de ainda continuar seu uso, considera que o climatério englobe os dois últimos estágios do envelhecimento ovariano - a transição menopausal e a pós menopausa – propostos em 2002 pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa, de acordo com a Figura 1.

**Figura 1:** Estágios do envelhecimento ovariano

Final do período menstrual							
Estágios	-5	-4	-3	-2	-1	+1	+2
Terminologia	reprodutivo (pré-menopausa)			transição menopausal		pós-menopausa	
	inicial		tardio	inicial	tardio	inicial	tardio
				perimenopausa			
Duração	variável			variável		1 ano	até o fim da vida
Ciclo menstrual	variável a regular	regular		duração variável (>7 dias diferente do normal)	falha ≥2 ciclos e intervalo de amenorréia ≥ 60 dias	Amenorréia 12 meses	inexistente
						4 anos	
Nível de hormônio foliculo estimulante (FSH)	Normal		↑	↑		↑	

Fonte: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW), by: NAMS (2002).

### 1.1.2 O envelhecimento ovariano e suas repercussões

De acordo com FREEMAN et al. (2005), o envelhecimento ovariano é um processo fisiológico e contínuo com início a partir de 20 semanas de

gestação, quando o número de folículos - unidades funcionais produtoras de hormônios é de sete milhões.

A partir daí, ocorre progressivo consumo folicular denominado de atresia, fazendo com que ao nascimento o número alcance dois milhões e na menarca 400.000 unidades. Daí em diante, o consumo folicular continua mensalmente, sendo que aos 37 anos, quando atinge 25.000 unidades é deflagrado o início do estágio da transição menopausal precoce, caracterizado por irregularidades menstruais decorrentes de mínimas alterações na produção de hormônios produzidos pelos ovários - o estrogênio e a progesterona (FREEMAN et al., 2005)

Além das irregularidades menstruais presentes na transição menopausal, a queda progressiva na produção dos esteróides ovarianos propicia outros sintomas desconfortáveis como ondas de calor, insônia, distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade, além de alterações no trofismo da pele e das mucosas (ALDRIGHI et al., 2002).

No estágio da pós menopausa, com a ausência quase que total dos estrogênios, os sintomas referidos podem aumentar ainda mais, além do que a mulher fica exposta a um maior risco de agravos como a osteoporose, doença cardiovascular (DCV), incontinência urinária (IU) e obesidade (ALDRIGHI et al., 2002; CAMARGOS et al.,2008).

Durante o climatério, os distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade aliados a obesidade são os que mais podem comprometer a qualidade de vida dessas mulheres (SILVA FILHO et al.,2005; KATER, 2006).

## 1.2 OBESIDADE: CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

A obesidade representa neste século uma das prioridades em saúde pública e é definida pela OMS (2000), como um acúmulo de gordura armazenado e que se associa a um maior risco para o desenvolvimento de doenças, em função de complicações metabólicas.

A obesidade é uma síndrome multifatorial, complexa, resultante do controle inapropriado do balanço energético por aumento da ingestão alimentar e/ou do sedentarismo e na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades sócio-econômicas (WANG, MONTEIRO E POPKIN, 2002).

O sobrepeso e obesidade podem ser quantificados globalmente pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e o excesso de gordura abdominal por meio de mensurações da circunferência abdominal (CA) e da relação cintura-quadril (RCQ) (ROBERT e REITHER, 2004).

Segundo a OMS (2000) o IMC é um bom indicador de deposição de gordura corporal em excesso, porém não distingue a massa gordurosa da massa magra. O IMC é definido pela divisão do peso em quilogramas pela altura em metros ao quadrado e a classificação atualmente proposta pela OMS (2000) e aceita pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO) pode ser observada na figura 2.

**Figura 2:** Classificação de peso pelo IMC e risco de comorbidades

Classificação de peso pelo IMC		
Classificação	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risco de comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5-24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40,0	Muito grave

Fonte: ABESO, Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010

Na avaliação da gordura visceral pela CA, a OMS (2000) considera como ponto de corte valores iguais a 80 cm; valores superiores, apresentam maior correlação com as doenças cardiovasculares e metabólicas.

A RCQ é representada pelo quociente entre circunferência abdominal e o quadril, sendo que o ponto de corte é de 0,80 (MOLARIUS et al., 1999); entretanto, esse quociente apresenta limitações, pois as duas circunferências podem sofrer influências de massa gordurosa, muscular e a estrutura óssea.

### 1.2.1 Fisiopatologia da obesidade

Segundo GELONEZE (2006), os mecanismos envolvidos na fisiopatologia da obesidade são os neuroendócrinos e metabólicos. A obesidade dá-se pelo desequilíbrio energético, quando a ingestão supera o

gasto energético diário. A gordura é armazenada principalmente no tecido adiposo da cavidade intraperitoneal, fígado e em outros órgãos (FLEGAL et al., 2002).

Muitos fatores são determinantes para o desenvolvimento da obesidade, destacando-se o genético e ambiental. Dentre os genéticos destacam-se as mutações no gene produtor e no receptor de leptina (GUYTON e HALL, 2006).

Segundo Zhang et al. (1994) a leptina é um hormônio peptídico secretado pelas células adiposas. Em síntese, a leptina atua no núcleo arqueado no hipotálamo por meio da liberação de neuropeptídeos relacionados ao apetite e à saciedade, com sua alta concentração reduzindo a ingestão alimentar e sua baixa concentração resultando em hiperfagia (SOUZA, 2004).

Todavia, Foster-Schubert et al. (2005) relataram que a mutação desse gene, ou sua deficiência, acarreta obesidade severa e diabetes tipo II. Deste modo, altos níveis de leptina reduzem a ingestão alimentar enquanto baixos níveis induzem hiperfagia. Assim, defeitos no receptor da leptina, nos sinais de transdução ou de interação do sistema leptina com outros sistemas envolvidos na manutenção da massa corporal são as principais causas da obesidade mórbida (HARISON et al., 2008).

Contudo, para SAWAYA e ROBERTS (2003) os hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo associados à genética representam a grande maioria dos casos de obesidade, enquanto que para a OMS (2000) o ambiente se responsabiliza por 60% dos casos de obesidade e sobrepeso.



### 1.2.2 A obesidade no Brasil e no Mundo

A OMS estima que há mais de um bilhão de adultos com sobrepeso em todo mundo e destes, 300 milhões são obesos, o que torna a obesidade um problema mundial (OMS, 2000). No Brasil a prevalência de obesas é de 13% (IBGE, 2010), sendo que 34,9% se concentra nas regiões sudeste e nordeste (CAPITAO e TELLO, 2004).

Entre as mulheres, as prevalências de sobrepeso (42%) e obesidade (13%) são maiores nos estratos de renda de até dois salários mínimos. As taxas de obesidade, por sua vez, são maiores no segmento populacional mais pobre e com menor nível de escolaridade (MONTEIRO, CONDE e POPKIN, 200; IBGE, 2010), fato que pode ser justificado pelo baixo custo de alimentos gordurosos e daqueles com açúcar, bem como do fácil acesso à alimentação rica em carboidratos (NORMAN, FLIGHT e REES, 2005).

Nos EUA a prevalência de excesso de peso feminino, a partir dos 30 anos alcança 33,2%, sendo mais elevada entre os não-hispânicos, negros e mexicanos (ECKEL, 2008). Na maioria dos países europeu, nos últimos dez anos, a prevalência da obesidade aumentou de 18 a 40% e nos africanos, apesar da existência de desnutrição, constata-se que significativa parcela das mulheres negras de alto poder econômico são obesas na República Sul Africana (OMS, 2010).

### 1.2.3 Obesidade na transição menopausal e após menopausa

Durante o climatério é freqüente o aumento do peso corpóreo, que pode alcançar de dois a quatro quilos em três anos (SILVA et al., 2007), ainda observa-se incremento da relação cintura-quadril, que se acentua progressivamente com a idade (TRÉMOLLIERES, POWILLES e RIBOT, 1996; DRAPEAU et al., 2007).

O aumento da gordura abdominal da mulher na menopausa pode decorrer da redução da lipase lipoprotéica (GUYTON e HALL, 2006), ou da redistribuição da gordura corporal e massa magra, levando ao aumento da adiposidade abdominal e resistência à insulina (BINFA e BLÜMEL, 2001).

Enquanto que o incremento do peso corpóreo advêm do hipoestrogenismo que propicia redução dos receptores de leptina no hipotálamo e conseqüente diminuição da saciedade (KIMURA et al., 2002).

Outros fatores implicados no aumento de peso no climatério (mulheres acima de 40 anos) incluem a diminuição do gasto energético, queda na atividade metabólica em repouso e sedentarismo (BLÜMEL et al., 2001; PERCEGONI et al., 2009).

Estudos brasileiros evidenciaram que em Caxias (RS) a prevalência de mulheres obesas pós-menopáusicas foi de 31,6 % (DE LORENZI et al., 2005), enquanto que em São Paulo (SP), mulheres também na pós menopausa, alcançaram 34,4% e o acúmulo de gordura abdominal foi de 73,8 (FRANÇA, ALDRIGHI e MARUCCI, 2008).

#### 1.2.4 Agravos e fatores psíquicos x obesidade

A obesidade, além de se associar a várias comorbidades, especificamente no período da menopausa, como dislipidemias, coronariopatia isquêmica, hipertensão arterial, diabetes mellitus, hiperuricemia, colecistopatia, câncer de endométrio e de mama (WYATT, WINTERS e DUBBERT, 2006), pode ainda cursar com peculiaridades psicológicas como irritabilidade, fadiga, diminuição do desejo sexual, depressão e ansiedade (PUHL e BROWNELL, 2006), essas duas últimas em função da baixa auto-estima e do isolamento social.

SAWAYA e ROBERTS (2003) admitiram que os fatores psíquicos podem gerar aumento de peso e que a obesidade pode redundar em quadros emocionais, como ansiedade e depressão, criando um ciclo vicioso.

Entre os fatores emocionais que comumente se relacionam com a eclosão da obesidade destacam-se as perdas familiares e a separação ou decepção amorosa (PUHL e BROWNELL, 2006). O mecanismo envolvido nesse processo é compensatório, ou seja, frente a situações emocionais adversas, a mulher aumenta o consumo de alimentos altamente calóricos, como chocolate, que desencadeiam no organismo maior secreção de serotonina, neurotransmissor que provoca sensação de "bem-estar" (FABRICATORE e WADDEN, 2004).

Dessa forma, a mulher ganha peso e diante da nova imagem corporal desenvolve, inicialmente, depressão e, posteriormente, na tentativa de emagrecer, ficam ansiosas, fechando o ciclo obesidade, ansiedade e

depressão, muitas vezes presente no climatério (SNEED, KASEN e COHEN, 2007).

Por isso, CAMARGOS et al. (2008) consideraram que a obesidade representa um sério problema não só para saúde física, mas também para a psíquica.

### 1.3 ANSIEDADE

Para FREUD (1976) a ansiedade é considerada um estado afetivo, que combina alguns sentimentos de prazer-desprazer e os transforma em euforia e, que muitas vezes, pode redundar em um processo de comer por compulsão.

ANDRADE e GORENSTEIN (1998), por sua vez, admitem que a ansiedade representa um estado emocional com componentes psicológico e fisiológico, que geralmente fazem parte do desenvolvimento do ser humano e que pode tornar-se patológico quando ocorre de forma exagerada.

A ansiedade é ainda considerada um problema psicológico que se traduz por um sentimento de insegurança ou medo, sem fundamento real (FREEMAN et al., 2005). MOORE e FINE (1992) relataram que a intensidade e duração da ansiedade variam, podendo, manifestar-se psicológica e fisiologicamente, como por exemplo, com sudorese nas extremidades.

ANASTASI e URBINA (2000) distinguiram ansiedade em estado e traço; assim, no estado de ansiedade, o distúrbio é transitório e caracteriza-se por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos, que variam de intensidade com o tempo e tendem a desaparecer quando o agente provocador cessa. O traço de ansiedade, por sua vez, refere-se às diferenças individuais de propensão à ansiedade, ou seja, é a forma como a pessoa tende a sempre reagir em situações percebidas como ameaçadoras.

Vale ressaltar que a ansiedade normal faz parte da vida e, quando adequada, aumenta a capacidade de realização do indivíduo, motivando-o para o trabalho e para alcançar metas (JUANG et al., 2005).

A ansiedade normal apresenta-se como uma sensação difusa, vaga, tendo como exemplo, um sentimento de vazio na boca do estômago, aperto do tórax e cefaléia, enquanto a ansiedade patológica cursa como uma crise, de forma brusca (ataque de pânico), persistente ou contínua e é decorrente de uma situação traumática (FREEMAN et al., 2005).

### 1.3.1 Etiologia da ansiedade

Envolve tanto os aspectos biológicos, como os psicossociais. No tocante aos aspectos biológicos, vários são os neurotransmissores que exercem controle da ansiedade, porém os mais atuantes são a serotonina e o ácido gamaaminobutírico (GRAEFF e BRANDÃO 1997). Ambos controlam a resposta ao estresse e qualquer redução ou supressão temporária ou contínua de um deles pode resultar em ansiedade (JUANG et al., 2005) que

se manifesta clinicamente por sintomas cardiovasculares, musculares e gastrointestinais (FREEMAN et al., 2005).

Em relação aos aspectos psicológicos muitas são as situações que envolvem perigo ou ameaça e predisõem a eclosão da ansiedade; porém, os indivíduos que apresentam um estado ansioso tendem a superestimar a situação de perigo (PIGOTT, 2003).

Nesse sentido, FREUD (1976) considerou que a ansiedade funciona como uma espécie de sinal para o ego, alertando-o de que um instinto inaceitável está desejando representar-se conscientemente, e que seria necessário que o ego tomasse medidas defensivas.

OTTO RANK (1996) admitiu que a gênese da ansiedade relaciona-se com o trauma do nascimento, enquanto SULLIVAN (1996) enfatizou as relações mãe/filho e a possibilidade da transmissão da ansiedade de um para o outro.

Por outro lado, a psicologia de base existencial procura explicar a gênese da ansiedade como uma consequência da consciência que as pessoas adquirem de sua existência e do profundo vazio de suas vidas, diferentemente da psicologia cognitiva comportamental de BECK (1982) que considerou que os comportamentos e os sentimentos são determinados pelos processos de pensamentos, ou cognições, caracterizadas em crenças centrais, crenças intermediárias e pensamentos automáticos.

Alguns estudos apontaram influência ambiental no desenvolvimento da ansiedade, como eventos traumáticos e mortes de parentes (HUDSON e RAPEE, 2004), enquanto outros ressaltaram a importância dos efeitos da

modernidade, como competitividade, dificuldades de relacionamento, consumismo desenfreado, atrocidades e discrepâncias sociais (BARLOW, 2002).

### 1.3.2 Epidemiologia da ansiedade

Estudos epidemiológicos apontaram que 2 a 4% da população geral apresentam ansiedade e 20 a 38% das mulheres adultas exibem queixas relacionadas à ansiedade (BRANDÃO et al., 2003).

Nos Estados Unidos a ansiedade representa o mais freqüente distúrbio psiquiátrico na população geral; de fato, além de uma em cada quatro pessoas já terem procurado auxílio médico por esse transtorno durante a vida, menos de 30% dos indivíduos com esse agravo procuraram tratamento específico (LEPINE, 2002).

Na transição menopausal as prevalências são variáveis, alcançando valores desde 11,8% até 53,7%. TANGEN e MYKLETUN (2008) ao estratificarem a prevalência na Noruega notaram 46,9% na transição menopausal e 48,3% após a menopausa (tabela 1).

**Tabela 1:** Estudos epidemiológicos de prevalência de ansiedade, 1994-2009

AUTORES	PAÍS	IDADE	PREVALÊNCIA
KESSLER et al., 1994	EUA	15 a 54 anos	30,5%
MELTZER et al., 1995.	Inglaterra	16 a 64 anos	13,4%
ALMEIDA FILHO e al., 1997	Brasil	□30 anos	11,8%
BIJL, RAVELLI,VAN; 1998	Holanda	18 a 64 anos	25,0%
ARAYA et al., 2001	Chile	16 a 64 anos	13,0%
ANDRADE et al., 2002	Brasil	□ 18 anos	15,6%
JUANG et al, 2005	China	□30 anos	30%
VERAS et al., 2006	Brasil	54,2(6,9)*	34,9%
TANGEN e MYKLETUN, 2008	Noruega	35 a 60 anos	transição 46,9% e na pós: 48,3%.
POLISSENI et al., 2009	Brasil	40 e 65 anos	53,7%

\* Média ( ) desvio padrão

### 1.3.3 Sintomas da ansiedade

De acordo com NARDI (1998), entre os sintomas gerais, deve-se observar a presença de no mínimo seis dos listados, como tremores ou sensação de fraqueza, impaciência, resposta exagerada à surpresa, vertigens e tonteiras, náuseas e diarreia, vermelhidão na face ou calafrios, falta de concentração, tensão ou dor muscular, inquietação, cansaço, bolo na garganta, ou memória prejudicada, distúrbio do sono, falta de ar ou sensação de fôlego curto, palpitações, mãos frias e úmidas, sudorese, boca seca, polaciúria e irritabilidade.



#### 1.3.4 Ansiedade na transição menopausal e após menopausa

Nas mulheres no climatério os transtornos ansiosos são mais freqüentes em função das mudanças no corpo e dos concomitantes desequilíbrios emocionais gerados pela aposentadoria, saída dos filhos de casa e perdas familiares (JUANG et al., 2005).

As alterações hormonais, como a diminuição de estrogênio, podem também desempenhar importante agravante no surgimento e persistência do sintoma, mas não é a causa primordial (VERAS et al., 2006).

YONKERS, BRADSHAW e HALBREICH (2000), por sua vez, discordaram e consideraram que a queda do estrogênio exerce impacto direto sobre o aparecimento da ansiedade, em função do seu nítido efeito ansiolítico.

Os sintomas de ansiedade manifestados nesse período da vida incluem sentimento de medo, sensação de perigo iminente, medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o autocontrole e de ficar mentalmente desestabilizado (THOMAS e BRANTLEY, 2004).

Para BARLOW (2002) as transformações a que as mulheres ficam expostas no climatério, tornam-nas de maior vulnerabilidade biológica ao surgimento da ansiedade, porém ressaltou a importância da experiência individual prévia de cada mulher.

## 1.4 DEPRESSÃO

Nos últimos anos a depressão vem merecendo atenção crescente, por ser considerada um agravo sério, que gera sofrimento, incapacitante e redonda em alto custo social e econômico (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997). O Código Internacional de Doenças - CID 10 (1997) definiu a depressão como rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade.

KAPLAN, SADOCK e GREBB (1997) relataram que o termo depressão é antigo, pois Hipócrates já o utilizava para descrever “melancolia”; porém coube aos médicos Arateus e Galeno cunharem a palavra depressão. Nos dicionários médicos de 1860, o termo depressão referia-se à diminuição do ânimo de uma pessoa que sofria de uma doença e era considerado um sintoma.

Os médicos do século XIX preferiam a terminologia depressão e no final do mesmo século tornou-se sinônimo de melancolia, que seria a diminuição de ânimo, da coragem ou iniciativa e tendência a pensamentos tristes. Em 1899, Emil Kraepelin foi o primeiro a informar da relação existente entre depressão e o período após a menopausa (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

A *American Psychiatry Association* (DSM-IV, 1995) descreveu a depressão como um transtorno com características de perturbação do humor, alterações de cognição, atividade motora e funções neurovegetativas.

FREEMAN et al. (2005), ratificaram essa definição, incluindo que a depressão representa um transtorno caracterizado pela sensação de perda de controle do humor e afeto, com uma experiência subjetiva de grande sofrimento.

#### 1.4.1 Etiologia da depressão

KAPCZINSKI, QUEVEDO e IZQUIERDO (2004) relataram que os agentes causais da depressão podem ser biológicos, genéticos e psicossociais. Nos biológicos, inicialmente foram implicados a deficiência de catecolaminas, e indolaminas, especialmente a noradrenalina. Mais recentemente, muito valor tem sido dado ao hipofuncionamento da atividade de neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina e dopamina (MAN, 2005).

Como se sabe, a sinapse representa a comunicação entre os neurônios e é a base do funcionamento do sistema nervoso central. Normalmente, os neurônios liberam os neurotransmissores, que são capturados por outros neurônios por meio de seus receptores. Na depressão ocorre diminuição na quantidade de neurotransmissores liberados, principalmente da serotonina, bem como ocorrem alterações no mecanismo de recaptção dos neurotransmissores (MAARTENS, KNOTTNERUSB e POP, 2002; MAN, 2005).

Os fatores genéticos, LIMA, SOUGEY e VALLADA FILHO (2004) ressaltaram sua importância, apesar de não terem identificado qualquer gene envolvido na gênese da depressão.

Os fatores neuroendócrinos decorrentes de doenças como diabetes mellitus e hipotireodismo, Parkinson, Alzheimer, epilepsia e tumores cerebrais podem produzir sintomas depressivos (KAPLAN, SADOCK e GREBB,1997). Fatores psicossociais têm sido muito valorizados no determinismo da depressão, como vivências importantes e estresse ambiental, além de outros como a separação amorosa, morte de familiares, saída dos filhos de casa e desemprego (SUAL, NORMANDIA e RODRIGUES, 2005).

#### 1.4.2 Epidemiologia da depressão

STOPPE JUNIOR (2006) relatou que a depressão é a quarta causa mundial de incapacitação social e o principal problema de saúde pública. Para a OMS (2002), a prevalência de depressão na rede de atenção primária de saúde no Brasil foi de 15,8%, no mesmo estudo, a OMS encontrou prevalência de 10,4% em 15 cidades localizadas nos continentes africano, americano, asiático e europeu.

Os estudos de base populacional realizados em países ocidentais mostraram que 35% da população adulta não institucionalizada apresentam depressão, atingindo 50% quando se considera outras doenças associadas (SUAL, NORMANDIA e RODRIGUES, 2005).

As mulheres exibem risco duas vezes maior do que os homens de apresentar o transtorno depressivo (MORENO e SOARES, 2003). A prevalência de depressão é variável entre os países (tabela 2) e no Brasil, VERAS et al. (2006) estimaram uma prevalência de 30% em mulheres na menopausa, enquanto RIOLO et al. (2005), avaliando mulheres africanas, mexicanas e americanas encontraram uma prevalência de 12 a 57%.

**Tabela 2:** Estudos epidemiológicos de prevalência de depressão, 1994-2009

AUTORES	PAÍS	IDADE	PREVALÊNCIA
KESSLER et al., 1994	EUA	15 a 54 anos	21,3%
MELTZER et al., 1995.	Inglaterra	16 a 64 anos	22,8%
BIJL, RAVELLI,VAN; 1998	Holanda	18 a 64 anos	20,1%
ARAYA et al., 2001	Chile	16 a 64 anos	23,6%
ANDRADE et al., 2002	Brasil	□ 18 anos	29,2%
VERAS et al., 2006	Brasil	54,2(6,9)*	31,4%
			transição 34,6%
TANGEN e MYKLETUN, 2008	Noruega	35 a 60 anos	e na pós: 38,2%.
POLISSENI et al., 2009	Brasil	40 e 65 anos	36,8%

\* Média ( ) desvio padrão

#### 1.4.3 Sintomas da depressão

Os sintomas depressivos podem surgir nas diversas fases da vida reprodutiva feminina e como há uma maior incidência no período de transição menopausal, pós parto e na segunda fase do ciclo menstrual, o

fator endócrino tem sido implicado em função das flutuações hormonais comuns nesses momentos (CAMARGOS et al., 2008).

JUANG et al. (2005) e CAMARGOS et al. (2008) caracterizaram o humor deprimido quando o interesse ou prazer se reduz de forma acentuada, ou quando se instala perda ou ganho de peso, insônia ou sonolência excessiva, agitação ou retardo motor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada.

Os indivíduos com depressão apresentam problemas relativos à capacidade de concentração, memória, raciocínio elaborado e capacidade de decidir. A ansiedade é comum na depressão, afetando 90% dos casos, porém a baixa auto-estima não é reconhecida como um dos sintomas mais prevalentes da depressão (JUANG et al., 2005). Indivíduos deprimidos vêem o futuro de forma pessimista e são incapazes de responder positivamente, mesmo a estímulos favoráveis e se consideram incapazes, incompetentes e perdedores (JUANG et al., 2005).

#### 1.4.4 Depressão na transição menopausal e após menopausa

O declínio da produção estrogênica na transição menopausal e após menopausa tem sido implicado na gênese quadros psíquicos, especialmente a sintomatologia depressiva, em função das ondas de calor, insônia e irritabilidade associados a fatores psicossociais como mudança do papel da mulher na sociedade e na família (FREEMAN et al., 2005).

Entretanto, SOARES, PROUTY e POITRAS (2002) ao estudarem mulheres com sintomatologia depressiva na transição e após menopausa notaram melhora dos sintomas após a administração de estradiol, independentemente da gravidade dos sintomas vasomotores.

A redução esteroídica observada na transição menopausal e após menopausa pode também estar implicada no determinismo da depressão, pelas mudanças bioquímicas cerebrais; de fato, esse mecanismo foi confirmado a partir dos efeitos neurobiológicos benéficos da reposição com estrogênio (AVIS e MCKINLAY, 2003).

Do exposto, se torna evidente que a mulher na transição e após menopausa, ao viver um momento de nítidas instabilidades hormonais pode apresentar sérias e contundentes repercussões em sua saúde física e psíquica. Ademais, como a idade da menopausa tem se mantido constante, em torno de 48-50 anos e como a expectativa de vida vem apresentado substancial aumento, ao redor de 72 anos, torna-se fácil entender que esse grupo populacional viverá, em média, mais vinte anos e que estes anos deverão ser vividos com uma satisfatória qualidade de vida (IBGE, 2007).

Por isso, a atenção integral à saúde da mulher no climatério assume importância vital não só no campo individual no tocante à prevenção das repercussões físicas e psíquicas, como a obesidade, depressão e ansiedade, mas também no campo da saúde pública em função do significativo impacto socioeconômico que poderá causar para o sistema de saúde.

E, como são escassos os estudos que se aprofundaram na análise dos distúrbios emocionais, especialmente da depressão e da ansiedade associados à obesidade nesses estágios do envelhecimento ovariano, motivamo-nos a estudar tais aspectos, e a partir de seus resultados poder desenvolver estratégias preventivas que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida, bem como para uma eficiente proposta de políticas públicas para esse grupo populacional.



## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar a prevalência de ansiedade e depressão em mulheres na transição menopausal e após menopausa e sua associação com a obesidade em usuárias do Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência da obesidade em mulheres na transição menopausal e após menopausa.

- Caracterizar fatores associados à ansiedade e depressão nesta fase de vida das mulheres, como idade, renda, escolaridade, menopausa, morbidades, hábitos de vida (consumo de álcool e tabaco).

### 3 CASUÍSTICA e MÉTODO

A pesquisa foi realizada a partir do banco de dados do Projeto: *“Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após menopausa”*, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP e protocolado sob o nº 1324, da doutoranda Ana Carolina Basso Schmitt, do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, sob a orientação do Professor Associado José Mendes Aldrighi.

#### 3.1. TIPO DE ESTUDO E CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

O delineamento metodológico proposto caracteriza-se por uma pesquisa quantitativa de um estudo observacional transversal (HULLEY et al., 2003), o que nos permite estimar a prevalência dos distúrbios emocionais: depressão e ansiedade em mulheres com peso normal e obesas na transição e após a menopausa.

Para tanto, as variáveis de desfecho analisadas foram depressão e ansiedade, independente a obesidade e confundidoras: sócio-demográficos (idade, estado civil, raça, religião e renda); história ginecológica e obstétrica (gravidez, tipo do parto, aborto, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal); história de morbidade pessoal (hipertensão arterial, síndrome metabólica, cardiopatia, incontinência urinária, síndrome dos ovários

policísticos, diabetes mellitus, osteoartrite, acidente vascular cerebral, hiperuricemia, apnéia obstrutiva do sono, e sonolência diurna excessiva); morbidade familiar (hipertensão arterial, cardiopatia e diabetes mellitus); hábitos de vida (atividade física, tabagismo, etilismo, frequência alimentar); uso de medicamentos (hipertensivos, diuréticos, analgésicos, insulina antidepressivos, ansiolíticos, inibidor de apetite, antipsicóticos e broncodilator) e dados laboratoriais e clínicos (triglicérides, colesterol HDL, glicemia em jejum e pressão arterial).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo se apóia em dados secundários de um grande projeto, denominado PROSAPIN e que foi realizado na cidade de Pindamonhangaba, município do estado de São Paulo localizado no Vale do Paraíba, em um Programa de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (PSF).

Na época do estudo, Pindamonhangaba apresentava população de 136.263 habitantes segundo o Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2007) sendo 68.676 mulheres, numa área territorial de 746,45 km<sup>2</sup> (SEADE, 2006) com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,815. O Programa da Saúde da Família contava com 18 Unidades de Saúde da Família (USF) distribuídas pela zona urbana e rural do município.

Segundo dados da Secretaria de Saúde, o município possuía uma rede assistencial básica composta de 21 equipes do PSF com os seguintes profissionais: 21 médicos, 10 dentistas; 21 enfermeiros, 33 auxiliares de enfermagem, 69 agentes comunitários (BRASIL, 2007).

No período de março a julho do ano de 2007, em cada Unidade de Saúde da Família (USF) foi realizado um levantamento onde constou de nome, data de nascimento, número da família e micro área (MA) de todas as mulheres cadastradas com idade entre 35 e 65 anos, período este correspondente a transição e após a menopausa (ALDRIGHI et al., 2005).

Assim, foram identificadas 7.212 mulheres, que tiveram seus dados checados em agosto do mesmo ano a fim de evitar erros no levantamento.

### 3.3 AMOSTRA DO PROJETO INICIAL

Como o projeto inicial visava o estudo de prevalência de Síndrome Metabólica (SM), o cálculo amostral teve como base a menor prevalência de SM obtida em estudo de ROYER et al. (2007) que foi de 20%.

Assim, para uma margem de erro de 3% em 95% das possíveis amostras, foi necessária a inclusão de 690 mulheres no estudo. Considerando possíveis perdas, o tamanho final da amostra foi estimado em 875.

$$n_0 = \frac{p \cdot q \cdot z^2}{d^2} =$$
$$n_0 = \frac{0,20 \cdot 0,80 \cdot 1,96^2}{0,03^2} =$$

$$0,03^2$$
$$n_0 \sim 690 = n = n_0 / 0,80 =$$
$$n \sim 875 \text{ mulheres}$$

Para a seleção das usuárias, adotou-se uma amostra probabilística as mulheres foram escolhidas usando o procedimento de amostragem sistemática. O procedimento foi ordenar as mulheres de acordo com a idade e USF à qual estavam cadastradas.

De um universo constituído de 7.212 foi obtida uma amostra estratificada pela idade e unidade com partilha proporcional de ordem múltipla de quatro, considerando homogeneidade de idade categorizada de 35 a 44 anos, de 45 a 54 anos e de 55 a 65 anos e número de moradoras nas Unidades.

A tabela 3 expõe a distribuição das mulheres que compuseram a amostra do estudo de SM.

**Tabela 3:** Distribuição do número de micro área, de mulheres e a relação de número de mulheres por micro área, segundo a USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

USF	Nº (MA)	Nº de mulheres	MA/mulheres			
<b>Araretama 1</b>	8	72	MA1=7 MA3=12	MA2=10 A4=11	MA5=10 MA7=6	MA6=10 MA8=6
<b>Araretama 2</b>	7	67	MA1=12 MA3=9	MA2=7 A4=10	MA5=9 MA7=8	MA6=12
<b>Araretama 3</b>	8	44	MA1=6 MA3=8	MA2=5 MA4=6	MA5=6 MA7=4	MA6=6 MA8=3
<b>Bela vista</b>	4	45	MA1=11	MA2=11	MA3=11	MA4=12
<b>Bom sucesso</b>	6	33	MA1=5 MA3=7	MA2=6 MA4=7	MA5=6	MA6=2
<b>Campinas</b>	5	37	MA1=7 MA3=6	MA2=10	MA4=8	MA5=6
<b>Castolira</b>	5	49	MA1=7 MA3=11	MA2=9	MA4=11	MA5=11
<b>Cd Jardim</b>	8	58	MA1=6 MA3=10	MA2=9 MA4=8	MA5=7 MA7=7	MA6=6 MA8=5
<b>Cidade Nova</b>	8	75	MA1=10 MA3=9	MA2=9 MA4=8	MA5=10 MA7=10	MA6=9 MA8=10
<b>Cruz Grande</b>	5	35	MA1=6 MA3=8	MA2=6	MA4=8	MA5=7
<b>Feital</b>	6	63	MA1=11 MA3=7	A2=12 MA4=10	MA5=12	MA6=11
<b>Goiabal</b>	6	27	MA1=5 MA3=4	MA2=4 MA4=5	MA5=5	MA6=4
<b>Jardim Eloina</b>	4	43	MA1=10	A2=14	MA3=9	MA4=10
<b>Jd Imperial</b>	6	73	MA1=10 MA3=14	MA2=15 MA4=13	MA5=9	MA6=12
<b>Jd Regina</b>	4	26	MA1=6	MA2=6	MA3=7	MA4=7
<b>Marica</b>	5	43	MA1=9 MA3=10	MA2=9	MA4=8	MA5=7
<b>Santa Cecília</b>	5	45	MA1=10 MA3=9	MA2=8	MA4=8	MA5=10
<b>Triangulo</b>	5	40	MA1=6 MA3=10	MA2=7	MA4=10	MA5=7
<b>TOTAL</b>		875				

Fonte: Projeto Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa, 2007-2009.

Foram excluídas usuárias com problemas neurológicos e distúrbios emocionais graves prévios, alterações metabólicas precedentes ao climatério e que por algum motivo de cognição não conseguiram responder o questionário.

### 3.3.1 Amostra deste estudo

Uma vez que o presente estudo se apóia em dados secundários do projeto inicial intitulado “*Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa*”, a amostra deste estudo incluiu a amostra total do projeto anterior. Entretanto, para caracterizar que a amostra do trabalho primário foi suficiente para responder os objetivos propostos do presente estudo, fizemos também o o cálculo amostral especificamente para este estudo.

Este cálculo foi baseado nas prevalências de ansiedade generalizada 34,9% e a depressão 31,4% (VERAS et.al., 2006) entre mulheres na menopausa. Foi adotado a prevalência da depressão, uma vez que esta possui abrangência da ansiedade, com uma margem de erro de 4%, em 95% das possíveis amostras.

Assim o tamanho da amostra necessária para este estudo seria de aproximadamente 517 mulheres.

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

$$n_0 = \frac{0,314 \cdot 0,686 \cdot 1,96^2}{0,04^2}$$

$n_0 \sim 517$

Assim, o número de mulheres da amostra do estudo síndrome metabólica foi suficiente para fornecimento de informações para este estudo

### 3.4 PROCEDIMENTO TRABALHO PRIMÁRIO

O estudo primário foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) nº 2006/57016-2.

Ademais, firmamos parceria com a Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, obtendo autorização para realização do projeto (Anexo 1).

O estudo adotou todas as normas da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo da Faculdade de Saúde Pública no ano de 2005 com o protocolo número 1324, (Anexo 2, 3).

A participação desta investigação foi vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), pelas mulheres que desejaram ser incluídas. As mulheres foram sorteadas e tiveram suas casas agendadas pelos agentes comunitários das USF.

A logística adotada para investigação foi o agendamento prévio da entrevista, avaliação antropométrica e coleta de amostra de sangue na USF,

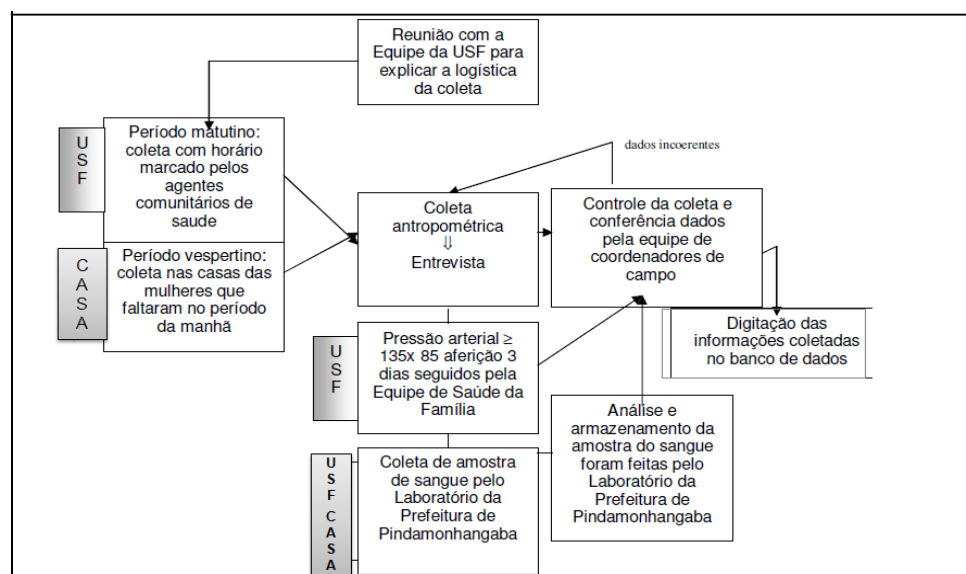


principalmente, no período da manhã em cada USF de segunda a sexta feira.

Para as mulheres que trabalhavam e desejavam participar da pesquisa e não puderam comparecer na USF no dia marcado, foram feitas visitas domiciliares aos sábados e domingos.

O fluxograma abaixo (figura 3) mostra a ordem dos procedimentos adotados.

**Figura 3:** Fluxograma da coleta de dados realizada nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



As entrevistas com o roteiro de coleta (Anexo 5) foram realizadas inicialmente por quinze professoras primárias aposentadas do município de Pindamonhangaba devidamente treinadas pelos pesquisadores no decorrer de três dias.

Os treinamentos foram realizados no salão do Fundo Social de Solidariedade, cedido pela Prefeitura de Pindamonhangaba. No início das atividades da coleta houve a desistência de duas entrevistadoras. Ao final, mais quatro professoras também abandonaram o projeto por motivos pessoais.

As entrevistas tiveram como tempo estimado de duração de uma hora e meia a duas horas e meia e abordaram informações pessoais, hábitos de vida, atividade física, inquérito de depressão e ansiedade e sexualidade.

A equipe de antropometristas foi formada por cinco alunos do curso de Fisioterapia da Universidade de Taubaté e uma fisioterapeuta da cidade de Taubaté. Estes foram treinados pelo Laboratório de avaliação nutricional de populações (LANPOP) da Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo, capacitados e calibrados entre si após alta concordância no coeficiente de correlação de Pearson, para avaliar as medidas antropométricas (circunferências abdominal e quadril, altura e peso).

A equipe realizou duas medidas propostas num roteiro (Anexo 6) de cintura, quadril, estatura e peso, de cada mulher, com tempo estimado de trinta minutos. Para o treinamento da aferição da Pressão Arterial, os coordenadores de campo treinaram a equipe da antropometria de acordo com a V DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (SBH, 2005).

A coleta sangüínea foi realizada na USF correspondente à moradia da voluntária e cada tubo de sangue teve rótulo nominal prévio, o sangue foi

analisado bioquimicamente no Laboratório Municipal de Análises Clínicas de Pindamonhangaba.

Os coordenadores de campo estiveram presentes permanentemente nos locais de coleta e acompanharam por diversas vezes silenciosamente entrevistas e procedimentos técnicos dos dados antropométricos de cada entrevistadora e avaliador antropométrico, respectivamente, a fim de obter melhor qualidade na pesquisa. Todos os dados do roteiro de entrevista foram conferidos pelos coordenadores no mesmo dia da coleta.

Foram sorteadas 10% das mulheres entrevistadas para serem revisadas pelos coordenadores de campo, que reaplicaram pontos chaves da entrevista, assim os dados foram comparados com as entrevistas originais para avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes.

#### 3.4.1 Procedimento deste estudo

As variáveis deste estudo foram extraídas do banco de dados do estudo transversal *“Prevalência de Síndrome Metabólica e seus Fatores de Risco Associados em mulheres de 40 a 59 anos do Programa de Saúde da Família de Pindamonhangaba, SP”*.

Inicialmente foi pedida autorização dos pesquisadores do trabalho primário (Anexo 7), caracterizando este estudo como pesquisa de dados secundários.

Após obtenção da autorização, a pesquisadora assinou um termo de responsabilidade (Anexo 8) com o comprometimento de sigilo absoluto dos dados referentes ao banco, firmando compromisso de não repassar o mesmo a nenhuma pessoa.

Assim, foi elaborado o projeto deste estudo e submetido à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) para obtenção de bolsa de mestrado, a qual foi aprovada em Agosto de 2008, Processo 08/52607-8.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo da Faculdade de Saúde Pública, o qual foi aprovado com o protocolo número 1874 (Anexo 9). Posteriormente, a pesquisadora teve acesso ao banco de dados, no qual os dados coletados estavam armazenados no Programa *Microsoft Access 2003*. Assim, a pesquisadora de posse do banco, iniciou a codificação das variáveis para análises.

Foi enviada em maio deste ano uma carta ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo da Faculdade de Saúde Pública a fim de notificar a alteração do título desta dissertação (Anexo 10).

### 3.5 INVESTIGAÇÃO DAS VARIÁVEIS

As variáveis visaram quantificar a prevalência de depressão e ansiedade em mulheres com peso normal e obesas, descrevendo seu perfil e caracterizando o hábito de vida das mulheres no período de transição e após menopausa, bem como, as associações entre as variáveis de desfecho, preditora e confundidoras.

Para a verificação das variáveis de desfecho **Depressão e ansiedade** foram adotados inventários.

A **depressão** foi investigada por meio do **Inventário de depressão de Beck (BDI)**, que foi desenvolvido por Beck e colaboradores para avaliar a depressão, o inventário foi baseado em observações clínicas em concordância com os critérios de diagnóstico de depressão.

O inventário foi validado em português por GORENSTEIN e ANDRADE (1996), sendo este, uma escala psicométrica aceita internacionalmente, que mede a intensidade da depressão. O inventário consiste em 21 questões que abordam os sintomas e atitudes depressivas, cuja intensidade varia de 0 a 3. Cada categoria contém quatro alternativas que mostram o nível de depressão.

São avaliados os comportamentos cognitivos afetivos e somáticos de depressão: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, culpa, punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retração social, indecisão, fadiga, perda de apetite, de peso,

preocupação somática, diminuição de libido, inibição para o trabalho e distorção da imagem corporal (BECK et al., 1961).

A soma de pontos permite rastrear a existência e a intensidade de uma depressão. A pontuação de 0 a 9 pontos é considerada ausência ou sintomas mínimos; de 10 a 18 sugere depressão leve, ou seja, de acordo com o inventário disforia; de 19 a 29 depressão moderada e 30 ou mais pontos depressão severa.

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

O BAI foi elaborado para não só medir a ansiedade, mas, formulado para que se evitasse confusão com a depressão. O questionário também apresenta alta confiabilidade, elevada consistência interna e validade moderada, tanto para pacientes psiquiátricos, como para amostras de população geral (BECK, STEER e BROWN, 1985).

A variável preditora **obesidade** foi avaliada pelo peso corporal, medida de circunferência abdominal e relação de medidas de cintura abdominal e quadril.

O **peso corporal** medido em quilograma, por meio de balança portátil Seca 870/871 de aço resistente para pesar pessoas. A balança é de fácil transporte, mantém calibração mesmo com mudança de local, tem

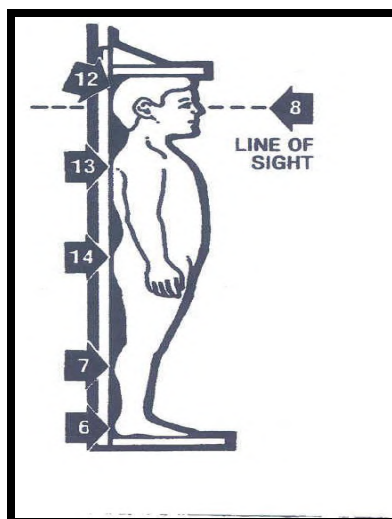
capacidade de 150 quilogramas e medidas 323 x 310 x 54 mm, precisão de 100 gramas.

Para a medida, foi solicitado à mulher que vestisse roupas leves e subisse na balança sem sapatos, com os pés paralelos e o peso distribuído em ambos os pés, braços relaxados ao lado do corpo. O procedimento foi realizado duas vezes e medidas de peso superior à precisão de calibragem da balança foram refeitas.

A **altura** foi avaliada em metro por um estadiômetro portátil Seca 206, medindo até 2.20 metros numa parede com noventa graus em relação ao chão e sem rodapés. A mulher permaneceu em pé com roupas leves, sem sapatos, com os pés paralelos, com o peso distribuídos em ambos os pés, pés encostados na parede e voltados para frente, braços ao longo do corpo relaxados, calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e região do occipital encostados na superfície vertical da parede e cabeça no plano de *Frankfurt* (Plano de *Frankfurt*: margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do condutor auditivo externo em uma mesma linha horizontal), conforme figura 4.

A leitura da medida foi realizada duas vezes. Medidas de estatura superior a quatro milímetros foram refeitas.

**Figura 4:** Posição corporal para medida da estatura.



A classificação de obesidade segundo Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) dá-se por meio do Índice de Massa Corporal (IMC) e também pela medida de cintura abdominal e relação cintura quadril que indicam obesidade abdominal.

O **IMC** foi calculado a partir da divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metro elevado ao quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). De acordo com a ABESO (2009), o IMC é estratificado em: baixo peso ( $\text{IMC} < 18,5$ ), peso normal ( $18,5-24,9$ ), sobrepeso ( $\geq 25,0$ ), pré-obeso ( $25,0-29,9$ ), obeso I ( $30,0-34,9$ ), obeso II ( $35,0-39,9$ ) e obeso III ( $\text{IMC} \geq 40$ ), classificação esta, adaptada pela OMS (2000), baseada nos padrões internacionais desenvolvidos para pessoas adultas descendentes de europeus.

Para as análises deste estudo foi considerado acima do peso as mulheres classificadas pelo IMC como sobrepeso, pré-obeso, obeso I, II e III. Assim, todas as mulheres com IMC acima de  $24,9 \text{ K kg}/\text{m}^2$  foram denominadas obesas para efeito de análise.



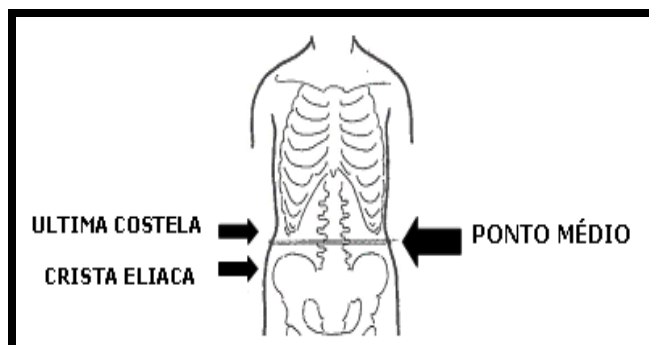
Segundo PARK et al. (2004), a **circunferência abdominal** deve ser obtida por meio da média de duas medidas realizadas com uma fita métrica, em milímetro, inelástica. A técnica consistiu em encontrar o ponto médio entre o ápice da crista ilíaca e a última costela do lado direito, e efetuada a medida do lado esquerdo no final de uma expiração, o local deve encontrar-se desnudo.

A fita foi colocada horizontalmente ao redor da cintura sobre o ponto médio, de modo a ficar alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão (figura 5). Foi aplicada tensão à fita para ajustar-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

A medida da circunferência abdominal mostra o conteúdo de gordura visceral. A OMS (2000) estabeleceu como ponto de corte para risco cardiovascular aumentado a medida de CA igual ou superior a 80 cm em mulheres caucasianas.

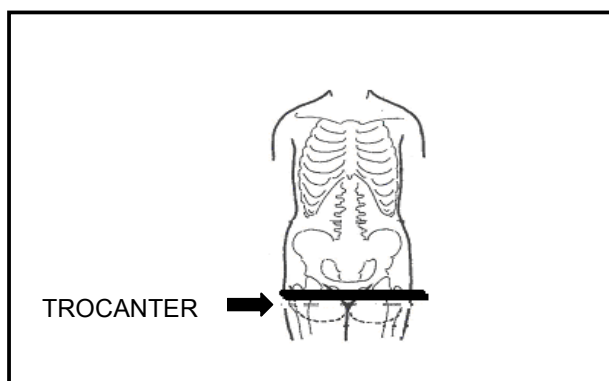
Deste modo, para este estudo foi considerado como indicador de obesidade visceral, circunferência superior a 80 cm (HAN et al., 1995).

**Figura 5** Posição da fita métrica para mensuração da circunferência abdominal.



A **circunferência do quadril** foi realizada segundo os pontos determinados pela OMS (WHO, 2000). A técnica consistiu em marcar o trocânter maior do lado direito e mensurar do lado esquerdo. Houve o cuidado para que a fita permanecesse alinhada em plano horizontal, paralelo ao chão (figura 6), e depois de aplicada a tensão à fita, de modo a ajustar-se firmemente em torno da parte do corpo a ser medida, sem enrugar a pele nem comprimir os tecidos subcutâneos.

**Figura 6** Posição da fita métrica para mensuração da circunferência do quadril



Para **relação cintura quadril**, inicialmente, a medida mais usada para obesidade central (WANG, PIERSON e HEYMSFIELD, 1992). O RCQ é a divisão da circunferência abdominal pela do quadril; e para o estudo foi considerada a relação maior que 0,80 (MOLARIUS et al., 1999). As variáveis confundidoras foram investigadas por meio de dados pessoais e questionários e se encontram no caderno de variáveis (Anexo 11).

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As análises estatísticas foram processadas por meio do "*software*" estatístico Stata versão 9.1

Realizou-se a descrição da amostra, segundo as variáveis de desfecho (ansiedade e depressão) preditora (obesidade IMC, obesidade abdominal, segundo CA e RCQ), e as confundidoras (idade, estado civil, raça, religião, renda, gravidez, tipo do parto, aborto, menopausa e uso de terapia de reposição hormonal, hipertensão arterial, síndrome metabólica, cardiopatia, incontinência urinária, síndrome dos ovários policísticos, diabetes mellitus, osteoartrite, acidente vascular cerebral, hiperuricemia, apnéia obstrutiva do sono, e sonolência diurna excessiva, hipertensão arterial familiar, cardiopatia familiar e diabetes mellitus familiar, atividade física, tabagismo, etilismo, frequência alimentar, uso de hipertensivos, diuréticos, analgésicos, insulina antidepressivos, ansiolíticos, inibidor de apetite, antipsicóticos e broncodilator, triglicérides, colesterol HDL, glicemia

em jejum e pressão arterial; mediante a distribuição absoluta e relativa, e medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio-padrão e amplitude).

As distribuições de frequências foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos. A prevalência de depressão, ansiedade e obesidade foram estimadas, conjuntamente com o intervalo de confiança (IC). Estimaram-se OR (odds ratios) e os IC 95%, na avaliação da associação entre ansiedade, depressão e demais variáveis nas análises simples (bivariadas).

Todos os testes foram bicaudais, respeitados os pressupostos estatísticos, foi adotado como associação estatisticamente significativa aquelas que apresentaram o nível de significância estatística igual ou inferior a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

Na análise multivariada, foi empregado o modelo de regressão logística, construído para estimar o efeito de cada variável na ocorrência da depressão e ansiedade. Sendo o critério para inclusão de variáveis a associação com a depressão e ansiedade com  $p \leq 0,20$  na análise bivariada.

Ainda, foram incluídas no modelo de regressão variáveis respostas que não obtiveram significância estatística na bivariada, tidas como associativas na literatura, como obesidade, menopausa, idade, renda e consumo de álcool.

A partir do modelo logístico foram obtidas as estimativas do OR e respectivos IC de 95% para cada uma das variáveis incluídas na análise.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 AMOSTRA DO ESTUDO

A amostra deste estudo foi composta aleatoriamente por 875 mulheres de 35 a 65 anos cadastradas em 18 USF do município de Pindamonhangaba do Estado de São Paulo. Das mulheres selecionadas, 85,6% responderam ao questionário e 86,4% tiveram suas medidas antropométricas coletadas, a diferença de 0,8% foi devido à recusa das mulheres em realizar a entrevista, alegando ausência de tempo. Totalizando assim uma amostra real de 749 mulheres, assim, as demais mulheres (14,4%) que não participaram do estudo foram consideradas como perda.

Destacam-se como perdas: mudança de endereço sem aviso na USF, recusa a participar da pesquisa, mulheres portadoras de distúrbios e/ou deficiências neurológicas, ortopédicas que impossibilitam a postura ortostática para coletar dados antropométricos e problemas de cognição e fala.

A análise sanguínea foi realizada somente para 68,1% das mulheres, uma vez que, não compareceram nas USF para a coleta de sangue mesmo após oferecimento de transporte até a unidade. Porém esta perda não altera o conteúdo deste estudo, já que estes seriam apenas dados complementares das voluntárias.

Em relação a distribuição espacial das mulheres participantes e sorteadas segundo a localização da USF, 71,3% das mulheres residem em zona urbana e apenas 9,6% em zona rural, ainda das 18 USF três unidades de saúde são cadastradas como zona mista (rural e urbana) de acordo com a Prefeitura Municipal de Pindamonhangaba.

#### 4.2. PERFIL DAS MULHERES

O perfil sócio demográfico das mulheres pode ser observado na Tabela 4. A idade média das voluntárias foi de 47,6 com desvio padrão de 8,1 anos, como a amostra foi estratificada pela idade, houve maior proporção (41,5%) da faixa etária mais nova (35 a 44 anos).

Com relação ao estado civil a maior parte encontra se casada (76,0%), com o número médio de moradores na casa de 4,2 com desvio padrão de 1,9 moradores. Sobre a raça e a religião, 50,5% mulheres intitularam-se brancas e 65,1% católicas.

A respeito da educação formal, 94,3% das voluntárias cursaram a escola, com tempo médio de estudo de 6,5 anos com desvio padrão de 3,9. Quanto ao tipo de ensino, 96,6% estudaram em escola pública, pouco mais da metade das mulheres tinham até a quarta série (52,9%) e 4,3% freqüentaram um curso supletivo.

No que se refere à ocupação, 51,4% trabalhavam fora de casa, sendo 35,1% em serviços domésticos, ainda na amostra selecionada 9,4% das mulheres eram pensionistas ou aposentadas. Sobre a renda, 54,9% recebiam até um salário mínimo e 75% delas ganhavam até R\$ 530,00.

Metade das entrevistadas possuíam renda familiar de até R\$ 750,00, e cerca de 80,0% uma renda *per capita* de até um salário mínimo.

**Tabela 4:** Distribuição do perfil sócio-demográfico das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>VÁRIAVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICOS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>	35 - 44	307	41,8
	45 - 54	265	36,0
	55 - 65	163	22,2
<b>Estado civil</b>	Casada	540	76,0
	Separada / Divorciada	109	15,3
	Viúva e outras	62	8,7
<b>Cor</b>	Branca	376	50,5
	Parda	307	41,3
	Outras	61	8,2
<b>Religião</b>	Católica	488	65,1
	Evangélica	208	27,8
	Outras	53	7,1
<b>Escolaridade</b>	Até 4ª série	374	52,9
	Da 5ª a 8ª série	140	19,8
	1º colegial ou mais	163	23,0
	Supletivo	29	4,3
<b>Anos de estudo (anos)</b>	1 - 4	361	52,6
	5 ou mais	326	47,4
<b>Renda pessoal (salário mínimo)</b>	1	200	54,9
	2 ou mais	164	45,1
<b>Renda per capita (salário mínimo)</b>	Até 1	540	79,5
	1 ou mais	139	20,5

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.



#### 4.2.1 Dados antropométricos

A Tabela 5 apresenta os dados antropométricos, a média da cintura abdominal foi de 92,3 cm com desvio padrão de 13,0 cm. Sendo que 84,4% das mulheres possuíam cintura abdominal maior ou igual a 80 cm.

A média da circunferência do quadril foi de 103,2 cm com desvio padrão de 11,6cm, sobre a relação cintura quadril das mulheres, a média foi de 0,89. Ainda a respeito dos dados antropométricos, o peso médio foi de 67,8 kg com desvio padrão de 14,4 kg. Sobre a estatura, a média de altura foi de 155,1 cm com desvio padrão de 6,7 cm.

**Tabela 5:** Dados antropométricos das mulheres cadastradas nas USF de Pinda, 2007-2008.

<b>ANTROPOMETRIA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Circunferência abdominal &gt;80 cm</b>	638	84,4
<b>Relação cintura quadril &gt;85</b>	661	87,4
<b>IMC &gt;24,9 Kg/m<sup>2</sup></b>	519	68,7

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas

#### 4.2.2 História ginecológica e obstétrica

Com relação à história ginecológica e obstétrica podemos observarmos que 95,2% das mulheres engravidaram, 63,3% tiveram parto pela via vaginal e 29,1% sofreram pelo menos um aborto.

A respeito do ciclo menstrual, 55,7% das mulheres ainda menstruavam, o que corresponde ao estágio reprodutivo pré-menopausa, denominado de transição menopausal.

Sobre a menopausa, 44,3% das mulheres não menstruavam há pelo menos 12 meses, caracterizando o período da pós-menopausa.

A média de idade da menopausa foi de 45,8 anos com desvio padrão de 6,8 anos, vale ressaltar que 50% das participantes tiveram a última menstruação por volta dos 47 anos.

Sobre o uso de Terapia de Reposição Hormonal (TH) destaca-se que 90,1% das mulheres relataram nunca ter utilizado a TH. No momento da coleta somente 27,1% faziam uso, tendo como média de idade do início da TH aos 46,8 anos, com desvio padrão de 6,3, como podemos observar na tabela 6.

**Tabela 6:** História ginecológica e obstétrica das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		N	%
<b>Engravidou</b>	Não	36	4,8
	Sim	713	95,2
<b>Parto via vaginal</b>	Não	275	36,7
	Sim	474	63,3
<b>Sofreu Aborto</b>	Não	531	70,9
	Sim	218	29,1
<b>Menopausa</b>	Pré-menopausa	416	55,7
	Pós-menopausa	331	44,3
<b>Idade da menopausa (em anos)</b>	Até 47	163	52,2
	48 ou mais	149	47,8
<b>Usou hormônio</b>	Não	673	90,1
	Sim	74	9,9
<b>Uso de hormônio atual</b>	Não	54	72,9
	Sim	20	27,1

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

#### 4.2.3 Morbidades referidas

Das morbidades observadas, a Síndrome Metabólica (SM) foi a mais prevalente, segundo o NCEP ATP III foi de 42,6% pelo IDF, 51,9%, seguida pela hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 40,9%. Das outras morbidades ginecológicas relatadas 17,0% tiveram incontinência urinária e 17,5% síndrome do ovário policístico (SOP).

Ainda, as mulheres relataram doenças metabólicas como a hiperuricemia (11,4%) e diabetes mellitus (DM) (10,8%); outras morbidades foram citadas como podemos observar na tabela 7.

Avaliando o sono, 45,1% das mulheres relataram sono ruim, com uma média de tempo de sono de 6,8 horas, com desvio padrão de 1,7.

Das morbidades relacionadas ao sono, 24,5% apresentaram características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono e 23,0% de sonolência diurna excessiva.

Quanto às morbidades familiares, ou seja, alguma doença em qualquer parente de primeiro grau, a HAS também foi prevalente (71,4%), seguida de cardiopatia (48,8%) e DM (43,3%).

**Tabela 7:** Morbidades referidas pelas mulheres cadastradas nas USF Pindamonhangaba, 2007-2008.

MORBIDADE		N*	%
<b>Hipertensão arterial</b>	Não	439	59,1
	Sim	304	40,6
<b>Síndrome metabólica ATP III</b>	<b>NCEP</b> Não	294	57,4
	Sim	218	42,6
	<b>IDF</b> Não	246	48,1
	Sim	266	51,9
<b>Cardiopatia</b>	Não	667	89,1
	Sim	82	10,9
<b>Incontinência Urinaria</b>	Não	622	83,0
	Sim	127	17,0
<b>Síndrome Ovário Policístico</b>	Não	592	82,5
	Sim	126	17,5
<b>Diabetes Mellitus</b>	Não	650	89,2
	Sim	79	10,8
<b>Hiperuremia</b>	Não	619	88,6
	Sim	80	11,4
<b>Acidente Vascular Cerebral</b>	Sim	35	4,7
	Não	709	95,3
<b>Osteoartrite</b>	Não	747	99,8
	Sim	2	0,2
<b>Apnéia obstrutiva do sono</b>	Baixo risco	565	75,5
	Alto risco	184	24,5
<b>Sonolência</b>	Normal	577	77,0
	Excessiva	172	23,0

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

#### 4.2.4 Hábitos de vida

Quanto aos hábitos de vida, sobre o fumo, 42,9% relataram nunca ter fumado já 35,6% das mulheres declararam ser fumantes; estas em média, consumiam 12,7 cigarros por dia com desvio padrão de 10,9.

A respeito do etilismo, 78,1% das mulheres eram abstinentes; das participantes que ingeriam bebida alcoólica, 35,4% bebiam em *binge*, ou seja, relataram ingerir quatro ou mais doses, ou mais de 20 gramas de etanol em duas horas.

Das mulheres estudadas, foram consideradas ativas (em suas atividades físicas habituais) 82,4% das participantes; quanto à ingestão de gordura e fibras, 64,4% das mulheres disseram que comiam raramente alimentos gordurosos e 62,2% consumiam fibras, como podemos observar na tabela 8.

**Tabela 8:** Hábitos de vida das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

HÁBITOS DE VIDA		N	%
<b>TABAGISMO</b>			
<b>Não fumantes</b>	Já fumou	427	57,1
	Nunca fumou	321	42,9
<b>Fumantes</b>	Sim	152	35,6
	Não	275	64,4
<b>ETILISMO</b>			
<b>Frequência de uso</b>	Alto risco	66	8,8
	Baixo risco	98	13,1
	Abstinentes	585	78,1
<b>Doses</b>	Binge	57	35,4
	Não binge	104	64,6
<b>ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL</b>			
<b>Sedentário</b>		132	17,6
<b>Ativo</b>		617	82,4
<b>FREQÜÊNCIA ALIMENTAR</b>			
<b>Gordura</b>	Mínima	336	65,3
	Baixa	79	15,4
	Relativamente alta	41	7,9
	Alta	27	5,3
	Muito alta	32,6	6,1
<b>Fibra</b>	Baixa	283	37,7
	Regular	452	60,2
	Adequada	14	2,1

Nota: A diferença do total de mulheres em cada variável é devido à ausência de respostas.

#### 4.2.5 Uso de medicamentos

Sobre o uso de medicamentos, 57,8% usavam algum tipo de medicação com média de 1,2 medicamentos e desvio padrão de 1,6. Das mulheres que fazem uso, 17,3% utilizavam concomitantemente três medicamentos.

Quando questionadas sobre quais medicamentos em uso no momento da coleta, vários foram citados e comprovados por meio de receitas e caixa do próprio medicamento, e assim classificados por classes. As mais utilizadas eram: 31,2% hipertensivos; 6,4% analgésicos; 6,2% depressivos; 5,0% ansiolíticos e apenas 1,5% anorexígenos ou inibidor de apetite.

Observou-se que apenas 1,4% eram insulino-dependentes; sobre os medicamentos que interferem no sono, 57,4% das mulheres faziam uso. Destas 80,1% usavam concomitantemente pelo menos dois medicamentos que causam sonolência.

#### 4.2.6 Dados clínicos e laboratoriais

Na tabela 9 observamos os dados clínicos e laboratoriais das mulheres estudadas. A média de triglicérides 161,4 mg/dl encontra-se superior ao recomendado pela OMS (<150 mg/dl). Sendo que 41,3% das mulheres apresentaram triglicérides alto.

Sobre o colesterol HDL 51,3% das voluntárias tiveram resultados abaixo do recomendado (< 50 mg/dl), com média de 50,2 mg/dl e desvio padrão de 11,9.

Quanto à pressão arterial, a pressão sistólica estava alterada em 34,0% das mulheres, já a diastólica em 19,2% das voluntárias. De tal modo que 31,6% das mulheres apresentaram hipertensão arterial sistêmica.



Observou-se ainda, que 22,8% das voluntárias tiveram alteração na glicemia em jejum superior ao recomendado de glicose no plasma.

**Tabela 9:** Dados clínicos e laboratoriais das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS*</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Triglicérides &gt; 150 mg/dl</b>	223	41,3
<b>Colesterol HDL &lt; 50 mg/dl</b>	271	51,3
<b>Glicemia de jejum &gt; 100 em mg/dl</b>	123	22,8
<b>Hipertensão arterial &gt;85 ou 130 mmHg</b>	277	31,6

\* Valores coletados em apenas 596 mulheres

### 4.3 PREVALÊNCIAS

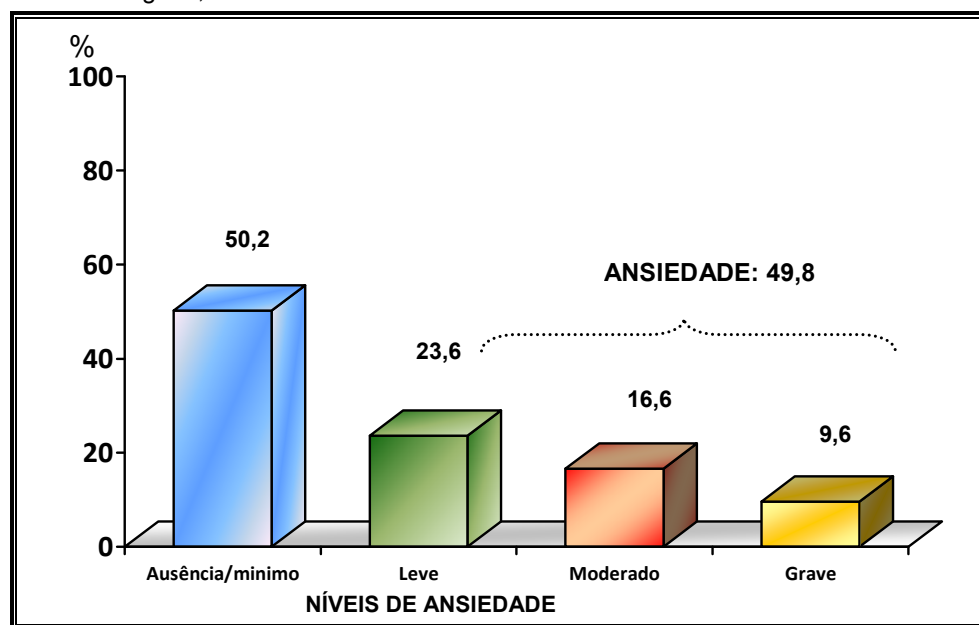
#### 4.3.1 Ansiedade

Quanto à ansiedade, esta mostrou-se prevalente em 49,8% (IC<sub>95%</sub>: de 46,2% a 53,4%). Em relação às fases do climatério, 43,9% das mulheres ansiosas, encontram-se na pré-menopausa e 56,1% na pós-menopausa. Vale ressaltar que no período da pós-menopausa a ansiedade apresentou uma distribuição uniforme (50%) entre as ansiosas e as não ansiosas.

Os resultados referentes ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) indicam que o nível leve de ansiedade na amostra foi de 23,6% entre as mulheres e 9,6% apresentaram a ansiedade no estágio grave.

A figura 7 mostra a freqüência dos níveis de ansiedade.

**Figura 7:** Níveis de ansiedade segundo BAI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



Na tabela 10 podemos ainda observar os sintomas de ansiedade de acordo com o BAI. Houve predomínio da irritabilidade (69,7%), medo de acontecimentos ruins (58,2%), sensação de calor (53,9%) e taquicardia (50,3%).

Os sintomas de ansiedade menos prevalentes entre as mulheres foram desmaios (4,1%), rubor facial (18,5) e tremor de pernas (18,8%).

**Tabela 10:** Presença de sintomas de ansiedade segundo o BAI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

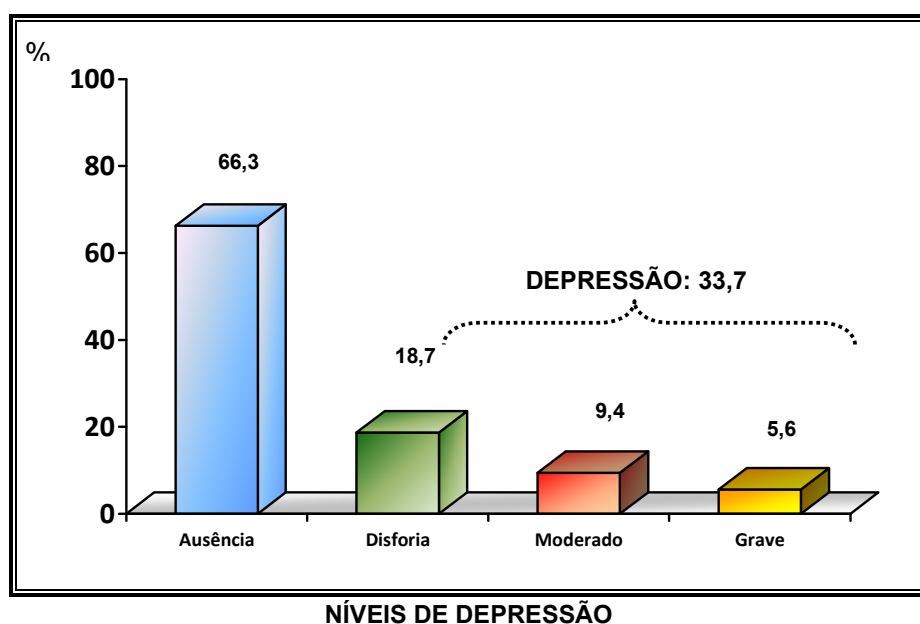
<b>PRESENÇA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desmaios	31	4,1
Rubor Facial	136	18,5
Tremor Pernas	139	18,6
Tremor do corpo	142	19,0
Tremor Mãos	149	19,9
Dificuldade Respirar	218	29,1
Angustia	228	30,4
Sudorese	238	32,3
Confusa	243	32,6
Assustada	243	32,6
Medo de morrer	245	32,7
Incapacidade de relaxar	260	34,8
Medo de perder o controle	273	36,5
Indigestão	284	38,0
Sensação de pavor	301	40,3
Dormência	335	44,8
Insegurança	343	45,9
Taquicardia	377	50,3
Calor	404	53,9
Medo acontecimentos ruins	436	58,2
Irritabilidade	521	69,7

#### 4.3.2 Depressão

A depressão mostrou-se prevalente em 33,7% (IC<sub>95%</sub>: de 30,4% a 37,3%) em relação às fases do climatério; 51,1% das mulheres depressivas, encontravam-se na pré-menopausa e 48,9% na pós-menopausa; entre as mulheres não depressivas 59,2% estavam na pós-menopausa.

A figura 8 mostra os resultados da classificação dos níveis de depressão, de acordo com o Inventário de Depressão de Beck (BDI), o qual indicou que 18,7% das mulheres apresentavam disforia, ou seja, depressão leve e 5,4% depressão grave.

**Figura 8:** Níveis de depressão segundo BDI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



Na tabela 11 podemos ainda observar os sintomas de depressão de acordo com o BDI. Foi prevalente a fadiga (51,5%), a perda de libido (49,9%) a irritabilidade (48,6%) e a tristeza (44,4%).

Observou-se que o sintoma idéias de suicídio (13,7%), embora tenha sido a prevalência mais baixa entre os sintomas, figura-se como relevante, uma vez que, aproximadamente 102 mulheres possuem este sentimento.

**Tabela 11:** Presença de sintomas de depressão segundo o BDI, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

<b>PRESENÇA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idéias Suicidas</b>	102	13,7
<b>Retração social</b>	131	17,6
<b>Sensação de punição</b>	148	20,2
<b>Sentimento de fracasso</b>	182	24,8
<b>Perda de apetite</b>	189	25,6
<b>Auto-depreciação</b>	192	25,8
<b>Auto-acusação</b>	193	25,9
<b>Preocupação somática</b>	202	27,2
<b>Mudança na imagem corporal</b>	207	27,9
<b>Dificuldade no trabalho</b>	212	28,4
<b>Pessimismo</b>	232	31,4
<b>Sensação de culpa</b>	239	32,1
<b>Indecisão</b>	249	33,4
<b>Crise de choro</b>	258	34,6
<b>Perda de peso</b>	276	36,9
<b>Insônia</b>	281	37,6
<b>Insatisfação</b>	295	39,7
<b>Tristeza</b>	331	44,4
<b>Irritabilidade</b>	362	48,6
<b>Perda de libido</b>	365	49,9
<b>Fadiga</b>	386	51,5

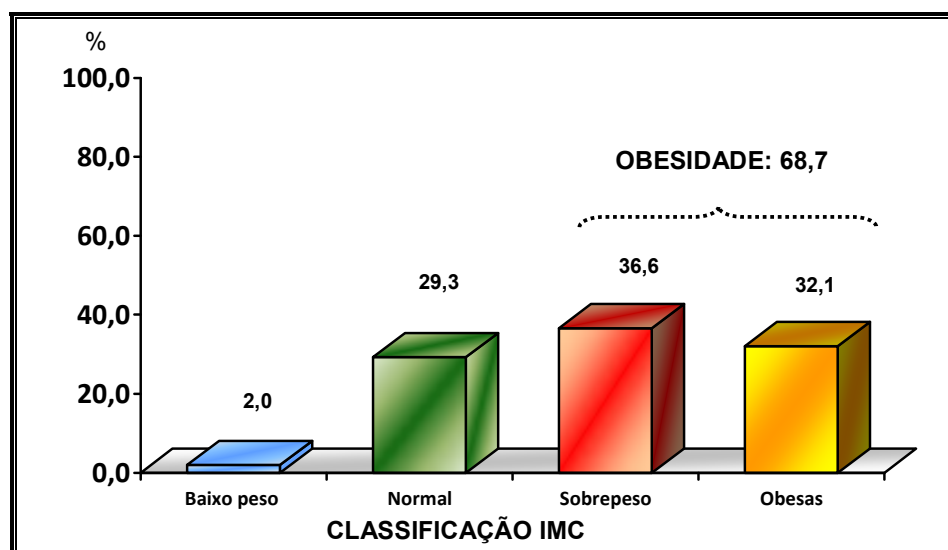
#### 4.3.3 Obesidade

A média de IMC das mulheres do estudo foi de 28,1kg/m<sup>2</sup> com desvio padrão de 5,7 com variação de 15,1 a 52,7 kg/m<sup>2</sup>. A prevalência de obesas segundo o IMC na amostra foi de 32,1% (IC<sub>95%</sub>: de 28,8% a 35,5%) e das

mulheres com sobrepeso de 36,6% (IC<sub>95%</sub>: de 33,3% a 40,3%). Vale ressaltar, que 3,9% das obesas foram classificadas como obesa III ( $\geq 40,0$  kg/m<sup>2</sup>). Na figura 9 podemos observar a distribuição do IMC.

Assim, a amostra do estudo apresentou 68,7% (IC<sub>95%</sub>: de 65,3% a 72,0%) de mulheres com sobrepeso e obesas. Quanto à prevalência de mulheres com sobrepeso e obesas segundo o estágio da menopausa, observa-se que das voluntárias obesas 46,3% encontravam-se na pré-menopausa e 53,7% das mulheres com sobrepeso estavam na pós-menopausa.

**Figura 9:** Classificação do IMC das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.



Em relação à cintura abdominal a média foi de 92,3 cm com desvio padrão de 13,0, sendo que 84,4% das mulheres possuíam cintura abdominal

maior que 80 cm. Ao compararmos a CA com o período da pré-menopausa, 83,3% das mulheres apresentavam cintura maior que 80 cm.

Sobre a RCQ, a média foi de 0,89, com desvio padrão de 0,07, sendo que 87,4% das mulheres tiveram a RCQ maior que 0,85. Das 749 mulheres do estudo, 53,9% das voluntárias que tiveram uma RCQ acima do corte estavam na pós-menopausa.

#### 4.3.4 Distúrbios emocionais, obesidade e o estágio menopausal

A tabela 12 apresenta um resumo das prevalências das variáveis do estudo segundo os estágios da menopausa já citadas anteriormente.

**Tabela 12:** Prevalência dos distúrbios emocionais e da obesidade segundo o estágio menopausal, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

MORBIDADES	PRÉ MENOPAUSA		PÓS MENOPAUSA	
	N	%	N	%
<b>Ansiedade</b>	163	43,9	208	56,1
<b>Depressão</b>	129	51,1	123	48,9
<b>Obesidade (IMC)</b>	238	46,3	276	53,7
<b>Obesidade (CA) &gt; 80 cm</b>	235	43,1	310	56,9
<b>Obesidade (RCQ) &gt;85cm</b>	300	46,1	350	53,9

#### 4.3.5 Distúrbios emocionais e a obesidade

A tabela 13 mostra que entre as obesas, a prevalência de ansiedade foi de 50,1% e de depressivas 33,9% segundo o IMC.

**Tabela 13:** Prevalência dos distúrbios emocionais em mulheres obesas cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

OBESIDADE E RISCO DE OBESIDADE	ANSIEDADE		DEPRESSÃO	
	N	%	N	%
IMC (>24,9 Kg/m <sup>2</sup> )	258	50,1	175	33,9
CA (> 80 cm)	307	48,5	216	33,8
RCQ (>85cm)	322	48,3	228	34,9

#### 4.4. ASSOCIAÇÕES

##### 4.4.1 Os distúrbios emocionais e a obesidade

Foram calculados os valores de *Odds Ratio* (OR) para a associação da ansiedade e depressão com a obesidade, de acordo com o IMC, CA e RCQ e são apresentados na tabela 14.

Houve associação positiva entre a presença de ansiedade em mulheres com cintura abdominal maior que 0,80 cm.



**Tabela 14:** Associação da ansiedade e depressão com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

OBESIDADE E RISCO DE OBESIDADE	ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p	OR	IC <sub>95%</sub>	p
<b>IMC (&gt;24,9 Kg/m<sup>2</sup>)</b>	0,98	0,72 - 1,34	0,937	0,99	0,71 - 1,37	0,954
<b>CA (&gt; 80 cm)</b>	1,49	1,10 - 2,37	<b>0,008</b>	1,09	0,71 - 1,67	0,676
<b>RCQ (&gt;85cm)</b>	0,91	0,68 - 1,21	0,533	0,66	0,40 - 1,21	1,077

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança.

#### 4.4.2 Distúrbios emocionais segundo o estágio menopausal e a obesidade

Sobre a presença de ansiedade e depressão segundo o estágio menopausal (pré e pós-menopausa) associados a obesidade podemos observar nas tabelas 15 e 16 que não houveram associações.

**Tabela 15:** Associação da ansiedade segundo o estágio menopausal com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

OBESIDADE E RISCO DE OBESIDADE	ANSIEDADE					
	PRÉ-MENOPAUSA			PÓS- MENOPAUSA		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
<b>IMC (&gt;24,9 Kg/m<sup>2</sup>)</b>	1,14	0,75 - 1,71	0,522	1,03	0,71 1,50 -	- 0,862
<b>CA (&gt; 80 cm)</b>	1,69	0,63 - 1,92	0,142	1,76	0,48 1,20	- 0,253
<b>RCQ (&gt;85 cm)</b>	1,02	0,57 - 1,81	0,937	0,99	0,59 1,68	- 0,989

Nota: OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança.

**Tabela 16:** Associação da depressão segundo o estágio menopausal com a obesidade, das mulheres cadastradas nas USF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

OBESIDADE E RISCO DE OBESIDADE	DEPRESSÃO					
	PRÉ-MENOPAUSA			PÓS- MENOPAUSA		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
<b>IMC (&gt;24,9 Kg/m<sup>2</sup>)</b>	1,08	0,69 - 1,69	0,733	1,18	0,75 - 1,85	0,474
<b>CA (&gt; 80 cm)</b>	0,73	0,43 - 1,24	0,254	1,26	0,39 - 1,35	0,161
<b>RCQ (&gt;85 cm)</b>	0,87	0,45 - 1,66	0,675	0,92	0,48 - 1,78	0,826

Nota: OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança.

#### 4.4.3 Distúrbios emocionais e as características epidemiológicas e clínicas

A tabela 17 mostra as associações dos distúrbios emocionais, ansiedade e depressão, segundo a localização da Unidade de Saúde da Família (USF) e as características sócio-demográficas.

Houve associação positiva entre a idade e a depressão, quanto maior a idade maior a possibilidade de ocorrer a depressão. Já a ansiedade não apresentou associação.

Para o estado civil, mulheres separadas/divorciadas possuíam mais chance de apresentar depressão. Já a escolaridade associou-se inversamente.

Na ansiedade observamos que houve associação entre a renda pessoal, sendo que, para estas mulheres ter uma renda superior a um salário mínimo exerceu um efeito protetor para a ansiedade.

**Tabela 17:** Associação entre os distúrbios emocionais e a localização da USF e dados sócio-demográficos, das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

LOCALIZAÇÃO DA USF E DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS		ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
		OR	IC <sub>95%</sub>	p	OR	IC <sub>95%</sub>	p
<b>Urbana</b>		1,04	0,64 - 1,71	0,848	1,27	0,74 - 2,18	0,374
<b>Idade (anos)</b>	35 - 48	1	-----	-----	1	-----	-----
	49 - 65	1,55	0,70 - 1,97	0,740	1,48	1,04 - 2,87	0,007
<b>Estado civil</b>	Casada	1	-----	-----	1	-----	-----
	Separada	1,17	0,77 - 1,76	0,452	1,45	1,16 - 1,97	0,008
	Viúva e outros	0,84	0,50 - 1,43	0,541	1,13	1,34 - 1,93	0,646
<b>Cor</b>	Branca	1	-----	-----	1	-----	-----
	Parda	0,96	0,71 - 1,30	0,820	0,92	0,67 - 1,27	0,631
	Outras	1,27	0,73 - 2,19	0,385	0,53	0,28 - 1,01	0,155
<b>Religião</b>	Católica	1	-----	-----	1	-----	-----
	Outras	1,06	0,76 - 1,46	0,761	0,98	0,69 - 1,38	0,912
<b>Escolaridade</b>	Até 8° série	1	-----	-----	1	-----	-----
	1 colegial e +	1,14	0,80 - 1,61	0,462	0,68	0,46 - 1,00	0,049
<b>Renda pessoal</b> (salário mínimo)	Mais 1SM	0,85	0,43 - 0,92	0,004	0,70	0,45 - 1,09	0,121
	<b>Renda per capta</b> (salário mínimo)	Mais 1SM	0,74	0,51 - 1,08	0,093	0,88	0,59 - 1,31

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

Sobre a história ginecológica e obstétrica, a tabela 18 mostra associação significativa da depressão com o uso da TH atualmente com o

período da pós-menopausa. Para a ansiedade houve associação com o fato de ter usado TH, o uso do hormônio exerceu efeito protetor para a ansiedade.

**Tabela 18:** Associação entre os distúrbios emocionais e a história ginecológica e obstétrica das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

HISTÓRIA GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA		ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
		OR	IC <sub>95%</sub>	p	OR	IC <sub>95%</sub>	p
<b>Engravidou</b>	Não	0,78	0,39 - 1,53	0,480	1,16	0,56 - 2,41	0,675
<b>Sofreu Aborto</b>	Não	0,96	0,70 - 1,31	0,801	0,98	0,70 - 1,37	0,914
<b>Pós Menopausa</b>		1,03	0,77 - 1,37	0,838	1,65	1,12 - 2,06	<b>0,007</b>
<b>Idade da menopausa (em anos)</b>	48 ou +	0,99	0,63 - 1,55	0,988	0,81	0,51 - 1,18	0,386
<b>Usou hormônio</b>	Sim	0,78	0,37 - 0,96	<b>0,025</b>	0,88	0,29 - 2,29	0,703
<b>Usa hormônio</b>	Sim	0,89	0,55 - 1,44	0,650	1,99	1,22 - 3,23	<b>0,005</b>

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

As relações dos achados das morbidades referidas com os distúrbios emocionais estão expostas na tabela 19. Houve associação significativa entre a depressão e as mulheres com cardiopatia e as características sugestivas de apnéia obstrutiva do sono. Outras morbidades ginecológicas associaram-se à depressão como a incontinência urinária e a síndrome dos ovários policísticos.

Dentre as morbidades familiares, somente a presença de parentes de primeiro grau com diabetes mellitus associou-se com a depressão. Não houve nenhuma relação entre a ansiedade e as morbidades pessoais e familiares referidas.

**Tabela 19:** Associação entre os distúrbios emocionais e as morbidades pessoais e familiares referidas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

MORBIDADES PESSOAIS E FAMILIARES	ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	P	OR	IC <sub>95%</sub>	p
Hipertensão arterial	0,82	0,61 - 1,10	0,201	1,60	1,18 - 2,18	0,003
Síndrome metabólica NCEP ATP III	1,01	0,72 - 1,41	0,080	1,17	0,83 - 1,66	0,359
IDF	0,91	0,66 - 1,27	0,615	1,02	0,72 - 1,44	0,881
Cardiopatia	0,86	0,54 - 1,37	0,547	2,16	1,35 - 3,44	0,000
Incontinência Urinaria	1,12	0,77 - 1,64	0,531	1,69	1,15 - 2,48	0,007
Síndrome do Ovário Policístico	0,84	0,57 - 1,24	0,394	1,58	1,06 - 2,34	0,022
Diabetes Mellitus	0,98	0,61 - 1,57	0,956	1,50	0,93 - 2,42	0,094
Hiperuremia	0,94	0,59 - 1,51	0,823	1,60	0,99 - 2,58	0,058
Acidente Vascular Cerebral	1,75	0,37 - 1,99	0,415	2,17	1,10 - 4,30	0,025
Apnéia obstrutiva do sono	0,89	0,64 - 1,25	0,523	2,74	1,94 - 3,87	0,000
Sonolência	0,96	0,68 - 1,35	0,841	1,41	0,99 - 2,00	0,053
Hipertensão familiar	0,99	0,71 - 1,36	0,953	1,25	0,88 - 1,78	0,193
Diabetes familiar	1,83	0,62 - 1,12	0,235	1,44	1,05 - 1,97	0,020
Cardiopatia familiar	1,13	0,85 - 1,52	0,378	1,34	0,98 - 1,83	0,060

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

A tabela 20 apresenta o OR para os distúrbios emocionais segundo os hábitos de vida. Houve associação positiva entre a ansiedade e a dose do consumo de álcool considerada *binge* (mais de quatro doses) e o hábito de fumar atualmente. Os hábitos de vida: tabagismo, etilismo, atividade física e a frequência de consumo alimentar não tiveram associação significativa para a depressão.

**Tabela 20:** Associação entre os distúrbios emocionais e os hábitos de vida das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

HÁBITOS DE VIDA	ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p	OR	IC <sub>95%</sub>	p
<b>TABAGISMO</b>						
Nunca fumou	0,77	0,57 - 1,03	0,086	0,73	0,53 - 0,99	0,051
Fumantes atuais	2,21	1,81 - 2,78	0,005	0,56	0,37 - 1,62	0,060
<b>ETILISMO</b>						
Frequência de uso alto risco	1	-----	-----	1	-----	-----
baixo risco	1,15	0,61 - 2,15	0,655	0,53	0,27 - 1,02	0,061
abstinente	1,04	0,62 - 1,73	0,867	0,63	0,38 - 1,06	0,087
Dose binge	1,33	1,21 - 2,32	0,035	1,51	0,87 - 2,64	0,138
<b>ATIVIDADE FISICA</b>				0,83	0,56 - 1,23	0,371
ativa						
<b>FREQUENCIA ALIMENTAR</b>						
Gordura Alta	1,32	0,92 - 1,89	0,129	0,89	0,60 - 1,31	0,562
Fibras Adequada	0,81	0,60 - 1,09	0,172	0,71	0,52 - 1,31	0,330

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

Em relação aos medicamentos, observamos na tabela 21 que a para a ansiedade somente houve associação inversa com o uso de inibidores de apetite. Para a depressão associaram-se positivamente o uso de ansiolíticos, hipertensivos e analgésicos.

Foi calculado OR para os medicamentos que interferem no sono de uma forma geral e os distúrbios emocionais. Somente com a depressão houve associação ( $p=0,001$ ), o uso de medicamentos que alteram os ciclos do sono e a depressão apresentou OR 1,71 (IC<sub>95%</sub>: 1,26 a 2,34).

**Tabela 21:** Associação entre os distúrbios emocionais e o uso de medicamentos das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

MEDICAMENTOS	ANSIEDADE			DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p	OR	IC <sub>95%</sub>	p
Hipertensivos	0,76	0,56 - 1,04	0,097	1,42	1,03 - 1,96	0,031
Ansiolíticos	-----	-----	-----	3,21	1,64 - 6,26	0,001
Depressivos	1,26	0,69 - 2,29	0,435	----	-----	----
Analgésicos	1,01	0,56 - 1,81	0,9777	2,06	1,14 - 3,70	0,001
Inibidor de apetite	0,81	0,01 - 0,92	0,044	1,13	0,80 - 2,20	0,161
Antipsicóticos	1,00	0,14 - 7,19	0,994	1,96	0,27 - 1,40	0,500
Broncodilatador	1,00	0,35 - 2,90	0,988	1,98	0,68 - 5,73	0,203

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

A relação entre os distúrbios emocionais são apresentadas na tabela 22, há associação inversa entre a ansiedade e o nível moderado de depressão ( $p=0,018$ ). Porém, quando é analisado simplesmente o fato ter ou não depressão não houve associação ( $p=0,123$ )



Para a depressão em relação aos níveis de ansiedade não houve associação em nenhum nível. Entretanto, quando a ansiedade assume o papel de variável resposta à depressão, houve associação significativa ( $p=0,035$ ).

**Tabela 22:** Associação entre a depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

DEPRESSÃO		OR	IC <sub>95%</sub>	p
<b>Ansiedade</b>				
ausência		1	-----	-----
	leve	0,85	0,58 - 1,24	0,400
	moderada	0,68	0,44 - 1,06	0,096
	grave	0,81	0,47 - 1,40	0,467
<b>ANSIEDADE</b>				
<b>Depressão</b>	ausência	1	-----	-----
	disforia	0,87	0,60 - 1,27	0,498
	moderada	0,53	0,32 - 0,89	<b>0,018</b>
	grave	1,02	0,54 - 1,92	0,556

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

A relação dos sintomas de depressão com a ansiedade está apresentada na tabela 23. Houve associação da ansiedade com o sentimento de tristeza ( $p= 0,017$ ), preocupação somática ( $0,027$ ), irritabilidade ( $p=0,004$ ) e fadiga ( $p=0,005$ ).

A preocupação somática teve uma associação inversa, enquanto os demais sintomas apresentaram associação positiva com a ansiedade.

**Tabela 23:** Associação entre a os sintomas de depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

SINTOMAS DE DEPRESSÃO	ANSIEDADE		
	OR	IC 95%	p
Idéias Suicidas	0,84	0,55-1,23	0,419
Retração social	1,10	0,75 - 1,61	0,595
Sensação de punição	0,95	0,66 - 1,36	0,797
Sentimento de fracasso	0,83	0,59 - 1,16	0,278
Perda de apetite	0,79	0,57 - 1,10	0,172
Auto-depreciação	0,96	0,69 -1,34	0,854
Auto-acusação	0,87	0,63 - 1,21	0,430
Preocupação somática	0,69	0,49 - 095	0,027
Mudança na imagem corporal	1,21	0,87 - 1,65	0,258
Dificuldade no trabalho	1,01	0,73 - 1,38	0,876
Pessimismo	1,45	0,40 - 5,23	0,562
Sensação de culpa	1,05	0,77 - 1,42	0,756
Indecisão	1,02	0,75 - 1,38	0,876
Crise de choro	1,04	0,76 - 1,40	0,795
Perda de peso	1,08	0,73 - 1,63	0,660
Insônia	1,08	0,76 - 1,38	0,850
Insatisfação	1,05	0,78 - 1,41	0,708
Tristeza	1,70	1,24 - 2,96	0,017
Irritabilidade	2,89	1,76 - 3,18,	0,004
Perda de libido	1,08	0,81 - 1,45	0,578
Fadiga	2,71	1,72- 3,17	0,005

Nota: OR: odds ratio; IC 95%: intervalo de confiança

Já a relação dos sintomas de ansiedade com a depressão houve associação estatística significativa com todos os sintomas descritos (tabela 24).

**Tabela 24:** Associação entre a os sintomas de depressão e ansiedade das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

SINTOMAS DE ANSIEDADE	DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p
Desmaios	2,50	1,21 - 5,16	0,013
Rubor facial	2,09	1,43 - 3,05	0,000
Tremor pernas	3,81	2,60 - 5,59	0,000
Tremor do corpo	4,53	3,08 - 6,66	0,000
Tremor das mãos	3,94	2,71 - 5,62	0,000
Dificuldade Respirar	3,66	2,63 - 5,10	0,000
Angustia	4,81	3,44 - 6,72	0,000
Sudorese	2,54	1,84 - 3,51	0,000
Confusa	4,24	3,05 - 5,88	0,000
Assustada	3,13	2,27 - 4,32	0,000
Medo de morrer	1,71	1,24 - 2,35	0,001
Incapacidade de relaxar	3,66	2,66 - 5,05	0,000
Medo de perder o controle	4,18	2,97 - 5,65	0,000
Indigestão	2,94	2,14 - 4,03	0,000
Sensação de pavor	4,48	3,24 - 6,19	0,000
Dormência	2,69	1,97 - 3,68	0,000
Insegurança	4,88	3,51 - 6,78	0,000
Taquicardia	3,35	2,43 - 4,63	0,000
Calor	1,86	1,36 - 2,55	0,000
Medo acontecimentos ruins	3,90	2,75 - 5,52	0,000
Irritabilidade	4,24	2,81 - 6,37	0,000

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

Foi construído um modelo de regressão logística para os sintomas de ansiedade em relação à depressão. Após a análise, os sintomas que

explicaram melhor a depressão foram angústia OR 4,89 (IC<sub>95%</sub> 3,21 a 7,73, p=0,001), insegurança OR 4,82 (IC<sub>95%</sub> 3,81 a 7,46, p=0,002), irritabilidade, OR 4,69 (IC<sub>95%</sub> 2,99 a 6,47, p=0,005) e medo de acontecimentos ruins OR 3,7 (IC<sub>95%</sub> 2,73 a 5,53, p=0,008).

As tabelas 25 e 26 mostram respectivamente o modelo de regressão logística múltipla das variáveis epidemiológicas e clínicas em relação à depressão e a ansiedade. Apesar da variável menopausa não ter demonstrado relação com os distúrbios emocionais, ela foi considerada em todas as análises. Para a depressão, podemos observar que as variáveis que melhor explicam sua ocorrência são a apnéia obstrutiva do sono, a qualidade de sono ruim, ter angústia e sentir insegurança.

**Tabela 25:** Modelo de regressão logística entre a depressão e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS	DEPRESSÃO		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p
PRÉ - MENOPAUSA	0,69	0,47 - 1,02	0,067
SONO RUIM	3,06	2,09 - 4,49	0,000
SER INSEGURA	2,39	1,62 - 3,54	0,000
TER ANGUSTIA	2,35	1,58 - 3,49	0,000
APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO	1,95	1,29 - 2,971	0,002
USA HORMONIO	1,95	1,16 - 3,08	0,012
IRRITABILIDADE	1,93	1,18 - 3,17	0,009
HIPERTENSÃO ARTERIAL	1,82	1,24 - 2,39	0,010

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

A ansiedade teve associações o fato da mulher ser fumante e ter cintura abdominal superior que 0,80 cm.

Também houve associações inversas, considerado para este estudo como fator de proteção, ter usado TH e possuir uma renda superior a um salário mínimo.

**Tabela 26:** Modelo de regressão logística entre a ansiedade e as variáveis epidemiológicas e clínicas das mulheres cadastradas no PSF de Pindamonhangaba, 2007-2008.

VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS	ANSIEDADE		
	OR	IC <sub>95%</sub>	p
PÓS - MENOPAUSA	1,92	0,91 - 3,07	0,082
SER FUMANTE	2,21	1,58 - 2,72	0,001
CA (> 80 cm)	1,48	1,13 - 2,01	0,005
IRRITABILIDADE	1,43	1,26 - 2,52	0,014
RENDA PESSOAL(+ que 1SM)	0,88	0,43 - 0,97	0,002
USOU HORMÔNIO	0,79	0,38 - 0,95	0,022

Nota: OR: odds ratio; IC<sub>95%</sub>: intervalo de confiança

## 5. DISCUSSÃO

A ansiedade e depressão assumem especial importância não só como distúrbios psicológicos, mas também como fatores de risco para agravos como transtornos alimentares, endócrinos e cardiovasculares, como o infarto do miocárdio, que podem reduzir a expectativa de vida (BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005).

O presente estudo constatou significativa prevalência de ansiedade nas 749 mulheres avaliadas, principalmente no estágio da pós menopausa (56,1%) provavelmente em decorrência das evidentes turbulências emocionais que cercam esse momento do envelhecimento ovariano (ALDRIGHI et al., 2002) e também pela queda de estrogênios, que sabidamente exibem efeitos ansiolíticos.

Esse aumento por nós constatado coincide com os resultados obtidos por TANGEN e MYKLETUN (2008) que também notaram maior prevalência de ansiedade após menopausa, porém difere do estudo de POLISSENI et al. (2009) que não observou diferenças entre os estágios da menopausa.

Ademais, nossos resultados mostraram prevalência maior do que as evidenciadas em outros países como a China, Chile, fato que pode ser explicado por fatores socioeconômicos, hábitos de vida, etnia, instrumentos utilizados na avaliação da ansiedade e período de tempo investigado (JUANG et al., 2005; TANGEN e MYKLETUN, 2008); entretanto, a

comparação dos nossos resultados com outros estudos brasileiros mais recentes não constataram qualquer diferença (ANDRADE et al., 2002; VERAS et al., 2006).

Um outro aspecto importante relaciona-se ao aumento da prevalência da ansiedade com o evoluir da idade (ARAYA et al., 2001), nesse sentido nossos resultados confirmaram esse achado e a explicação para tal se apóia no próprio processo do envelhecimento, competitividade, insegurança no relacionamento amoroso e irritabilidade (BARLOW, 2002).

Na análise dos níveis de ansiedade notamos que a leve ocorreu em 23,6% e a grave em 9,6%. Em relação a leve, nossos resultados diferem dos 50% encontrados por MELBY, LOCK e KAUFERT (2005) que foram explicados pela presença de fatores comumente associados aos estágios da transição e pós menopausa, como a síndrome do “ninho vazio”, aposentadoria, presença de comorbidades (hipertensão arterial e diabetes mellitus), perdas e mudanças físicas (THOMAS e BRANTLEY, 2004; VERAS et al., 2006; CALLEGARI et al., 2007).

Entre as principais manifestações clínicas de ansiedade observamos a irritabilidade, taquicardia, insegurança e sudorese, principalmente observadas no estágio pós menopausal, sintomas que se assemelharam aos obtidos por NARDI (1998); JUANG et al. (2005) e CALLEGARI et al. (2007).

Muitas são os fatores envolvidos na gênese da ansiedade na transição menopausal, porém os mais prováveis incluem as flutuações hormonais e experiência prévia de vida da mulher (YONKERS, BRADSHAW e HALBREICH, 2000; RODRÍGUEZ, 2000; ALDRIGHI et al., 2002; THOMAS

e BRANTLEY, 2004); porém, outras investigações consideraram que a ansiedade pode ser secundária as ondas de calor devido a gradativa diminuição das concentrações séricas de estrogênio (SCHIMIDT, HAQ e RUBINOW, 2004; SUAL, NORMANDIA e RODRIGUES, 2005; LEE et al., 2010).

Neste estudo 55,7% das mulheres participantes estavam no estágio após a menopausa, momento onde as flutuações são menos evidentes do que as observadas na transição menopausal, o que nos permite direcionar para a busca de outros fatores clínicos e epidemiológicos que possam estar envolvidos, como os hábitos de vida, condição socioeconômica, obesidade e outros (LA ROSA, 1998; CALLEGARI et al., 2007; SERITAN et al., 2010).

Assim, neste estudo procuramos identificar outros que pudessem se associar com a ansiedade; assim, o estado civil e a escolaridade não se associaram, resultado que se mostrou diferente dos obtidos por YONKERS, BRADSHAW e HALBREICH (2000); THOMAS e BRANTLEY (2004); VERAS et al. (2006) e BEEKMAN (2008).

Para justificar o porquê desses resultados em relação ao estado civil deve ser considerado que a maioria das participantes do nosso estudo vivia com um companheiro e como já se sabe, a ansiedade nesta fase da vida da mulher acomete mais as solteiras (YONKERS, BRADSHAW e HALBREICH, 2000; VERAS et al., 2006); quanto à escolaridade não foi possível fazer uma avaliação adequada, pois quase todas as mulheres por nós estudadas eram de baixa escolaridade, tornando inviável qualquer análise.



Da mesma forma, outros fatores como ocupação, raça e religião também não apresentaram associação com a presença de ansiedade, achados coincidentes aos de POLISSENI et al. (2009). Quanto a ocupação, BEEKMAN (2008) reforçou que não é a profissão, mas sim o desemprego que mais se associa aos quadros de ansiedade, apesar de haver profissões diretamente ligadas a ansiedade como as de policial, bancário, bombeiro, motorista de ônibus e médicos. Porém não foram identificadas em nosso estudo, pois a maioria das participantes era empregada doméstica, classe que não é tida como preponderante para o surgimento da ansiedade.

Quanto ao desemprego, vários estudos o consideram como um fator preponderante no desenvolvimento de ansiedade, além do que outros estudos destacaram que a atividade remunerada atua como fator de proteção (VERAS et al., 2006; LI et al., 2008; MAEVSKY et al., 2008).

O fator que constatamos de maior envolvimento na eclosão da ansiedade foi a preocupação com a renda; de fato, as mulheres com renda superior a um salário mínimo apresentaram efeito protetor contra a ansiedade (OR: 0,85; IC<sub>95%</sub>: 0,43 - 0,92), achado que concorda com os de LA ROSA (1998), MELBY, LOCK e KAUFERT (2005), MAEVSKY et al. (2008), que além de ratificarem que a condição sócio-econômica exerce uma influência direta no determinismo da ansiedade, sinalizam ainda que possuir renda nos dias atuais, representa importante fator de proteção contra a ansiedade.

Um fator questionável no determinismo da ansiedade é a idade; para alguns estudos há uma associação direta (MELTZER et al. 1995; TANGEN e

MYKLETUN, 2008), enquanto outros apontam uma relação inversa, ou seja, quanto maior a idade menor a probabilidade de ansiedade (YONKERS, BRADSHAW e HALBREICH, 2000; GALLICCHIO et al., 2007).

No nosso estudo, apesar de não termos notado associação entre idade e ansiedade ( $p=0,740$ ), a frequência de ansiedade foi mais prevalente na faixa etária entre os 35 e 45 anos, embora, o período da pós menopausa tenha apresentado maior frequência (56,1%). A faixa etária entre os 35 e 45 anos é o momento onde acontece a claudicação de hormônios característica da transição menopausal e onde também pode surgir a ansiedade em decorrência dos fogachos (SCHIMIDT, HAQ e RUBINOW, 2004; GALLICCHIO et al., 2007; LEE et al., 2010).

A respeito do "*status*" menopausal, a maioria dos estudos mostram que o estágio da pós menopausa se associa com a ansiedade (VESCO et al., 2007; LI et al., 2008; AYRANCI et al., 2010) porém, POLISSENI et al. (2009) e SERITAN et al. (2010) não observaram essa relação. No nosso estudo não evidenciamos associação entre ansiedade e os estágios do envelhecimento ovariano.

Quanto ao uso da terapia hormonal (TH) e seu impacto sobre a ansiedade, ainda não há uma concordância sobre seu verdadeiro efeito, apesar de HAY, BANCROFT e JOHNSTONES (1994) não terem identificado diferenças significativas entre usuárias e não usuárias de TH em relação aos aspectos emocionais. No entanto, GAMBACCIANI et al. (2003) notaram que a administração de hormônios pode minimizar os sintomas vasomotores, melhorar a qualidade do sono e atenuar a ansiedade; de fato, em seus

estudos as usuárias de TH apresentaram nítida proteção contra a ansiedade (OR: 0,34; IC<sub>95%</sub>:0,13 - 0,50, p=0,001), resultado também confirmado por DEMETRIO (2000) e SAMSIOE (2001).

No nosso estudo, como a população atendida era pertencente ao PSF e como a prática da TH não é uma conduta médica comumente adotada nesses serviços, apesar de constar no Manual de Atenção à Mulher no Climatério (2008) do Ministério da Saúde, nossos resultados, mesmo como o reduzido tamanho amostral, evidenciaram proteção nas mulheres que fizeram uso da TH (OR: 0,79; IC<sub>95%</sub>:0,38 - 0,95, p=0,022), permitindo-nos supor que o estrogênio contido na TH, possa exercer ação ansiolítica direta além de acarretar benefícios indiretos pela redução das ondas de calor.

Quanto a possibilidade de comorbidades, como o diabetes e a hipertensão arterial se associarem a ansiedade, nem os estudos de HAY, BANCROFT e JOHNSTONES (1994); LI et al. (2008); SERITAN et al. (2010), nem o nosso constataram essa possibilidade, provavelmente pelo fato da nossa população fazer parte do PSF, onde muitas dessas comorbidades estão sob controle devido aos programas preventivos existentes nestas unidades, como o HiperDia (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos).

No tocante ao estilo de vida, especialmente a atividade física e frequência alimentar, nossos resultados não mostraram qualquer associação com a ansiedade, possivelmente em função do alto nível de atividade nas participantes do nosso estudo (82,4%), avaliada por um tipo de instrumento que determina a atividade física habitual.

Nossos achados coincidem com as observações de MENDITO, CASSESE e BALBI (1999) que notaram que a prática regular da atividade física redundava em menor prevalência de ansiedade em decorrência do aumento na secreção de beta endorfinas hipotalâmicas, que ainda pode melhorar o humor (BOSSEMEYER, 2003; SILVA et al., 2005).

Em relação ao tabagismo e ansiedade, LOPES et al. (2004) e CASTRO (2006) consideraram muito difícil estabelecer qualquer associação de causa e consequência, nossos resultados mostraram associação positiva (OR: 2,21; IC<sub>95%</sub> 1,58 - 2,72, p=0,001), que após análise estatística pelo modelo de regressão, o tabagismo emergiu como o fator de maior influência no determinismo da ansiedade.

Quanto ao número de cigarros fumados, já é sabido que este dado é utilizado por si só para classificar os transtornos de ansiedade, podendo dessa forma exercer um fator de confusão no estudo dessa relação (MCCABE et al., 2004; LI et al., 2008).

Para confirmar ainda mais a dificuldade de se estabelecer essa relação, ALMEIDA FILHO et al. (1997) constataram maior frequência de uso do tabaco em mulheres ansiosas, BERLIM et al. (2005) e LOPES et al. (2004) relataram que a ansiedade representa importante preditor da qualidade de vida na dependência do tabaco, achado que está de acordo com CASTRO (2006) que ao estudarem pacientes com transtornos de ansiedade e depressão, encontraram tabagistas mais intensos nos pacientes ansiosos.

Quanto a frequência do consumo de álcool não observamos qualquer associação com ansiedade, mas sim com as doses consumidas, dose *binge* (OR: 1,33; IC<sub>95%</sub>: 1,21 - 2,32, p=0,035), que também foi observado por ROSSINFOSSE, WAUTHY e BERTRAN (2000), onde o uso do álcool exerceu ação protetora em baixas doses e maior risco de ansiedade, quando seu consumo foi exagerado, independente da frequência de uso.

KRANZLER, MASON e MODESTO-LOWE (1998) admitiram que o álcool ao exercer efeito prazeroso, produz inicialmente sensação ansiolítica, porém para sua manutenção torna-se necessário aumentar ainda mais seu consumo, fato que pode promover dependência ao indivíduo.

Alguns estudos relataram que são exatamente nesses períodos de abstinência que se instalam as crises de ansiedade, apesar de que os indivíduos ansiosos por usar o álcool como uma forma de automedicação e culminam em agravar ainda mais o transtorno ansioso primário (ROSSINFOSSE, WAUTHY e BERTRAN, 2000; GALLICCHIO et al., 2007).

ROSSINFOSSE, WAUTHY e BERTRAN (2000) descreveram que as mulheres apresentam particularidades específicas do gênero quando ingerem o álcool, como maior efeito deletério, menor nível sérico da enzima álcool- desidrogenase e maior produção de gordura em relação à água corpórea, todos favorecendo uma maior concentração sanguínea de álcool por dose ingerida, além do que são descritas também variações na metabolização do álcool nas diferentes fases hormonais.

Após a análise de regressão foi por nós observado que a associação da dose *binge* com a ansiedade não se manteve, evidenciando uma

associação com o tabagismo. Resultados semelhantes encontrados por RONDINA, GORAYEB E BOTELHO (2003); PINKERTON e ZION (2005).

A ansiedade pode também ser induzida por medicamentos, especialmente a anfetamina, *cannabis*, alucinóides e cafeína. Entretanto, o diagnóstico diferencial com a ansiedade por outras causas requer outras investigações, não investigadas pelo instrumento utilizado neste estudo.

Quanto aos medicamentos de uso crônico utilizados para outras comorbidades, somente os inibidores de apetite apresentaram uma associação inversa (OR: 0,81; IC<sub>95%</sub> 0,01 - 0,92, p=0,044), fato que pode ser explicado pelo uso concomitante deles com antidepressivos e/ou ansiolíticos (NAVES et al., 2003).

A obesidade e a conseqüente modificação da imagem corporal podem gerar insatisfação, insegurança e evoluir para ansiedade e, quando orientada a perda de peso, a melhora da auto estima é imediata e a ansiedade é reduzida (RUEDA, 2005).

No nosso estudo ao investigarmos a associação ansiedade/depressão não observamos qualquer associação, embora um dos problemas mais comumente encontrados na avaliação da ansiedade refere-se à superposição desta com os sintomas depressivos, induzindo a considerar ansiedade e depressão como elementos de um mesmo processo de estresse psicológico (ANDRADE e GORENSTEIN, 1998; AYRANCI et al., 2010).

Contudo, quando analisamos a relação entre ansiedade e os níveis de depressão, notamos que somente o nível moderado associou-se

inversamente (OR: 0,53; IC<sub>95%</sub>: 0,32 - 0,89, p= 0,018), muito provavelmente devido ao uso de medicamentos, resultado que não se manteve após a aplicação do modelo estatístico de regressão. Diferentemente, quando avaliamos os sintomas de depressão observamos associação estatística com os sintomas clássicos de ansiedade, como preocupação somática (p=0,027) e irritabilidade (p=0,004), apesar de que também após a análise estatística somente a irritabilidade influenciou diretamente na determinação da ansiedade, resultado que também foi confirmado por BROMBERGER, ASSMANN e AVIS (2003), pois evidenciaram predominância de irritabilidade em mulheres com fogachos na transição menopausal.

O nosso estudo desvelou que a prevalência de depressão foi de 33,7% (IC<sub>95%</sub>: de 30,4% a 37,3%), com maior destaque maior para a transição menopausal (51,1%), resultado que se mostrou inverso aos obtidos nesse mesmo estudo para a ansiedade.

Esse resultado demonstra que no período de 1994 a 2009, no Brasil, a prevalência vem crescendo e difere de estudos feitos em outros países, provavelmente em decorrência de fatores socioeconômicos, hábitos de vida e instrumento utilizado na avaliação da depressão (NIEVAS et al., 2006).

No Brasil, a depressão tem sido mais estudada na população idosa, segmento mais susceptível ao aparecimento de doenças crônicas que agravam ainda mais o sofrimento psíquico do idoso e, por isso, tem se tornado um grande problema de saúde pública devido ao alto custo com internações (BABYAK et al., 2000).

Além da população idosa, as gestantes representam outro segmento estudado, visto que a depressão pós-parto acomete 10% a 15% das mulheres; ademais, deve ser considerado que a depressão pós-parto aumenta o risco de desenvolvimento da sintomatologia depressiva na transição e após a menopausa (HANNA, JARMAN e SAVAGE, 2004).

A maior prevalência de depressão que evidenciamos na transição menopausal (51,1%), expõe um resultado interessante de acometimento de mulheres mais novas, que WOODS et al. (2008) justificaram como em decorrência da condição sócio-econômica. Essa justificativa coincide com os nossos resultados, pois mostraram alta prevalência de depressão numa população de baixa condição socioeconômica como em nosso estudo.

No entanto, não podem ser excluídos outros fatores que propiciam maior vulnerabilidade à depressão, como ausência de um companheiro, morte, morbidades e responsabilidade com crianças pequenas (ALEXANDER, 2007; WOODS et al., 2008).

Na análise dos níveis de depressão notamos que a leve, ou seja, a disforia atingiu 18,7% e a grave 5,6%. Em relação à leve, nossos resultados diferem dos 21,3% encontrados por KESSLER et al. (1994) que os justificou pela presença de fatores comumente associados a esses estágios da transição e pós menopausa, como a síndrome do “ninho vazio”, perdas e mudanças físicas (VERAS et al., 2006; CALLEGARI et al., 2007).

ZENDER e OLSHANSKY (2009), por sua vez, relataram ainda que a disforia pode estar presente nessas mulheres, em função das mudanças repentina e transitória do estado de ânimo, o que acarreta sentimentos de



tristeza, pena, angústia, melancolia e pessimismo. Para FREEMAN et al. (2005) a presença da referida disforia só tem valor e torna-se patológica quando se tornar persistente.

Quanto à depressão grave, constatamos que ela foi mais prevalente em mulheres no estágio da pós menopausa, resultado que se assemelhou aos obtidos por LI et al. (2008).

Em nosso estudo a clínica da depressão se manifestou por sintomas de fadiga, perda de libido, irritabilidade e a tristeza, coincidentes aos observados por JUANG et al. (2005) e CALLEGARI et al. (2007). Entre os possíveis fatores envolvidos no determinismo da depressão, além das flutuações hormonais, devem também ser consideradas a idade e experiência de vida da mulher, principalmente na transição menopausal (RODRÍGUEZ, 2000; ALDRIGHI et al., 2002); entretanto após a menopausa, outros fatores podem ser responsabilizados, como a morte, aposentadoria, separações (SUAL, NORMANDIA, RODRIGUES, 2005; LEE et al., 2010), visão negativa de si mesmo, perda de sono e a velhice JUANG et al. (2005).

Com o intuito de identificar outros fatores associados à depressão, aplicamos o teste estatístico de regressão logística múltipla para outras variáveis, o que nos permitiu diferenciar quais de fato contribuíram para eclosão da depressão; assim, emergiram a faixa etária e a escolaridade, achados que também têm sido mais encontrados na literatura (MINICUCI et al., 2002; COLE et al., 2008; PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al., 2008; GARCÍA-PORTILLA, 2009).

Constatamos associação entre idade e depressão (OR: 1,48; IC<sub>95%</sub>: 1,04- 2,87, p=0,007), sendo que a frequência de depressão foi maior na faixa etária entre os 35 e 44 anos, fase das evidentes oscilações hormonais; esse resultado difere dos demais estudos que mostraram maior prevalência de depressão em faixa etárias superiores (ARAYA et al., 2001; VERAS et al., 2006; GALLICCHIO et al., 2007; COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008).

Entre as plausíveis justificativas da associação entre depressão e idade são relatadas a inadequação dos critérios e dos instrumentos diagnósticos utilizados nos estudos, que não consideram eventuais mudanças na apresentação do quadro depressivo nas diferentes faixas etárias, a menor duração dos episódios depressivos entre a faixa etária mais idosa e a distribuição dos sintomas em nível populacional (ARAYA et al., 2001; JESTE, BLAZER e FIRST, 2005; DJERNES, 2006; COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008); entretanto, os estudos desvelam que as mulheres mais idosas exibem fatores de risco para depressão semelhante aos encontrados nas mais jovens, ainda que o impacto das limitações funcionais seja maior entre as primeiras (JESTE, BLAZER e FIRST, 2005; COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008; COLENDIA et al., 2010).

Alguns estudos mostraram que a associação da depressão com a idade desaparece após o ajuste para os demais fatores de risco, sugerindo que essa associação seja confundida por outras variáveis, como morbidades e *status* menopausal (CHEN, CHONG e TSANG, 2007; ALEXANDER, 2007; COLENDIA et al., 2010), constatação também por nós observada, uma vez

que após o ajuste pela regressão logística, a idade não manteve essa associação.

Em relação à escolaridade vale ressaltar que praticamente todas as mulheres por nós estudadas tinham baixa escolaridade e nossos resultados descortinaram associação inversa quanto a ocorrência de depressão (OR: 0,68; IC<sub>95%</sub>: 0,46-1,00, p=0,049), sendo que as mulheres que estudaram o primeiro colegial ou mais apresentaram evidente proteção.

COLE et al. (2008) e PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al. (2008) já tinham confirmado que a baixa escolaridade exerce importante fator de risco para a depressão e para CHEN, CHON e TSANG (2007) a prevalência de depressão nos analfabetos foi três vezes maior a observada em indivíduos com sete anos ou mais de escolaridade.

Nossos resultados mostraram que as mulheres separadas exibiram maior associação com o quadros depressivos (OR: 1,45; IC<sub>95%</sub>: 1,16-1,97, p=0,008), reforçando os obtidos em outros estudos, onde mulheres que passaram por perda recente ou sem companheiros são mais vulneráveis (DJERNES, 2006; CHEN, CHON e TSANG, 2007; COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008).

WOODS e MITCHELL (1996), por sua vez, relataram que o estado civil é um indicador importante do relacionamento, pois mostraram que mulheres separadas e divorciadas eram mais propensas a experiências depressivas do que aquelas casadas ou solteiras.

Em relação a outros fatores como ocupação, renda pessoal e familiar não constatamos associação com a depressão, muito provavelmente devido

a taxa de desemprego ter sido baixa entre as voluntárias, embora a maioria apresentasse renda *per capita* inferior a um salário mínimo. Achados que se assemelham aos obtidos por DJERNES (2006); COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES (2008), apesar de que condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa renda, desemprego também têm sido implicadas como fatores de risco para depressão em todas as fases da vida (MOJTABAI e OLFSON, 2004).

Quanto ao "*status*" menopausal notamos associação entre depressão e os estágios do envelhecimento ovariano, onde houve associação com a pós menopausa (OR: 1,65; IC<sub>95%</sub>: 1,12-2,06, p=0,007), resultados que diferem aos de VERAS et al., (2006) e POLISSENI et al. (2009). Em contraponto, CALLEGARI et al. (2007) encontraram associação positiva em mulheres na transição menopausal, que pode ser justificada pelos estudos de SERITAN et al. (2010) que expuseram que a claudicação hormonal, freqüente nessa fase da vida pode acarretar o aparecimento de alterações de humor, além da interferência de outros fatores como os sociais e o etário.

A respeito da associação da depressão na pós menopausa MOJTABA e OLFSON, (2004); LI et al. (2008) evidenciaram como possível causa o envelhecimento natural, bem como a síndrome do ninho vazio.

Todavia, não se pode afirmar que somente as alterações hormonais dessa fase são os principais responsáveis no estabelecimento e desenvolvimento da depressão (MAARTENS, KNOTTNERUSB e POP, 2002; VESCO et al., 2007; GARCÍA-PORTILLA, 2009).

MAARTENS, KNOTTNERUSB e POP (2002), pois outros fatores podem interagir como renda, estado civil e episódio anterior de depressão; de fato, mulheres com antecedentes depressivos apresentam, na transição menopausal, maior intensidade dos sintomas climatéricos, incluindo a sintomatologia depressiva (TANGEN e MYKLETUN, 2008).

Desta forma, a junção de fatores hormonais, socioculturais e de morbidades podem agir sinergicamente propiciando os sintomas depressivos, principalmente na após a menopausa.

Muitos consideram a transição menopausa como o estágio do envelhecimento ovariano de maior vulnerabilidade para os transtornos psíquicos, por causa das flutuações hormonais, especialmente o incremento do FSH (ALEXANDER, 2007); mas, outros admitem que a depressão ocorre secundariamente às ondas de calor, que podem ser atenuadas pelo uso de estrogênios (COLENDIA et al., 2010).

Nesse sentido, ainda há muitas controvérsias; de fato, WYATT, WINTERS e DUBBERT (2006) não constataram diferenças significativas entre usuárias e não usuárias de TH, enquanto PEYTREMANN-BRIDEVAUX et al. (2008) obtiveram melhora clínica com uso de TH, sendo que sua interrupção ocasionou a recidiva do quadro depressivo.

Neste estudo encontramos associação entre a depressão e o TH (OR: 1,99; IC<sub>95%</sub>: 1,22-3,23, p=0,005) reforçando o fato de que a população por nós atendida era do PSF e a prescrição da TH não é uma conduta médica comumente adotada.

Não constatamos também associação entre depressão e comorbidades como o diabetes e a hipertensão arterial familiar semelhante aos resultados obtidos por LI et al. (2008) e SERITAN et al. (2010); no entanto, nosso estudo evidenciou associação com a hipertensão arterial, cardiopatia, acidente vascular cerebral e diabetes familiar.

As comorbidades, de forma geral, acarretam baixa estima, tristeza e, por sua vez, estado depressivo e quando tratadas ou controladas, exibem menos influência na determinação do quadro depressivo (COLE et al., 2008).

MINICUCI et al. (2002) relataram que os portadores de três ou mais morbidades físicas apresentam risco de depressão cinco vezes maior. Há algumas morbidades que propiciam evidente quadro depressivo, como a incontinência urinária, que além de ser um problema de higiene, transforma-se em incômodo social intolerante, pois impede que a mulher saia de casa, fato que resulta em isolamento social e pode comprometer a esfera psicológica (FELDNER JR. et al., 2002).

Um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão é a qualidade do sono, fato confirmado em nosso estudo (OR: 5,42; IC<sub>95%</sub>: 3,89- 7,56, p=0,000); entre as possíveis explicações a serem consideradas o fato de que a depressão e os distúrbios do sono são modulados pelo mesmo eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que sendo muito sensível às flutuações de estrogênio, tem sua atividade exacerbada (PIEN et al., 2008), além do que a presença das ondas de calor noturnas que provocam microdespertares precoces, insônia e conseqüentemente qualidade do sono ruim, induzem

ainda à fadiga crônica e aparecimento de quadros depressivos (SHIN et al., 2005; SOARES e MURRAY, 2006; PIEN et al., 2008).

Outra comorbidade que notamos que se associou à depressão foi a apnéia obstrutiva do sono (SAOS), que relaciona-se não só com o sono ruim, mas também com a obesidade central e, de fato, no nosso estudo, grande parte das mulheres apresentou cintura abdominal superior ao recomendado, e possibilidade aumentada de apresentarem maior concentração sérica de insulina, podendo explicar o maior risco de desenvolvimento da depressão (YOUNG, PEPPARD e TAHERI, 2005).

No tocante ao estilo de vida, em especial o tabagismo, etilismo, atividade física e frequência alimentar, nossos resultados não mostraram qualquer associação com a depressão e foram similares aos de DJERNES (2006), CHEN, CHON e TSANG (2007) e COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES (2008).

Tal resultado pode ser explicado pelo baixo número de mulheres com quadro sugestivo de depressão grave em nossa população de estudo, uma vez que a literatura desvela que a associação do estilo de vida e depressão depende muito mais do nível de depressão (DJERNES, 2006; COUTINHO, SCAZUFCA e MENEZES, 2008).

Todavia, vários são os estudos que relataram nítidos benefícios da atividade física nas pessoas com depressão (CHEN, CHON e TSANG, 2007), bem como dos benefícios dos exercícios físicos e dieta sobre os sintomas neuropsíquicos (GALLICCHIO et al. 2007) e dos sintomas

somáticos e psicológicos do climatério (MIRZAIINJMABADI, ANDERSON e BARNES, 2006).

Apesar de não ter sido constatada associação significativa entre depressão e ansiedade, ao analisarmos a relação entre depressão e os níveis de ansiedade notamos associação estatística significativa com todos os sintomas clássicos de ansiedade ( $p=0,000$ ); entretanto, após a regressão logística, somente a angústia ( $p=0,001$ ), insegurança ( $p=0,002$ ), irritabilidade, ( $p=0,005$ ) e o medo de acontecimentos ruins ( $p=0,008$ ) mantiveram a referida associação, resultados que se assemelharam aos de BROMBERGER, ASSMANN e AVIS (2003). Deve ser enfatizado que nas mulheres depressivas os sentimentos insegurança e medo impossibilitam o contato social, tornando a mulher mais reclusa.

Quanto à obesidade, é muito comum notar que sua evolução pode muitas vezes agravar a sintomatologia depressiva e ansiosa, não só nos casos de obesos graves (MATOS et al., 2001), mas também em mulheres durante a transição e após menopausa, em função da maior distribuição de gordura corpórea, particularmente na região abdominal proveniente da deficiência de estrogênio e dos inadequados estilos de vida (BERG, TYMOCZKO e STRYER, 2004).

O nosso estudo desvelou que 50,1% das mulheres com IMC superior a  $24,9 \text{ Kg/m}^2$ , 33,9% foram classificadas como ansiosas e 33,9% como depressivas e apesar de uma freqüência grande, não se constatou associação entre esses quadros com a obesidade segundo o IMC, o que



pode sugerir a ocorrência de uma acomodação emocional do indivíduo à elevação do peso corporal (SANTOS, 2006).

Ademais, notamos que os sintomas de ansiedade, apesar de presentes, não aumentaram de intensidade nas diferentes categorias do IMC, fato que foi confirmado por BRANDÃO et al. (2003) ao relatarem que os sintomas de ansiedade são tão insuficiente na mulher obesa, que não se pode afirmar que a obesidade seja diretamente relacionada a ansiedade.

Em relação a cintura abdominal observamos que não houve associação entre os casos acima de 80 cm com depressão; porém ocorreu associação positiva com a ansiedade (OR: 1,49; IC<sub>95%</sub>:1,10- 2,37, p= 0,008), resultado singular, pois até então essa relação era considerada apenas preditora de morbidades cardiovasculares e não de distúrbios emocionais.

Na literatura vários estudos associam a obesidade do tipo visceral (abdominal) à diversas morbidades cardiovasculares e psíquicas (MONDINI e MONTEIRO, 1998; BERNARDI, CICHELERO e VITOLO, 2005; SANTOS, 2006) especialmente a ansiedade, que pode estar associada à imagem corporal e IMC elevado, principalmente num momento de evidente turbulência endócrina e transformações sistêmicas importantes, como são os estágios da transição e após menopausa (ALDRIGHI et al., 2002; FRANÇA, ALDRIGHI e MARUCCI, 2008).

Vale ressaltar que a obesidade e distúrbios emocionais, como a depressão e ansiedade podem fazer parte de um ciclo, onde a obesidade inicialmente propicia o isolamento social, pela perda da auto-estima, medo de deboche e que pode evoluir para fobias sociais e distúrbios emocionais

do tipo ansiedade e depressão. SEGAL, CARDEAL e CORDAS (2002), reforçaram que a obesidade ocasiona e intensifica os distúrbios emocionais.

No balanço geral de todos os nossos resultados fica evidente que as oscilações hormonais presentes nos estágios da transição e após a menopausa podem não só justificar o ganho de peso, mas também o surgimento de importantes eventos psíquicos como a ansiedade e depressão.

Ademais, como nesses estágios do envelhecimento ovariano são frequentes situações de estresse podem ocorrer o desencadeamento de compulsões alimentares que potencializaria o incremento de peso. Esse incremento de peso pode promover estresse crônico, com maior liberação de cortisol, que redundaria em interferências no humor, como irritabilidade e ansiedade (MIRZAIINJMABADI, ANDERSON e BARNES, 2006).

E, com o passar do tempo esse estímulo crônico do cortisol pode induzir ao ganho de peso, gerando apatia, baixa estima, isolamento social, ingredientes suficientes para eclodir da depressão (ALDRIGHI et al., 2002; MIRZAIINJMABADI, ANDERSON e BARNES, 2006; CAMARGOS et al., 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou a prevalência de ansiedade e depressão, bem como de fatores associados, especialmente a obesidade em mulheres na transição e após menopausa do PSF de Pindamonhangaba.

Apesar de o estudo ter sido feito com o maior rigor, nos deparamos com algumas limitações como a avaliação da ansiedade e depressão terem sido realizadas somente por meio de um instrumento auto-referido validado, sem um diagnóstico clínico específico.

Não averiguou a frequência de consumo de café, bebidas colas, óbito familiar recente e histórico de depressão pós-parto, fatores descritos na literatura como associados a ansiedade e/ou depressão.

A alta prevalência de depressão observada não mostrou associação com a obesidade, avaliada tanto pelo IMC como pela relação cintura/quadril, diferente da também alta prevalência de ansiedade que se associou de forma significativa com a cintura abdominal superior a 80 cm.

Os resultados populacionais obtidos assumem especial importância em saúde pública, pois além de permitir estabelecer intervenções preventivas no âmbito da atenção básica, principalmente em relação ao achado inédito da associação adiposidade abdominal e ansiedade em mulheres na transição e após menopausa, poderão ainda contribuir para uma melhor qualidade de vida da mulher nessas turbulentas fases da vida.

## 6 CONCLUSÃO

O presente estudo realizado em mulheres na transição e após a menopausa pertencentes ao PSF de Pindamonhangaba permitiu-nos concluir:

- A prevalência de ansiedade atingiu metade das mulheres estudadas e entre as principais manifestações clínicas para sua caracterização constatamos a irritabilidade, o medo de acontecimentos ruins, a sensação de calor e a taquicardia;
- A prevalência de depressão alcançou mais de um terço das mulheres e os sintomas mais prevalentes entre as depressivas foram fadiga, perda de libido, irritabilidade e tristeza;
- Não se evidenciou associação entre os distúrbios emocionais e a obesidade segundo o IMC; porém notamos associação positiva entre ansiedade e cintura abdominal superior a 80 cm;
- A prevalência da obesidade segundo o IMC afetou dois terços das mulheres estudadas, sendo que a maioria delas apresentaram medida da cintura abdominal superior a 80 cm e relação cintura quadril acima do valor de corte nos dois estágios estudados;

- Os fatores associados à ansiedade foram cintura abdominal superior a 80 cm, tabagismo, uso de terapêutica hormonal, renda superior a um salário mínimo e sentimentos de irritabilidade;
- Os fatores associados à depressão foram qualidade de sono ruim, apnéia obstrutiva do sono, uso de terapêutica hormonal, hipertensão arterial e sentimentos de angústia, insegurança e irritabilidade.

## 7 REFERÊNCIAS

Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrighi APS. Alterações sistêmicas no climatério. Rev Bras Med. 2002; 59:15-21.

Aldrighi JM, Alecrin IN, Oliveira PR, Shinomata HO. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. Rev Assoc Med Brás. 2005; 51(1):51-53.

Alexander JL. et al. Role of stressful life events and menopausal stage in wellbeing and health. Expert Review of Neurotherapeutics, Londres, 2007, 7(11):93-113.

Almeida Filho N et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity – Methodological features and prevalence estimates. Br J Psychiatry, 1997, 171:524-9.

American Psychiatry Association - (DSM-IV) - Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC. APA. 1995.

Anastasi A, Urbina S. Testagem psicológica. Porto Alegre, RS: Artes Médicas 2000.

Andrade L, Walter EE, Gentil V, Laurenti R- Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment Area in the City of São Paulo, Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002, 37:316-25.

Andrade LHSG, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. Revista de Psiquiatria Clínica, 1998; 25(6), 285-90.

Aranha RN, Faerstein E, Azevedo GM. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):100-108.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña J, Lewis G- Common mental disorders in Santiago, Chile. Br J Psychiatry 178:228-3, 2001.

Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO- 3.ed. 2009.

Avis NE, McKinlay SM. The Massachusetts Women's Health Study: an epidemiologic investigation of the menopause. *J Am Med Womens Assoc.* 2003;50:45-9, 63.

Ayranci U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health.* 2010 Jan 11;10:1.

Babyak MA, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, Craighead WE, Baldewicz TT, Krishnan KR. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine.* 2000.62:633-638.

Barlow, DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety.* New York: Guilford, 2002.

Beck A. *Terapia Cognitiva da Depressão,* Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck anxiety checklist. Unpublished manuscript, University Pennsylvania, 1985.

Beekman AT. anxiety in aging: a newly chartered territory : *am j geriatr psychiatry.* 2008;16(10):787-9.

Berg JM, Tymoczko JL, Stryer L. *Bioquímica.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Berlim M, Pavanello DP, Caldieraro MAK, Fleck MPA. Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of brazilian outpatients with major depression. *Qual Life Rev.* 2005;14:561-5634.

Bernardi F, Cichelero C, Vitolo MR. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição.* Campinas, n1, v18, p: 85-93, 2005.

Bijl RV, Ravelli A, Vanzessen G. - Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,* 1998, 33(12):587-95.

Binfa EL, Blümell MJH. Obesidad, estrógenos y salud de la mujer. *Rev. Chil Obstet Ginecol,* 2001,66(4):340-6.

- Block G, Gillespie C, Rosenbaum E.H Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med*, 2000:284-288.
- Blümell JE, Castelo Branco C, Rocangliolo ME, Binfa EL, Tacla X, Mamani, L. Changes in body mass index around menopause: a population study of Chilean women. *Menopause*, 2001,8:239-44.
- Bossemeyer RP. Atividade física no climatério. In: Fernandes CE. *Menopausa e tratamento*. São Paulo: 2003: 201-9
- Brandão ML, Vianna DM, Masson S, Santos J. Organização Neural de Diferentes Tipos de Medo e Suas Implicações na Ansiedade. *Revista Bras.Psiquiatria*. 2003.
- Brasil, DATASUS. Ministério da Saúde: Indicadores e dados básicos 2008. [Acesso em 12 maio 2010] Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%20>>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa* / Ministério da Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- Bromberger JT, Assmann SF, Avis NA. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre and perimenopausal women. *Am. j. epidemiol*, Baltimore, 2003, 158(4):347-56.
- Callegari C, Buttarelli M, Cromi A, Diurni M, Salvaggio F, Bolis P. Female psychopathologic profile during menopausal transition: a preliminary study. *Maturitas*. 2007;56:447-51.
- Camargos AF, Melo VH, Carneiro MM. et al. *Ginecologia ambulatorial*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- Capitao CG, Tello RR. Traço e estado de ansiedade em mulheres obesas. *Psicol. hosp.* (São Paulo), 2004, 2(2).
- Castro MGT. *Qualidade de vida e tabagismo [dissertação]*. PUCRS, Porto Alegre, 2006.
- Castro-Costa E, Ferri CP, Lima-Costa MF, Zaleski M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Alcohol consumption in late-life--the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav*. 2008;33(12):1598-601.



Chen CS, Chong MY, Tsang HY. Clinically significant non-major depression in a community-dwelling elderly population: epidemiological findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(6): 557-62.

Código Internacional de Doenças. CID –10. Classificação estatística internacional das doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo:1997.

Cole MG, McCusker J, Sewitch M, Ciampi A, Dyachenko A. Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *Int Psychogeriatr*. 2008; 20(3): 554-70.

Colenda CC, Legault C, Rapp SR, DeBon MW, Hogan P, et al. Psychiatric disorders and cognitive dysfunction among older, postmenopausal women: results from the Women's Health Initiative Memory Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010 May;18(5):456.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6): 992-8.

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

De Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha Junior I. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27(1):7-11.

Demetrio FN. Efeito da terapia de reposição estrogênica sobre o humor e a ansiedade em mulheres menopausadas. São Paulo, 2000, Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dimenstein R, Simplicio JL, Ribeiro KDS. Influência de variáveis socioeconômicas e de saúde materno-infantil sobre os níveis de retinol no colostro humano. *J. Pediatr*. 2003;79(6):513-518.

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(5): 372-87.

Drapeau V, Lemieux I, Richard D, Bergeron J, Tremblay A, et al. Waist circumference is useless to assess the prevalence of metabolic abnormalities in severely obese women. *Obes Surg*. 2007;17:905-9.

Eckel RH, Non-surgical management of obesity in adults. *New England Journal of Medicine* , 2008 May 1, 358(18):1941-50.

Fabricatore AN, Wadden T. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol* 2004; 22: 332–337.

Feldner Junior PC, Bezerra RPS, Gurão MJBC, Castro RA, Sartori MGF, Baracat EC, Lima GR. Valor da queixa clínica e exame físico no diagnóstico da incontinência urinária. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2002,24(2):87-91.

Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002, 1723-1727.

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

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

Foster-Schubert KE, McTiernan A, Frayo RS, Schwartz RS, Rajan KB, Yasui Y, et al. Human plasma ghrelin levels increase during a one-year exercise program. *J ClinEndocrinol Metab* 2005;90:820-5.

França AP, Aldrighi, JM, Marucci MFN. Fatores associados à obesidade global e à obesidade abdominal em mulheres na pós-menopausa. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2008, 8(1): 65-73.

Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Gracia cr, Kapoor S, Ferdousi T. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes. *Menopause*. 2005;12:258-66.

Freud S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. In S. Freud, *Obras completas V. 23*. Rio de Janeiro: Imago. 1976.

Gallicchio L, Schilling C, Miller SR, Zacur H, Flaws JA. Correlates of depressive symptoms among women undergoing the menopausal transition. *J Psychosom Res*. 2007;63(3):263-8.

Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Bevilacqua G, et al. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone. *Maturitas*, 2003;44 (2):157-163.

García-Portilla MP Depression and perimenopause: a review. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009 Jul-Aug;37(4):213-21.

Geloneze B. Síndrome metabólica: mito ou realidade?. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006,50(3): 409-411.

Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 453-457,1996.

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

Graeff FG, Brandão ML. *Neurobiologia das doenças mentais.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

Guarisi T, Pinto Neto AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa Paiva LHS, Faúndes A. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Publica,* 2001,35(5): 428-35.

Guyton AC, Hall JE. *Tratado de Fisiologia Médica.* 11 edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

Han MOK, Lee NY, Park HS. Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *International Urogynecol Journal,* 2005,17:35-39.

Han TS et al. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample, *Journal Med,* 1995, 1401-1405.

Han TS, Lean ME, Seidell JC. Waist circumference remains useful predictor of coronary heart disease. *BMJ* 1996; 312(7040):1227- 1228.

Hanna B, Jarman H, Savage S. The clinical application of three screening tools for recognizing post-partum depression. *International Journal of Nursing Practice,* 2004.10(2), 72-79.

Harison et al.; *Harrison medicina interna.* 17 edição. Rio de Janeiro:McGraw-Hill 2008.

Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. *Br j Psychiatry.* 1994;164:513-6.

Hong SC, Yoo SW, Cho GJ, Kim T, Hur JY, Park YK, Lee KW, Kim SH. Correlation between estrogens and serum adipocytokines in premenopausal and postmenopausal women. *Menopause*. 2007;14(5):835-40.

Hudson JL, Rapee R. From Anxious Temperament to Disorder: An etiological model of Generalized Anxiety Disorder. In R.G. Heimberg, C.L. Turk, & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice* 2004; 51-74.

Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Im EO; Lee B; Chee W; Dormire S; Brown A. A national multiethnic online forum study on menopausal symptom experience. *Nurs Res*; 59(1): 26-33, 2010

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Censo demográfico: 2000,. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> 2007

\_\_\_\_\_. Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> 2010

Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variations: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biol Psychiatry*. 2005; 58(4): 265-71.

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

Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS. Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000;284(18):2348-51.

Juang KD, WANG, MONTEIRO e POPKIN SJ, Lu SR, Lee SJ, Fuh JL. Hot flashes are associated with psychological symptoms of anxiety and depression in peri- and post- but not premenopausal women. *Maturitas*. 2005; 52:119-26.

Kapczinski F, Quevedo J, Izquierdo I. ORG. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

Kaplan HL, Sadock JB, Grebb J A. *Compêndio de Psiquiatria*. PortoAlegre: Artes Médicas, 1997.

Kater CE. A síndrome metabólica e o X da questão. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2006; 50(2):163-164.

Kessler, R.C. McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, et.al.- Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States: results from the national Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.

Kimura M, Irahara M, Yasui T, Saito S, Tezuka M, Yamano S, et al. The obesity in bilateral ovariectomized rats is related to a decrease in the expression of leptin receptors in the brain. *Biochem Biophys Res Commun.* 2002;290(4):1349-53.

Kranzler HR, Mason B Modesto-Lowe V. Prevalence, diagnosis, and treatment of comorbid mood disorders and alcoholism. In: Kranzler HR, Rounsaville B, editors. *Dual Diagnosis and Treatment*. New York: Marcel Dekker, Inc; 1998. 107-36.

La Rosa J. Anxiety, sex, socioeconomic status, and birth order. *Psicol. reflex. crit.* 1998;11(1):59-70.

Lee MS, Kim JH, Park MS, Yang J, Ko YH, Ko SD, Joe SH. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean post-menopausal women. *J Korean Med Sci.* 2010 May;25(5):758-65.

Lepine JP. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry, Memphis*,2002; 63, Suppl 14, 4-8.

Lima IVM, Sougey EB, Vallada Filho HP. Genética dos transtornos afetivos. *Rev Psiq Clin, São Paulo*, 2004; 31(1):34-39.

Li Y, Yu Q, Ma L, Sun Z, Yang X. Prevalence of depression and anxiety symptoms and their influence factors during menopausal transition and postmenopause in Beijing city. *Maturitas.* 2008;61(3):238-42.

Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Martinez JAB, Motas GA, Vianna ES, Oliveira JT. Impaired quality of life of healthy young smokers. *Chest.* 2004; 125(2):425-428.

Maartens LWF, Knottnerusb JA, Pop VJ. Menopausal transition and increased depressive symptomatology – A community based prospective study. *Maturitas*,2002; 42 195- 200.

Maevsky EI, Peskov AB, Uchitel ML, Pogorelov AG, et al .A succinate-based composition reverses menopausal symptoms without sex hormone replacement therapy. *Adv Gerontol.* 2008;21(2):298-305.

Man JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med* 2005; 353(17):1819-34.

Marques ACPR, Zaleski M, Caetano R, Laranjeira R, Pinsky I, Gigliotti A, et al. Estudo da Prevalência de Fumantes em uma Amostra Probabilística da População Brasileira em 2006. no prelo.

Matos MIR, Aranha LS, Faria AN, Ferreira SRG, Bacaltchuck J, Zanella MT. transtorno do Comer Compulsivo, Ansiedade, Depressão e Imagem Corporal em uma amostra de pacientes com Obesidade Grau III. Tese de Mestrado – Universidade Federal de São Paulo, 2001.

McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zvolensky MJ. Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2004;18:7-18.

Melby MK, Lock M, Kaufert P. culture and symptom reporting at menopause, *Hum Reprod Update.* 2005; 11: 495–512.

Meltzer H, Gill B, Petticrew M and Hinds, K. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain Report 1: the prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. London: HMSO, 1995.

Mendito A, Cassese E, Balbi C. Climaterio e qualità della vita. *Minerva Ginecol* 1999;51:83-9.

Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002; 57(3): 55-61.

Mirzaiinj Mabadi K, Anderson D, Barnes M. The relationship between exercise, body mass index and menopausal symptoms in midlife Australian women. *Int. j. nurs. pract, Carlton,* 2006, 12: 28-34.

Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychol Med.* 2004; 34(4): 623-34.

Molarius A, Seidell JC, Sans S, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Waist and hip circumferences, and waist-hip ratio in 19 populations of the WHO MONICA project. *International Journal of Obesity.* 1999;23(2):116-125.

Molarius A, Seidell JC. Selection of anthropometric indicators for classification of abdominal fatness-a critical review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22(8):719-727.

Mondini L, Monteiro, C.A. Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.1 n.1, p.28-39, 1998.

Monteiro CA, Conde WL, Popkin BM. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *J Nutr* 2001;131:881S-6.

Monteiro CA, D'A Benício MH, Conde WL, Popkin BM. Shifting obesity trends in Brazil. *Eur J Clin Nutr*. 2000;54(4):342-6.

Moore BE, Fine BD. *Dicionário de termos e conceitos psicanalíticos*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1992.

Moreno DH, Soares MBM. *Diagnóstico e tratamento: elementos de apoio depressão*. São Paulo: Lemos, 2003.

Nahoum JC, Simões PM. Climatério e senilidade. *Femina*, 1989; 17(8):672-88.

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

Nardi AE. *Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade*. *Rev Psiq Clin (São Paulo)*, São Paulo, 1998; 25:331-33.

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

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

Nievas AF, Furegato ARF, Iannetta O, Santos JLF. Depressão no climatério: indicadores biopsicossociais. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55:274-9.

- Norman RJ, Flight IHK, Rees MCP. Oestrogen and progestogen hormone replacement therapy for peri-menopausal and post-menopausal women: weight and body fat distribution (Cochrane Review). 2. ed. Oxford: The Cochrane Library, 2005.
- Notelovitz M. Climacteric Medicine and Science: a societal need. In: Notelovitz M, ed. The climacteric in perspective. Lancaster, M.T.P.Press, 1988:19-21.
- Otto R (Otto Rosenfeld). A Psychology of Difference: The American Lectures, Princeton University Press, 1996.
- Park HS, Oh AW, Cho S, Choi WH, Kim YS. The metabolic syndrome and associated lifestyle factors among South Korean adults. International journal of Epidemiology 2004; 328-336.
- 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: 17-25.
- Percegoni N, Ferreira AC, Rodrigues CF, Rosenthal D, Castelo Branco MT, Rumjanek VM, et al. Profile of serum IL-1beta and IL-10 shortly after ovariectomy and estradiol replacement in rats. Horm Metab Res. 2009; 41(1):50-4.
- Peytremann-Bridevaux I, Voellinger R, Santos-Eggimann B. Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. J Affect Disord. 2008; 105(1-3): 247-52.
- Pien GW, Sammel MD, Freedman EW, et al. Predictors of sleep quality in women in the menopausal transition. Sleep.2008; 31(7):991-999.
- Pigott TA. Anxiety disorders in women. Psychiatr Clin North Am. 2003;26(3):621-72.
- Pinkerton, JV, Zion AS. (2005). Factors associated with climacteric symptoms in women around menopause attending menopause clinics in Italy. Maturitas, 52 (3/4), 181-189.
- Polisseni AF et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009,31(3).



Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006; 14: 1802–1815.

Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Pub Health* 2005 95:998-1000.

Robert SA, Reither EN. A multilevel analysis of race, community disadvantage, and body mass index among adults in the US. *Soc Sci Med* 2004; 59(12):2421-2434.

Rodríguez JAP. endocrinología clínica. publicaciones técnicas mediterráneo. Santiago de Chile. 2000.

Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (6), 121-128.

Rossinfosse C, Wauthy J, Bertrand J. SSRI antidepressants and alcoholism. *Rev Med Liege*. 2000;55(11):1003-10.

Royer M, Castelo Branco C, Blumel JE, Chedraui PA, et al. The US National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III (NCEP ATIII): prevalence of the metabolic syndrome in post menopausal Latin American women. *Climateric*. 2007,2(10):164-70.

Rueda JG. Transtorno por atracones: .entre los transtornos de la conducta alimenticia y la obesidad? Una mirada cognoscitiva comportamental. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2005;34(2):242-50.

Saleh N, Bener A, Khenyab N, Al-mansor Z, Muraiki AI. Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? *Maturitas*,2005,50:58-65.

Samsioe G. Menopausa e terapia de reposição hormonal. 2. ed. São Paulo: Merit Publishing International, 2001.

Santos FP. Ansiedade, Depressão e Ideação Suicida em Indivíduos com Obesidade. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Metodista de São Paulo UMESP, 2006.

Sawaya AL, Roberts S. Stunting and future risk of obesity: principal physiological mechanisms. *Cad Saude Publica* 2003; 19 Suppl 1:S21-S28.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Disponível em <URL:[http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES\\_SINDROME\\_METABOLICA\\_SBH\\_ORG\\_BR.pdf](http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_SBH_ORG_BR.pdf)>. Acesso em: fev.2010.

Schmidt PJ, Haq N, Rubinow DR. A longitudinal evaluation of the relationship between reproductive status and mood in premenopausal women. *Am J Psychiatry*, Arlington,2004, 162: 2238-44.

Segal A, Cardeal MV, Cordas TA. Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Rev Psiquiatr Clín.São Paulo*. 2002; 29(2):81-9.

Seritan AL, Iosif AM, Park JH, DeatherageHand D, Sweet RL, Gold EB. Self-reported anxiety, depressive, and vasomotor symptoms: a study of perimenopausal women presenting to a specialized midlife assessment center. *Menopause*. 2010 Mar;17(2):410-5.

Shin CS, Lee S, Lee T, et al. Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women. *Psychiatry and Clin Neurosci*. 2005; 59:395-402.

Silva Filho CR, Baracat EC, Conterno LO, Haidar MA, Ferraz MB. Sintomas climatéricos e qualidade de vida: validação do questionário da saúde da mulher. *Rev Saúde Pública*. 2005;39:333-9.

Silva HG, Mendonça LM, Conceição FL, Zahar SE, Farias ML. Influence of obesity on bone density in postmenopausal women. *Ar Bras End Metab*. 2007;51(6):943-9.

Sneed JR, Kasen S, Cohen P. Early life risk factors of late-onset depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 663–667.

Soares CN, Murray BJ. Sleep disorders in women: clinical evidence and treatment strategies. *Psychiatric Clinics of North America*. 2006:1095-1113.

Soares CN, Prouty J, Poitras J. Ocorrência e tratamento de quadros depressivos por hormônios sexuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.2002.24. supl1. Abr:48-54.

Soules MR, Sherman S, Parrot E. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76.

Souza MSF, Cardoso AL, Yasbek JRP, Fainthch J. Aerobic endurance, energy expenditure, and serum leptin response in obese, sedentary, prepubertal children and adolescents participating in a short-term treadmill protocol. *Nutrition*. 2004; 20:900-4.

Stoppe Junior A. Depressão. *Revista Medical Sigma Pharma*. 2006; 2(5): 25-38.

Sual GM, Normandia R, Rodrigues R. Depressive symptoms and risk factors among perimenopausal women. *PRHSJ*, 2005,24(3): 207-10.

Sullivan O. "The Enjoyment of Activities: Do Couples Affect Each Others' Well-being?" *Social Indicators Research*, 1996; 38:81-102.

Tamanini JTM, Dambros M, D'ancona CAL, Palma PCR, Netto Junior NR. Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form" (ICIQ – SF). *Rev Saúde Pública* 2004, 38(3): 438-44.

Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(2):125-31.

Thomas JL, Brantley PJ. Factor structure of the center for epidemiologic studies depression scale in low-income women attending primary care clinics. *Eur J Psychol Assess*. 2004; 20(2):106-15.

Trémollières FA, Powilles JM, Ribot CA. Relative influence of age and menopause on total and regional body composition change postmenopausal women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996; 175: 1594.

Trench, B, Santos, CG. Menopausa ou Menopausas? *Rev Saúde sociedade*. 2005; 14(1): 91-100.

Veras AB, Rassi A, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev. psiquiatria. Rio Gd. Sul*, 2006; 28(2):130-134.

Vesco KK, EM Haney , Humphrey L, R Fu , Nelson HD . Vesco KK , Haney EM, Humphrey L , Fu R , Nelson HD . Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*. 2007;10(6):448-65.

Wang, Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brasil, China and Russia. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2002;75: 971-977.

Wang ZM, Pierson RN, Heymsfield SB. The five-level model: a new approach to organizing body-composition research. *Am. J. Clin. Nutr.*, v.56, p.19-28, 1992.

Woods NF, Mitchell ES. Patterns of depressed in midlife women: observations from the Seattle midlife womens health study. *Research in Nursing & Health*, 19: 111-23, 1996.

Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*. 2008;15:223-32.

World Health Organization (WHO), *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Geneva: 1996. years. A compilation of twenty-two essays delivered in America between, 1996.

\_\_\_\_\_. Defining the problem of overweight and obesity. In: World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a Who Consultation*. Geneva; 2000: 241-243.

Wyatt SB, Winters KP, Dubbert PM. Overweight and obesity: prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. *Am J Med Sci* 2006; 331: 166-174.

Yonkers KA, Bradshaw K, Halbreich U. estrogens, progestins and mood. in: steiner m, yonkers ka, ericson e (eds). *mood disorders in women*. london, uk: martin dunitz; 2000: 207-232.


Young T, Peppard PE, Taheri S. Excess weight and sleep disordered breathing. *J Physiol*. 2005; 99 (4):1592-1599.

Zender R, Olshansky E. Women's mental health: depression and anxiety. *Nurs Clin North Am*. 2009 ;44(3):355-64.

Zhang Y, Proença R, Maffei M, Barone M, Leopold L, Friedman JM. Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature* 1994; 372:425-32.

## ANEXOS

### Anexo 1: Autorização para realização do projeto em Pindamonhangaba

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

---

São Paulo, 05 de janeiro de 2005

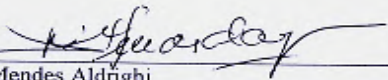
**DE:** Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública  
 Professor Doutor José Mendes Aldrighi

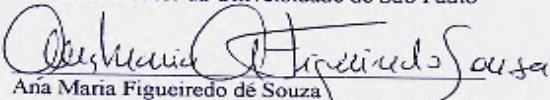
**PARA:** Secretaria de Saúde de Pindamonhangaba, SP  
 Ilustríssima Senhora Ana Maria Figueiredo de Souza

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

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

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

  
 José Mendes Aldrighi  
 Professor Doutor da Universidade de São Paulo

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

**Anexo 2: Autorização Comitê de Ética trabalho primário**

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

**COMITÊ DE ÉTICA - COEP**

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

Of.COEP/179/05

19 de agosto de 2005



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

Atenciosamente,

  
Eunice Aparecida Blanchi Galati

Professora Doutora  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

### Anexo 3- Carta de aprovação da mudança de título trabalho primário

	
<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP</b>	
Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública	
<i>Of. COEP/ 270 / 06</i>	
<i>Protocolo</i>	1324
<i>Projeto de Pesquisa</i>	Promoção de Saúde em mulheres com síndrome metabólica no climatério
<i>Pesquisador(a)</i>	Ana Carolina Basso Schmitt
06 de setembro de 2006.	
Prezado(a) Orientador(a),	
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP, analisou e aprovou, em sua 6ª/06 Sessão Ordinária, realizada dia 09.08, p.p, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96 e suas complementares, o adendo do protocolo de pesquisa acima intitulado, referente à solicitação de alteração de título, tendo em vista sugestão da banca de qualificação.</p>	
<p>O novo título do protocolo de pesquisa 1324 passa a ser PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA E DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS NA TRANSIÇÃO E APÓS A MENOPAUSA.</p>	
Atenciosamente,	
	
<b>Eunice Aparecida Bianchi Galati</b> <b>Professora Doutora</b> <b>Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa</b>	
<p>Ilm.º (a) Sr.º (a)  <b>Prof.º (a) Dr.º (a) José Mendes Aldrighi</b>          Departamento de Saúde Materno-Infantil</p>	
<hr/> Av. Dr. Arnaldo, 715 – Assessoria Acadêmica - CEP: 01246-904 – São Paulo – SP Telefones: (55-11) 3061-7779 / 7742 e-mail: <a href="mailto:coep@fsp.usp.br">coep@fsp.usp.br</a> site <a href="http://www.fsp.usp.br">www.fsp.usp.br</a>	





## Anexo 5: Roteiro da entrevista

### ROTEIRO DE COLETA DOS DADOS

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

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

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

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

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

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

Primeiro, vamos à algumas <b>PERGUNTAS GERAIS</b> .	
USF Coloque o n. de registro da entrevistada <b>RG da entrevistada</b>	_____ (nome e micro área) _____ <b>RG</b> _____
Quantos anos completos Sra têm?	Idade..... / ____ NS.....88 <b>(não sei)</b> NR.....99 <b>(não respondeu)</b>
Em que mês e ano a Sra nasceu? <b>(conferir a idade com documento)</b>	Mês..... / ____ Ano..... / ____ / ____ / ____ NS.....88 NR.....99
A Sra consegue ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhecer	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra foi à escola?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A escola que a Sra estudou por mais tempo era...	Pública.....1 Particular.....2 Metade pública/ Metade particular.....3 NS.....88 NR.....99
Quantos anos a Sra frequentou a escola (anos de estudo)?	____ / ____ anos

A Sra tem alguma religião? Qual?	católica apostólica romana.....1 evangélica de missão.....2 evangélica de origem pentecostal.....3 outras evangélicas.....4 espírita.....5 umbanda e candomblé.....6 testemunha de Jeová.....7 sem religião.....8 outra _____ <b>(escrever)</b> NS.....88 NR.....99
A Sra já foi ou é casada ou teve união livre (morou junto com um companheiro)?	Sim.....1 <b>Não.....2</b> NS.....88 NR.....99
No total, quantas vezes a Sra foi casada ou em união (morou junto)?	Nº. de vezes....._/_____ NS.....88 NR.....99
. Este casamento ou união continua ou acabou?	Continua.....1 Separação.....2 Viuvez.....3 Divórcio.....4 NS.....88 NR.....99
. A Sra se considera ...	Branca.....1 Preta.....2 Amarela.....3 Parda (morena).....4 Indígena.....5 Outra.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra trabalha mesmo que não tenha carteira assinada, ou mesmo que o pagamento não seja em dinheiro (objetos, alimentos, roupas, favores, etc), ou pensionista ou aposentada?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
. Tem pagamento / remuneração?	Sim.....1 <b>Não.....2</b> NS.....88 NR.....99
Qual o valor de seu pagamento / remuneração mensal? <b>(Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)</b>	<b>R\$</b> _____ NS.....88 NR.....99
. Qual seu cargo ou função ou profissão ou ofício exercido?	_____ NS.....88 NR.....99
. Quantas pessoas moram com a Sra? <b>(sem contar com você)</b>	_____/_____ NS.....88 NR.....99
. Qual é aproximadamente a renda mensal do seu domicílio, isto é, a soma da renda mensal de todos que moram com Sra? <b>(Anotar o valor total – referencia: Salário mínimo = R\$ 380,00)</b>	<b>R\$</b> _____ NS.....88 NR.....99
<b>Agora sobre MORBIDADE(DOENÇA)</b>	
. A Sra usa algum remédio (medicamento)? Tem a receita do médico ou a caixa ou a bula do remédio?	Não.....1 Sim, quais _____2 3. _____ 4. _____
<b>(anotar o(s) nome(s) do(s) remédio(s) de acordo com a receita ou caixa ou bula).</b>	

	5.	
A Sra teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
A Sra teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88	
A Sra teve ou tem diabetes na gravidez = gestacional?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
A Sra teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
Qual?	NS.....88 NR.....99	
A Sra teve Derrame = AVC?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
A Sra teve ou tem cistos no ovários (síndrome de ovários policísticos)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
A Sra teve ou tem doença de fígado sem ser por causa do álcool? (Doença hepática gordurosa não-alcoólica)	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
A Sra teve ou tem gota = ácido úrico elevado = Hiperuricemia?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem pressão alta = hipertensão?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	Quem?
Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem diabetes = níveis altos de açúcar no sangue?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	Quem?
Alguém da sua família ( <b>pai, mãe, irmãos, filhos</b> ) teve ou tem problema no coração?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	Quem?
A Sra já realizou exame de Densitometria óssea? ( <b>Exame que avalia a massa óssea</b> )	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
No exame de Densitometria óssea, o resultado foi...	Normal.....1 Osteopenia.....2 Osteoporose.....3 NS.....88 NR.....99	
<b>Agora sobre Agora sobre a HISTÓRIA OBSTÉTRICA</b>		
E A senhora ficou grávida alguma vez?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99	
Quantas vezes a senhora ficou grávida?	Nº de vezes..... / ____ NS.....88 NR.....99	
Quantos partos foram normais?	Nº de vezes..... / ____ NS.....88 NR.....99	
Teve uso de fórceps (ferro)?	Sim.....1 Não.....2	

	NS..... 88 NR..... 99
A senhora fez episiotomia? (pic - corte na vagina para facilitar a passagem do neném)	Sim.....1 Não..... 2 NS..... 88 NR..... 99
Quantos partos foram cesáreas?	Nº de vezes..... / ____ NS..... 88 NR..... 99
A senhora teve algum aborto?	Sim.....1 Não..... 2 NS.....88 NR..... 99
Quantos abortos a senhora teve?	Nº de vezes..... / ____ NS..... 88 NR..... 99
Qual o peso do seu maior filho?	_____ NS.....88 NR..... 99
Fez cirurgia ginecológica prévia? (alguma cirurgia na vagina, útero, trompas, ovário, bexiga e reto)	Sim.....1 Não..... 2 NS..... 88 NR..... 99
Qual foi a cirurgia?	1. _____ 2. _____ NS.....88 NR.....99
<b>Agora sobre <i>HISTÓRIA GINECOLÓGICA</i></b>	
Que idade tinha quando menstruou pela primeira vez?	Idade..... / ____ (anos) NS.....88 NR.....99
A Sra menstruou nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Atualmente sua menstruação: é regular (menstrua de 28 em 28 dias, de 29 em 29 etc)?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
E agora? Atrasa ou adianta mais que 7 dias?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
E agora? Fica sem vir de 2 a 11 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
A Sra, atualmente, evita ter filhos?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Usa algum desses métodos? (pode marcar mais que um)	Pílulas anticoncepcionais.....1 Anticoncepcionais injetáveis.....2 Camisinha.....3 Tabelinha.....4 Método Billings ou da ovulação.....5 Diafragma.....6 Espermicida.....7 DIU.....8 Vasectomia.....9 Ligadura.....10 Outros.....11 NS.....88 NR.....99
A Sra está, atualmente, tomando anticoncepcional?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99

Qual o nome?	_____ _____ _____ _____ NS.....88 NR.....99
Com que idade começou a tomar anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
Por quanto tempo a Sra tomou anticoncepcional (pílula, injetável, adesivo, anel vaginal, DIU de hormônio (Mirena), bastão subcutâneo (Implanon)?	Meses..... / ____ Anos..... / ____ NS.....88 NR.....99
Com que idade parou de menstruar?	Anos..... / ____ anos NS.....88 NR.....99
A Sra tomou alguma vez ou toma atualmente hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos ou creme?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Com que idade começou a tomar hormônio para a menopausa?	Idade..... / ____ NS.....88 NR.....99
Por quanto tempo a Sra tomou hormônio de mulher?	Meses..... / ____ Anos..... / ____ NS.....88 NR.....99
A Sra está, atualmente tomando hormônio de mulher?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
<b>Agora sobre <i>INCONTINÊNCIA URINÁRIA</i> (urina solta)</b>	
Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas <b>ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS</b> . Com que frequência você perde urina? <b>(apenas uma resposta)</b>	Nunca..... 0 Uma vez por semana ou menos ..... 1 Duas ou três vezes por semana ..... 2 Uma vez ao dia..... 3 Diversas vezes ao dia ..... 4 O tempo todo..... 5 NS..... 88 NR.....99
Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde. <b>(apenas uma resposta)</b>	Nenhuma.....0 Uma pequena quantidade ..... 1 Uma moderada quantidade..... 2 Uma grande quantidade..... 3 NS..... 88 NR.....99
Em geral quanto que perder urina interfere na sua vida diária? <b>(0 não interfere e 10 interfere muito)</b>	0..... 0 1..... 1 2..... 2 3..... 3 4..... 4 5..... 5 6..... 6 7..... 7 8..... 8 9..... 9 10..... 10 NS..... 88 NR.....99
Quando você perde urina? <b>(Marcar todas as alternativas que se aplicam a entrevistada)</b>	Nunca..... 1 Perco antes de chegar ao banheiro..... 2 Perco quando tusso ou espirro..... 3 Perco quando estou fazendo atividades físicas... 4 Perco quando estou dormindo.....5 Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo..... 6 Perco sem razão óbvia ..... 7 Perco o tempo todo..... 8

<b>Sono / Energia:</b>	
Seu problema de bexiga atrapalha seu sono?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Você se sente desgastada ou cansada?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
<b>Algumas das situações abaixo acontecem com você?</b>	
Você usa algum tipo de protetor higiênico como: fralda, forro, absorvente tipo Modess para manter-se seca?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Você controla a quantidade de líquido que bebe?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Você precisa trocar sua roupa íntima (calcinha), quando fica molhada?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
Você se preocupa em estar cheirando urina?	Não..... 1 Às vezes..... 2 Várias vezes ..... 3 Sempre ..... 4 NS..... 88 NR..... 99
<b>Agora sobre ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ VERSÃO CURTA)</b>	
. Nós queremos saber quanto tempo você gastou fazendo atividade física <b>NA ÚLTIMA SEMANA POR PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS</b> . As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Para responder as questões:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• atividades físicas <b>VIGOROSAS</b> são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar <b>MUITO</b> mais forte que o normal.</li> <li>• atividades físicas <b>MODERADAS</b> são aquelas que precisam de <b>ALGUM</b> esforço físico e que fazem respirar <b>UM POUCO</b> mais forte que o normal.</li> </ul>	
Em quantos dias da semana você <b>CAMINHOU</b> por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?	_____/_____ dias por semana Nenhum..... ( ) NS..... 88 NR..... 99
Nos dias em que você <b>CAMINHOU</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou caminhando <b>por dia</b> ?	Horas:_____ Minutos:_____ Não caminha .....( ) NS..... 88 NR..... 99
Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>MODERADAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar <b>moderadamente</b> sua respiração ou batimentos do coração. <b>(NÃO INCLUIR CAMINHADA)</b>	_____/_____ dias por semana Nenhum..... ( ) NS..... 88 NR..... 99
Nos dias em que você fez essas atividades <b>moderadas</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:_____ Minutos:_____ Não fez .....( ) NS..... 88 NR..... 99

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades <b>VIGOROSAS</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar <b>MUITO</b> sua respiração ou batimentos do coração.	_____/____ dias por semana Nenhum .....( ) NS.....88 NR.....99
Nos dias em que você fez essas atividades <b>vigorosas</b> por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b> ?	Horas:_____ Minutos:_____ Não fez .....( ) NS.....88 NR.....99
Quanto tempo no total você gasta sentado durante um <b>dia de semana</b> ?	Horas:_____ Minutos:_____ Não fica sentada.....( ) NS.....88
Quanto tempo no total você gasta sentado em um <b>dia de final de semana</b> ?	Horas:_____ Minutos:_____ Não fica sentada .....( ) NS.....88 NR.....99
<b>ATIVIDADE FÍSICA (BAECKE): responda a resposta mais apropriada para cada questão.</b>	
Você considera o seu trabalho...	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 Não tem ocupação.....4 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra senta...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra fica em pé...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra anda...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra carrega carga pesada...	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Sempre.....5 NS.....88 NR.....99
Após o trabalho a Sra está cansada...	Muito freqüentemente .....1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
No trabalho a Sra sua (transpira)...	Muito freqüentemente .....1 Freqüentemente.....2 Algumas vezes.....3 Raramente.....4 Nunca.....5 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras da sua idade a Sra pensa que seu trabalho é fisicamente...	Muito mais pesado.....1 Mais pesado.....2 Tão pesado quanto.....3

	Mais leve.....4 Muito mais leve.....5 NS.....88 NR.....99
A Sra pratica ou praticou esporte ou exercício físico nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual esporte ou exercício físico a Sra pratica ou praticou mais frequentemente?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
A Sra faz ou fez um segundo esporte ou exercício físico, nos últimos 12 meses?	Sim.....1 Não.....2 NS.....88 NR.....99
Qual o tipo?	Leve.....1 Moderado.....2 Vigoroso.....3 NS.....88 NR.....99
Quantas horas por semana?	< 1.....1 1-2.....2 2-3.....3 3-4.....4 >4.....5 NS.....88 NR.....99
Quantos meses por ano?	< 1.....1 1-3.....2 4-6.....3 7-9.....4 >9.....6 NS.....88 NR.....99
Em comparação com outras pessoas da sua idade a Sra pensa que sua atividade física durante as horas de lazer é...	Muito maior.....5 Maior.....4 A mesma.....3 Menor.....2 Muito menor.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra sua (transpira)?	Muito freqüentemente .....5 Freqüentemente.....4 Algumas vezes.....3 Raramente.....2 Nunca.....1 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra pratica esporte ou exercício físico?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99



Durante as horas de lazer a Sra vê televisão?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante as horas de lazer a Sra anda?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88
Durante as horas de lazer a Sra anda de bicicleta?	Nunca.....1 Raramente.....2 Algumas vezes.....3 Freqüentemente.....4 Muito freqüentemente .....5 NS.....88 NR.....99
Durante quantos minutos por dia a Sra anda a pé ou de bicicleta indo e voltando do trabalho, escola ou compras?	<5.....1 5-15.....2 16-30.....3 31-45.....4 >45 .....5 NS.....88 NR.....99

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

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

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

Seus pais fumam atualmente? Já fumaram no passado?

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

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

Sim	1
-----	---

Não	2
NS	88
NR	99

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_ Anos NS.....88 NR.....99

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

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

. Atualmente, a Sra fuma cigarros?

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_ cigarros por dia

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_ dias da semana

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

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

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

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

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

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

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

Nunca fumei diariamente	1
____/____ ANOS	2
NS	88

NR	99
----	----

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Sim	Não	NS	NR
Fumaria menos cigarros?	1	2	88	99
Mudaria para uma marca mais barata?	1	2	88	99
Procuraria um local onde vendessem sua marca mais barato?	1	2	88	99
Compraria uma quantidade menor de cigarros por vez?	1	2	88	99

Compraria cigarros em grande quantidade?	1	2	88	99
Tentaria parar de fumar?	1	2	88	99
Não mudaria meus hábitos de fumar	1	2	88	99

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

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

. A Sra gostaria de parar de fumar totalmente?

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

. A Sra pretende parar de fumar?

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

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

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

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

Sim	1
<b>Não</b>	<b>2</b>
NS	88
NR	99

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

Sim	1
<b>Não</b>	<b>2</b>
NS	88
NR	99

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

	Razão Principal
a. Para melhorar minha saúde	1
b. Para economizar dinheiro	2

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

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

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

Agora sobre **HÁBITOS ALIMENTARES**

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

Alimento	(0) Não consome (não come)	(0) menos de 1x/mês	(1) 2 a 3 x/mês	(2) 1 a 2 x/sem ana	(3) 3 a 4 x/sem ana	(4) 5 ou mais x/sema na
Hambúrguer						
Carnes gordurosas						
Frango frito						
Salsicha e lingüiça						
Frios						
Maionese						
Manteiga margarina						
Ovos						
Bacon						
Queijos e requeijão						
Leite integral						
Batata frita						
Salgadinhos de pacote						
Sorvete						
Produtos de pastelaria						
Sucos naturais de frutas						
Frutas						
Verduras						
Batata						
Feijão, lentilha, ervilha						
Legumes						
Cereais integrais						

Pão integral						
Pães convencionais						
Café						

Agora sobre **DEPRESSÃO (BECK)**

. Eu vou lhe dizer algumas situações com quatro afirmações cada, depois de eu ler cada grupo dessas quatro afirmações, me diga qual descreve melhor a maneira como Sra tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.	
Não me sinto triste.....0 Eu me sinto triste.....1 Estou sempre triste e não consigo sair disso.....2 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar...3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não estou especialmente desanimada quanto ao futuro 0 Eu me sinto desanimada quanto ao futuro 1 Acho que nada tenho a esperar. 2 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar 3 NS. 88 NR 99 Não tem 0
Não me sinto um fracasso.....0 Acho que fracassei que uma pessoa comum.....1 Quando olho para trás, na minha vida, que posso ver é um monte de fracassos.....2 Acho que, sou um completo fracasso.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Tenho tanto prazer em tudo como antes.....0 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.....1 Não encontro um prazer real em mais nada.....2 Estou insatisfeita ou aborrecida com tudo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não me sinto especialmente culpada..... 0 Eu me sinto culpada às vezes.....1. Eu me sinto culpada na maior parte do tempo.....2. Eu me sinto sempre culpada.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não acho que esteja sendo punida castigada).....0 Acho que posso ser punida.....1 Creio que vou ser punida.....2 Acho que estou sendo punida.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não me sinto decepcionada comigo mesma.....0 Estou decepcionada comigo mesma.....1 Estou enojada de mim.....2 Eu me odeio.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.....0 Sou crítica em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.....1 Eu me culpo sempre por minhas falhas.....2 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não tenho quaisquer idéias de me matar.....0. Tenho idéias de me matar, não as executaria..... 1 Gostaria de me matar.....2 Eu me mataria se tivesse oportunidade.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não choro mais que o habitual.....0. Choro mais agora do que costumava.....1 Agora, choro o tempo todo.....2 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não sou mais irritada agora do que já fui.....0 Fico molestada ou irritada mais facilmente do que costumava.....1 Atualmente me sinto irritada o tempo todo.....2 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.....3 Não tem.....0.	Não perdi o interesse nas outras pessoas.....0 Interesso-me menos do que costumava pelas outras pessoas.....1 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.....2 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas...3 Não tem.....0
Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.....0 Adio minhas decisões mais do que costumava. ....1 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.....2 Não consigo mais tomar decisões.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser. ....0. Preocupo-me por estar parecendo velha ou sem atrativos.....1 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos...2 Considero-me feia. ....3 NS.....88 NR.....99

Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.....0 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.....1 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.....2 Não consigo fazer nenhum trabalho.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Durmo tão bem quanto de hábito.....0 Não durmo tão bem quanto costumava.....1 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir...2 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não fico mais cansada que de hábito.....0 Fico cansada com mais facilidade do que costumava.....1 Sinto-me cansada ao fazer quase qualquer coisa...2 Estou cansada demais para fazer qualquer coisa...3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Meu apetite não está pior do que de hábito.....0 Meu apetite não é tão quanto costumava ser.....1 Meu apetite está muito pior agora.....2 Não tenho mais nenhum apetite.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.....0 Perdi mais de 2,5 Kg.....1 Perdi mais de 5,0 Kg.....2 Perdi mais de 7,5 Kg.....3 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ( ) NÃO ( ) NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.....0 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.....1 Estou muito preocupada com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.....2 Estou tão preocupada com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa...3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0
Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.....0 Estou menos interessada por sexo que costumava.....1 Estou menos interessada em sexo atualmente...2 Perdi completamente o interesse por sexo.....3 NS.....88 NR.....99 Não tem.....0	

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

SINTOMAS	0	1	2	4	88	99
	AUSENTE	SUAVE não me incomoda muito	MODERADO é desagradável mas consigo suportar	SEVERO quase não consigo suportar	NS	NR
. Dormência ou formigamento						
Sensações de calor						
Tremor nas pernas						
Incapaz de relaxar						
Medo de acontecimentos ruins						
Confuso ou delirante						
Coração batendo forte e rápido						
Insegura						
Apavorada						
Nervosa						
Sensação de sufocamento						
Tremor nas mãos						
Trêmula						
Medo de perder o controle						
Dificuldade de respirar						

Medo de morrer						
Assustada						
Indigestão ou desconforto abdominal						
. Desmaios						
. Rubor facial (Bochecha vermelha)						
. Sudorese (não devido ao calor)						

Agora sobre **AVALIAÇÃO DO SONO**

Vou lhe fazer agora algumas perguntas sobre o seu sono **apenas do último mês**

. Durante o mês passado, a que horas a Sra foi se deitar à noite, na maioria das vezes?	
Horas: _____ Minutos: _____	
NS.....88	
NR.....99	
Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) a Sra demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?	
Horas: _____ Minutos: _____	
NS.....88	
NR.....99	
Durante o mês passado, a que horas a Sra acordou de manhã, na maioria das vezes?	
Horas: _____ Minutos: _____	
NS.....88	
NR.....99	
. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite a Sra dormiu? Pode ser diferente do número de horas que a Sra ficou na cama.	
Horas: _____ Minutos: _____	
NS.....88	
NR.....99	
Durante o mês passado, quantas vezes a Sra teve problemas para dormir por causa de:	
i. Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono	
Nenhuma vez.....1	
Menos de uma vez por semana.....2	
Uma ou duas vezes por semana.....3	
Três vezes por semana ou mais.....4	
NS.....88	
ii. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iii. Levantar-se para ir ao banheiro	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99
iv. Ter dificuldade para respirar	Nenhuma vez.....1 Menos de uma vez por semana.....2 Uma ou duas vezes por semana.....3 Três vezes por semana ou mais.....4 NS.....88 NR.....99



v. Tossir ou roncar muito alto	Nenhuma vez.....	1
	Menos de uma vez por semana.....	2
	Uma ou duas vezes por semana.....	3
	Três vezes por semana ou mais.....	4
	NS.....	.88
	NR.....	.99
vi. Sentir muito frio	Nenhuma vez.....	1
	Menos de uma vez por semana.....	2
	Uma ou duas vezes por semana.....	3
	Três vezes por semana ou mais.....	4
	NS.....	.88
	NR.....	.99
vii. Sentir muito calor	Nenhuma vez.....	1
	Menos de uma vez por semana.....	2
	Uma ou duas vezes por semana.....	3
	Três vezes por semana ou mais.....	4
	NS.....	.88
	NR.....	.99
viii. Ter sonhos ruins ou pesadelos	Nenhuma vez.....	1
	Menos de uma vez por semana.....	2
	Uma ou duas vezes por semana.....	3
	Três vezes por semana ou mais.....	4
	NS.....	.88
	NR.....	.99
ix. Sentir dores	Nenhuma vez.....	1
	Menos de uma vez por semana.....	2
	Uma ou duas vezes por semana.....	3
	Três vezes por semana ou mais.....	4
	NS.....	.88
	NR.....	.99

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

. Com que frequência a Sra geralmente bebe **VINHO**? Apenas me diga a letra no cartão que melhor descreva a sua frequência habitual do consumo de **VINHO**. (**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:**)

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

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

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

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

Diga-me a letra do cartão.

A.	17 ou mais doses em um único dia	1
B.	12 a 16 doses em um único dia	2
C.	8 a 11 doses	3
D.	5, 6 ou 7 doses	4
E.	4 doses	5

F.	3 doses	6
G.	2 doses	7
H.	1 dose	8
	<b>NS (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b>	<b>88</b>
	<b>NR (NÃO ESTÁ NO CARTÃO)</b>	<b>99</b>

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

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

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

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

**(MOSTRE CARTÃO 24.D)**

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

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

	24.4a	
	1ª Men.	2ª Men.
A	1	1
B	2	2
Nenhum	97	97
NS	88	88
NR	99	99

**(MOSTRE CARTÃO 24.D)**

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

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

**(MOSTRE CARTÃO 24.E)**

Olhe para essa foto de diferentes tipos de taças de vinho e de um copo comum. As taças e o copo aparecem na foto em

um tamanho menor do que o real. Me diga qual letra corresponde ao tipo de taça de vinho que a Sra geralmente bebeu **nos**

**últimos 12 meses: (SE NÃO BEBE VINHO NESTES TIPOS DE TAÇAS, PULE PARA INSTRUÇÃO ANTES DA QUESTÃO**

**24.6).** Além desse tipo de taça/copo a Sra também bebeu vinho nos últimos doze meses em outro tipo de taça/copo?

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

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

. Agora veja esta outra foto e me diga qual letra corresponde à típica quantidade que a Sra geralmente bebeu, na taça

que a Sra selecionou em primeiro lugar, **nos últimos 12 meses.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	1ª Men.	2ª Men.	3ª Men.	4ª Men.	5ª Men.
Cachaça	1	1	1	1	1
Uísque	2	2	2	2	2
Rum	3	3	3	3	3
Vodca	4	4	4	4	4
Conhaque	5	5	5	5	5
Gin	6	6	6	6	6
Outra 1: _____	7	7	7	7	7
Outra 2: _____	8	8	8	8	8
Outra 3: _____	9	9	9	9	9

Nenhuma outra		97	97	97	97
NS	88	88	88	88	88
NR	99	99	99	99	99

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

**(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: CASO O RESPONDENTE NÃO RESPONDA, PERGUNTE:)**

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

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

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

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

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

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

. Quantas doses a Sra bebeu naquela ocasião?

12 ou mais doses	1
8 a 11 doses	2
5 a 7 doses	3
4 doses	4
3 doses	5
2 doses	6
1 dose	7

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

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

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

**(ABSTÊMIO 24.5 = 11 TERMINE!)**

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

bebido qualquer quantidade de álcool?

10 vezes ou mais	1
6 a 9 vezes	2
3 a 5 vezes	3
1 ou 2 vezes	4

Nunca aconteceu	5
Nunca dirigi/não tenho carta	97
NS	88
NR	99

Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que a Sra experimentou apenas 1 ou 2 goles.

idade  NS / não lembra ( 88 )  NR ( 99 )

Quantos anos a Sra tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas?

idade  NS / não lembra ( 88 )  NR ( 99 )

**(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PERGUNTE USANDO O TEMPO PASSADO**

Nos dias em que a Sra bebe (bebia), cerveja, vinho, bebidas ice, destilados, quantas doses a Sra geralmente bebe (bebia) por dia?

n° de doses  menos de uma dose por dia (999)

Aproximadamente quanto do seu consumo de álcool ocorre (ocorria) durante as refeições. a Sra diria:

todo ou quase todo,	1
mais de metade,	2
metade,	3
menos de metade, ou	4
nada ou quase nada?	5

**(SE A SITUAÇÃO DE BEBER FOR EX-BEBEDOR (24.21=10), PULE PARA 24.39. (MOSTRE CARTÃO 24.M)**

Pense na ocasião nos últimos doze meses aonde a Sra mais bebeu. Aonde a Sra estava quando consumiu o maior número de doses? Diga-me o local do cartão.

**(INSTRUÇÃO PARA O ENTREVISTADOR: SE O INDIVÍDUO BEBEU O MESMO EM DIVERSOS LUGARES, PERGUNTE SOBRE O LOCAL MAIS RECENTE.)**

Bar/ restaurante próximo a escola ou faculdade	1
Bar/Balada	2
Casa de amigo	3
Casa de Parentes	4
Cinema	5
Dirigindo	6
Esporte	7
Evento esportivo	8
Fazendo compras	9
Festa	10
Hotel/Motel	11

No trabalho	12
Parque público/Plc-Nic	13
Restaurante	14
Shopping center	15
Sua casa	16
Outro - especifique _____	94
Bebe a mesma quantidade em qualquer lugar	95
NS	88
NR	99

Quantas doses de álcool a Sra bebeu nessa ocasião? **(SE NECESSÁRIO USE TABELA DE EQUIVALÊNCIA)**

nr. doses       NS / não lembra ( 88 )       NR ( 99 )

**(NOTA PARA ENTREVISTADOR: COMO ESSA PERGUNTA É DE "INVESTIGAÇÃO", LEIA AS CATEGORIAS AO INDIVÍDUO AO INVÉS DE MOSTRAR O CARTÃO).**

A Sra diria que foram quantas doses?

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

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

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

Sim	1
Não	2
NS	88
NR	99

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

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

Foi quatro ou mais?

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

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



## Anexo 6: Roteiro da antropometria

### ROTEIRO DE COLETA DE DADOS -ANTROPOMETRIA

Data da coleta: \_\_/\_\_/\_\_ Hora de início: \_\_:\_\_ Hora de término \_\_:\_\_

Nome da mulher: \_\_\_\_\_ N. registro \_\_\_\_\_

Nome avaliador (a)	USF RG da entrevistada	_____ ( nome e micro área) _____	
	2. Peso	_____ Kg	_____ Kg
	3. Estatura	_____ m	_____ m
	4. Pressão arterial	1 <sup>a</sup> _____ mmHg	2 <sup>a</sup> _____ mmHg
		3 <sup>a</sup> _____ mmHg	
	5. Circunferência abdominal	_____ cm	_____ cm
	6. circunferência quadril	_____ cm	_____ cm

**Anexo 7- Autorização do banco de dados****Universidade de São Paulo****Faculdade de Saúde Pública****Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil****CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS SECUNDÁRIOS**

São Paulo, 08 de Outubro de 2008.

Eu, Ana Carolina Basso Schmitt, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública da USP, Departamento de Saúde Materno-Infantil, sob orientação do professor Doutor José Mendes Aldrighi, autorizo Wendry Maria Paixão Pereira, nº USP 6506300, mestranda da instituição e departamento citados acima e sob mesma orientação, a utilizar os dados coletados na pesquisa intitulada "Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa", protocolo 1324, de minha autoria.

Sem mais, atentamente.

Ana Carolina Basso Schmitt

## Anexo 8: Termo de responsabilidade do pesquisador



**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**  
**Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil**

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu, Wendry Maria Paixão Pereira, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado "prevalência de depressão e ansiedade em mulheres obesas no período de transição menopausal e pós-menopausa nas unidades de estratégia", assumo a responsabilidade de manter em sigilo absoluto os dados coletados da pesquisa "Prevalência da Síndrome Metabólica e dos fatores de risco associados na transição e após a menopausa", da pesquisadora Ana Carolina Basso Schmitt.

São Paulo, 08 de Outubro de 2008.

Wendry Maria Paixão Pereira

## Anexo 9: Autorização Comitê de Ética



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

Universidade de São Paulo  
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/034/09

<b>PROTOCOLO</b>	1874
<b>PROJETO DE PESQUISA</b>	PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES OBESAS NO PERÍODO DE TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA - SP
<b>PESQUISADOR(A)</b>	Wendry Maria Paixão Pereira
<b>ÁREA TEMÁTICA</b>	Grupo III

São Paulo, 18 de fevereiro de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP analisou, em sua 1.º/09 Sessão Extraordinária, realizada em 13/02/2009, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o protocolo de pesquisa acima intitulado e o considera **APROVADO**.

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

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

Atenciosamente,

Cláudio Leone  
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm. Sr.  
Prof. Dr. José Mendes Aldrighi  
Departamento de Saúde Materno-Infantil  
Faculdade de Saúde Pública - USP

## Anexo 10- Carta mudança de título



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP**  
 Universidade de São Paulo  
 Faculdade de Saúde Pública

**OF.COEP/112/10**

21 de maio de 2010.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o **ADENDO** ao protocolo de pesquisa n.º **1874**, intitulado **"PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MULHERES OBESAS NO PERÍODO DE TRANSIÇÃO MENOPAUSAL E PÓS-MENOPAUSA NAS UNIDADES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PINDAMONHANGABA, SP"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Wendry Maria Paixão Pereira**, sob orientação do(a) Professor(a) **José Mendes Aldrighi**, que solicita a alteração do título do protocolo para **"PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE ASSOCIADA À OBESIDADE EM MULHERES NA TRANSIÇÃO E APÓS MENOPAUSA"**, considerando-o **APROVADO "AD REFERENDUM"**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

**Cláudio Leone**  
**Professor Titular**  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-USP**

**Ilm.º Sr.**  
**Prof. Assoc. José Mendes Aldrighi**  
**Departamento de Saúde Materno-Infantil**  
**Faculdade de Saúde Pública da USP**

## Anexo 11- Caderno de variáveis

As variáveis confundidoras investigadas neste estudo foram descritas neste caderno.

### \* Sócio-demográficos

- **Idade:** em mês e ano de nascimento da pessoa, ou sua idade presumida para as mulheres que não souberam informar a data de nascimento precisa.

- **Escolaridade:** Foi considerada alfabetizada, a mulher capaz de ler e escrever ao menos um bilhete. Foi feita investigação do grau de ensino concluído do curso mais elevado que freqüentou.

De acordo com o Ministério da Educação o ensino em vigor compreende: o ensino fundamental (1ª à 8ª série), o médio (1º ao 3º colegial), o superior (graduação), e pós-graduação (mestrado ou doutorado), consta ainda os supletivos e alfabetização de adultos. Encontra-se em vigor ainda o antigo sistema, que compreende: o primeiro grau, o segundo grau e o terceiro grau ou superior.

A mulher que freqüentou somente curso de especialização profissional, extensão cultural (idioma, costura, datilografia, e outros) ou supletivo por meio de rádio, televisão ou correspondência não foi classificada como estudante.

A investigação analisou a rede de ensino, se a mulher freqüentou rede pública (federal, estadual ou municipal) ou particular. A classificação, segundo os anos de estudo foi obtida em função da série e do nível ou grau que a pessoa havia freqüentado, considerando a quantidade de anos por série.

- A **Religião** e o **Estado civil**: Foram classificados conforme o CEDIM (2005), pelo mesmo método usado pelo IBGE no censo demográfico de 2000.

**Religião** conforme a declaração da mulher questionada: Católica Apostólica Romana, Católica Carismática, Católica Pentecostal, Católica Armênia, Católica Ucraniana; Evangélicas de missão Luterana, Presbiteriana, Metodista, Batista, Congregacional, Adventista, Episcopal Anglicana, Menonita; Evangélicas de origem pentecostal Assembléia de Deus, Congregação Cristã no Brasil, O Brasil Para Cristo, Evangelho Quadrangular, Universal do Reino de Deus, Casa da Benção, Casa de Oração, Deus é Amor, Maranata, Comunidade Cristã Nova Vida, Comunidade Evangélica, Avivamento Bíblico, Cadeia da Prece, Igreja do Nazareno; Outras evangélicas. Exército da Salvação, Evangélica Renovada, Evangélica Pentecostal (sem vínculo institucional), Outras evangélicas não determinada; - Espírita - Espírita, Kardecista; - Outras Umbanda e Candombé Umbanda, Candomblé, Outras declarações de religiosidade afro-brasileira; Outras religiosidades - Católica Apostólica Brasileira, Católica

Ortodoxa, Ortodoxa Cristã, outras Católicas, Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias (Mórmons), Testemunha de Jeová, Legião da Boa Vontade, Religião de Deus, Espiritualista, Judaísmo, Hinduísmo, Ioga, Budismo, Novas religiões orientais, Islamismo, Tradições Esotéricas, Tradições Indígenas e - Sem religião.

**Estado civil:** Foram considerados como tendo ou tendo tido cônjuge ou companheiro a pessoa que coabitava ou já coabitou com um cônjuge ou companheiro.

A existência de número de cônjuge e o tipo questionado foram interrogados e qualificados como:

- Casada - pessoa que tinha uma união livre regulamentada perante a justiça e/ou coabite com companheiro;
- Desquitada ou separada judicialmente - pessoa que tinha o estado civil de desquitada ou separada homologado por decisão judicial;
- Divorciada - pessoa que tinha o estado civil de divorciada, homologado por decisão judicial;
- Viúva - pessoa que tenha perdido o companheiro oficial perante a justiça;
- Solteira - pessoa sem compromissos civis com companheiro (IBGE, 2005).

• **Cor ou Raça:** De acordo com a declaração da pessoa entrevistada, a qual se enquadrado nas seguintes opções: Branca; Preta; Amarela (de origem japonesa, chinesa, coreana.); Parda (mulata, mestiça, cabocla,



cafuza e mameluca); e Indígena declarou como tal, vivendo em aldeamento ou fora deste (IBGE, 2005).

- **Ocupação:** cargo, função, profissão ou ofício exercido voluntariamente. Trabalho, no sentido de atividade econômica, exercício de ocupação remunerado em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios, durante pelo menos uma hora na semana.

O tipo de ocupação foi disposto segundo o Ministério do Trabalho em sua Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2005).

- **Renda:** perguntada em quantidade de salários mínimos em vigor a partir de maio do ano de 2007, R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais) ou outro tipo de remuneração mensal bruta recebida pela mulher. A renda familiar foi expressa em *per capita* de acordo com o número de moradores da residência.

- **O rendimento mensal familiar *per capita*** foi à divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família (IBGE 2005). Como limite de pobreza foi considerado os valores inferiores de meio salário *per capita*, tendo em vista que, quando criado pela legislação brasileira, o salário mínimo pretendia atender as necessidades básicas de uma família padrão (DIMENSTEIN, 2003).

\* História ginecológica e obstétrica

- **História obstétrica:** números de gestações, partos, abortos, via do parto de acordo com os critérios de GUARIS (2001); além do uso de fórceps, episiotomia e peso do maior recém nascido (SALEH et al., 2005).

- **História ginecológica:** Interrogados os dados segundo ARANHA et al. (2004) sobre a idade da menarca e da menopausa, regularidade menstrual, uso de terapia de reposição hormonal.

- **Menopausa:** Quando a amenorréia for de 12 ou mais meses consecutivos define-se a menopausa, a última menstruação da vida da mulher (NAMS, 2004).

\* História de morbidade pessoal

Foram ativamente coletadas informações sobre a **história de morbidade pessoal da mulher** em relação à: hipertensão arterial, diabetes, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, síndrome de ovários policísticos, doença hepática gordurosa não-alcoólica, osteoartrite, mieloma e hipotireoidismo, hipertireoidismo e hiperuricemia.

- **Incontinência urinária** classificada por meio do **ICIQ - SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form)**, validado para o português por Tamanini et al. (2004) que avalia a

presença ou não de incontinência urinária e frequência da perda no último mês.

- **Síndrome Metabólica** Se seguiu os protocolos do NCEP-ATPIII (NHI, 2001) e da IDF. É considerada SM, pelo primeiro critério, quando pelo menos três dos cinco itens estiverem alterados: os níveis de colesterol de alta densidade estiver abaixo de 50 mg/dL; cintura abdominal maior que 88 cm; triglicérides igual ou maior que 150 mg/dL; pressão arterial igual ou maior que 130 mmHg para a sistólica ou 85 mmHg para a diastólica; e 53 glicemia de jejum igual ou maior que 110mg/dL. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da SM (SBH, 2005) recomenda a mesma definição pela sua praticidade e simplicidade.

O diagnóstico da SM, segundo critérios da IDF (IDF, 2006), leva em conta a circunferência abdominal aumentada (cintura abdominal maior que 80 cm) e mais dois outros fatores de risco: os níveis de colesterol de alta densidade estiver abaixo de 50 mg/dL; triglicérides igual ou maior que 150 mg/dL; pressão arterial igual ou maior que 130 mmHg para a sistólica ou 85 mmHg para a diastólica; e glicemia de jejum igual ou maior que 100 mg/dL.

- **Apnéia obstrutiva do sono** pelo questionário de Berlin (NETZER et al., 1999). Considerando a presença e frequência do comportamento de ronco (1), sonolência ou fadiga (2) e história de obesidade ou hipertensão (3), as mulheres com sintomas persistentes e frequentes em quaisquer dois

destes três domínios foram consideradas com características altamente sugestivas de apnéia.

É pontuado em três categorias: 1) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 2-6; 2) é positiva com duas ou mais respostas positivas para as questões 7-8; 3) é positiva com 1 resposta positiva para a questão 10 e ou IMC > 30.

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

- **Hipertensão:** aferição da pressão arterial seguiu a recomendação da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2005).

A pressão arterial foi aferida com o aparelho calibrado, de braço, digital e automático *MicroLife*, testado e validado pela *British Hypertension Society* (ENGLAND, 2007).

Optou-se por este aparelho, pois permite a obtenção de medidas de pressão arterial de modo simples, eficaz, pouco dispendioso e evita o erro do avaliador. Foram realizadas três medidas, com intervalo de um minuto, no membro superior esquerdo, com o indivíduo sentado. Foi considerada pressão arterial final a média das duas últimas.

Caso a diferença entre algumas das medidas fosse maior que 4 mmHg, aguardava-se cinco minutos e iniciava-se novo bloco de três aferições.

Para a medida da pressão houve um preparo das participantes da seguinte forma:

- 1) Explicado o procedimento à mulher;
- 2) Esperado repouso de pelo menos cinco minutos em ambiente calmo;
- 3) Solicitado que esvaziasse a bexiga, caso estivesse cheia;
- 4) Pedido que não praticasse exercícios físicos 60 a 90 minutos antes;
- 5) Pedido para não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e não ter fumado 30 minutos antes;
- 6) Informado para manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
- 7) Solicitado que removesse roupas e objetos do braço esquerdo;
- 8) Posicionado o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- 9) Explicado para que não falasse durante as medidas. A partir de então, mediu-se a circunferência do braço da mulher, entre o acrômio e o olécrano para selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (conforme tabela 27); a largura da bolsa de borracha do manguito deve

corresponder a 40% da circunferência do braço, e seu comprimento a pelo menos 80%.

Foi colocado o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm e centralizado o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.

**Tabela 27:** Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em adultos.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Foi considerada hipertensa a mulher com pressão sistólica igual ou maior que 130 mmHg e diastólica maior ou igual a 85 mmHg, isto segundo a Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (SBH, 2005).

- **História de morbidade familiar** A mulher foi questionada sobre a presença de morbidade em parente de primeiro grau em relação a: hipertensão arterial, diabetes e doença cardiovascular. Ambas são indicadas

a serem observadas pela I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da SM (SBH, 2005).

\* Hábitos de vida

- A **atividade física** habitual foi identificada com os questionários de Baecke's traduzido para o português e validado por FLORINDO e col., em 2003, e FLORINDO & LATORRE, em 2003 e o questionário internacional de atividade física versão curta (IPAQ CURTO), o qual é uma ferramenta válida e reprodutível em 12 países, incluindo o Brasil (IPAQ.2005) traduzido para o português e validado por MATSUDO e col, em 2001.

O instrumento de BAECKE'S Constou de 16 questões dos últimos doze meses sobre: atividade física ocupacional (8 questões); exercício físico no lazer (4 questões); atividade lazer e locomoção (4 questões) e total de atividade física. A atividade física ocupacional é avaliada pelo gasto energético e classificada por AINSWORTH e col., em 2000. Caso não exerça alguma ocupação, adotou-se a resposta leve. Para as atividades domésticas, recomendou-se o nível moderado.

Na avaliação dos exercícios físicos de lazer, a modalidade específica é classificada segundo o compêndio de atividade física de AINSWORTH et al. (2000).

O cálculo da atividade física ocupacional é questão 1 + questão 2 + questão 3 + questão 4 + questão 5 + questão 6 + questão 7 + questão 8 / 8. O do exercício físico no lazer é questão 9 + questão 10 + questão 11 +

questão 12 / 4, onde questão 9 é resultado do cálculo: modalidade = intensidade x tempo x proporção (intensidade = 0,76 para modalidade com gasto energético leve ou 1,26 para moderado ou 1,76 para vigoroso; tempo = 0,5 para menos de uma hora por semana ou 1,5 entre 1 e 2 horas por semana ou 2,5 entre 2 e 3 horas por semana ou 3,5 entre 3 e 4 horas por semana ou 4,5 para maior que 4 horas; proporção = 0,04 para menos de 1 mês ou 0,17 entre 1 e 3 meses ou 0,42 entre 4 e 6 meses ou 0,67 entre 7 e 9 meses ou 0,92 para maior que 9 meses), sendo que o resultado final da multiplicação é 1 = sem exercício físico, 2 = 0,01<4, 3 = 4<8, 4 = 8<12, 5 =  $\geq 12$ . O escore da atividade física de lazer e locomoção é (6 – questão 13) + questão 14 + questão 15 + questão 16 / 4. E por fim o escore total é a soma de todos os anteriores.

O instrumento IPAQ (versão curta) constou de 5 perguntas relacionadas às atividades físicas realizadas na última semana por pelo menos 10 minutos contínuos anterior à aplicação do questionário. A atividade física foi classificada de acordo com a orientação do próprio IPAQ, que divide e conceitua as categorias em:

1. *Sedentário*: não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;

2. *Insuficientemente Ativo*: consiste em classificar os indivíduos que praticam atividades físicas por pelo menos 10 minutos contínuos por semana, porém de maneira insuficiente para ser classificado como ativos. Para classificar os indivíduos nesse critério, são somadas a duração e a



freqüência dos diferentes tipos de atividades (caminhadas + moderada + vigorosa). Essa categoria divide-se em dois grupos: *Insuficientemente Ativo A* – realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo pelo menos um dos critérios citados, freqüência 5 dias/semana ou duração – 150 minutos/semana e *Insuficientemente Ativo B* – não atinge nenhum dos critérios da recomendação citada nos indivíduos insuficientemente ativos A;

3. *Ativo*: cumpre as seguintes recomendações: a) atividade física vigorosa –  $\geq 3$  dias/semana e  $\geq 20$  minutos/sessão; b) moderada ou caminhada –  $\geq 5$  dias/semana e  $\geq 30$  minutos/sessão; c) qualquer atividade somada:  $\geq 5$  dias/semana e  $\geq 150$  min/semana;

4. *Muito Ativo*: cumpre as seguintes recomendações: a) vigorosa –  $\geq 5$  dias/semana e  $\geq 30$  min/sessão; b) vigorosa –  $\geq 3$  dias/semana e  $\geq 20$  min/sessão + moderada e ou caminhada 5 dias/semana e  $\geq 30$  min/sessão.

- **O consumo de álcool e tabagismo** seguiu os critérios do I levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool (CASTRO COSTA et al., 2008) e fumo (MARQUES et al., 2006) na população brasileira.

O uso de bebida alcoólica teve detalhes sobre o uso de quantidade, freqüência e doses de ingestão de cerveja, vinho, bebidas destiladas e bebidas “ice”.

Foi considerado **binge** a pessoa que relatou ingerir quatro ou mais doses num único momento.

Sobre hábito de fumar, foi questionado o contato com o fumo (considerado experimentadoras as mulheres que tiveram contato com mais de cinco maços ou 100 cigarros), número de cigarros por dia e número de dias na semana para as fumantes e a intenção de parar de fumar

• **Hábitos Alimentares:** Investigados por meio do questionário **Block Screening Questionnaire**, validado por Block *et al* (2000), que quantifica rapidamente o consumo de gorduras e fibras alimentares no último ano. Pontuando o consumo de alimentos de que contém gorduras e fibras pela frequência semanal.

• **Qualidade do sono** foi investigada por meio do Questionário de Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - PSQI (BUYSSE *et al.* 1989), validado para o português por CEOLIN, 1999.

Ele é dividido em sete domínios e avalia subjetivamente no último mês: 1) qualidade do sono, 2) latência do sono, 3) duração o sono, 4) eficiência habitual do sono, 5) distúrbios do sono, 6) uso de medicamentos para dormir e 7) sonolência diurna e distúrbios durante o dia. Cada domínio possui escala de 0 a 3, em que 0 indica nenhum problema e 3 problema grave; a soma destes valores gera um escore global de 0 a 21, em que valores iguais ou maiores do que cinco representam qualidade de sono pobre ou ruim.

\* **Medicamentos** Indagados de forma direta, foram anotados segundo os nomes do receituário médico ou bulas dos remédios. Considerados para análise por classes de medicamentos, numero medicamentos em uso.

\* **Dados laboratoriais** A amostra sanguínea, para exame de triglicérides, *high density lipoprotein* (HDL) colesterol e glicemia de jejum, foi coletada com agulhas para coleta a vácuo 21G em tubo com gel separador (10 ml) aspiração 8 ml para coleta de sangue à vácuo, feito em plástico transparente, com ativador de coágulo e gel separador, tampa de borracha macia, siliconizada e tampa protetora de cor vermelha.

A amostra de sangue foi analisada pelos kits dos testes de triglicérides, colesterol e glicemia de jejum compatível com o equipamento *Hitashi 912*.

# CURRÍCULO LATTES

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Wendry Maria Paixão Pereira) Page 1 of 4



Wendry Maria Paixão Pereira

possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Taubaté (2006) , especialização em Saúde Pública pela Universidade de Taubaté (2008) e especialização em Especialização em Saúde da Mulher no Climatério pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, (2009) . Atualmente é ALUNO DE MESTRADO da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional , com ênfase em Saúde Pública.  
(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Última atualização do currículo em 17/04/2010  
Endereço para acessar este CV:  
<http://lattes.cnpq.br/4150791035974467>

 **Certificado  
pelo autor em  
17/04/10**

 **Rede de Colaboração**

 **Diretório de grupos de pesquisa**

## Dados pessoais

**Nome** Wendry Maria Paixão Pereira  
**Nome em citações bibliográficas** PEREIRA, W. M. P.  
**Sexo** Feminino

## Formação acadêmica/Titulação

- 2008** Mestrado em andamento em saúde pública .  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.  
*Título:* Prevalência de depressão e ansiedade em mulheres obesas no período de transição menopausal e pós-menopausa nas unidades de estratégia de saúde da família de Pindamonhangaba, SP, *Orientador:* José Mendes Aldrighi.  
*Bolsista do(a):* Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 2008 - 2009** Especialização em Especialização em Saúde da Mulher no Climatério . (Carga Horária: 400h).  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.  
*Título:* A relação da massa ossea e dos exercícios físicos em mulheres climéricas: Uma revisão sistemática".  
*Orientador:* José Mendes Aldrighi.
- 2007 - 2008** Especialização em Saúde Pública . (Carga Horária: 734h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.  
*Título:* O significado da Saúde Pública e do SUS para os professores de fisioterapia.  
*Orientador:* Ana Carolina Basso Schmitt.
- 2002 - 2006** Graduação em Fisioterapia .  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.  
*Título:* Associação entre alterações posturais e sintomas músculo-esqueléticos.  
*Orientador:* Ana Carolina Basso Schmitt.

## Formação complementar

- 2008 - 2008** Extensão universitária em O discurso do Sujeito Coletivo.  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo..
- 2008 - 2008** II Oficina de Escrita Científica. (Carga horária: 32h).  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo..
- 2008 - 2008** EPI-INFO 2000 HEP. (Carga horária: 30h).  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo..
- 2008 - 2008** programa estatístico SPSS. (Carga horária: 30h).  
Fundação Faculdade de Medicina.
- 2006 - 2006** Extensão universitária em 6ª Ação Comunidade Presente - Postura. (Carga horária: 8h).  
Secretaria de Estado da Educação Diretoria de Ensino de Taubate.
- 2006 - 2006** Extensão universitária em Orientadora sobre prevenção de quedas na 3ª Idade. (Carga horária: 4h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.
- 2005 - 2005** Extensão universitária em Estágio Voluntário Observacional de Reconhecimento. (Carga horária: 30h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.
- 2005 - 2005** VENTILAÇÃO MECANICA BASICO. (Carga horária: 10h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.
- 2005 - 2005** Anatomia Palpatória. (Carga horária: 15h).  
Equality Fisioterapia Preventiva e treinamento.
- 2005 - 2005** Estágio de enriquecimento curricular Triagem. (Carga horária: 640h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.
- 2005 - 2005** Estágio Voluntário Observacional Parcial Hospitala. (Carga horária: 100h).  
Universidade de Taubaté, UNITAU, Brasil.



## José Mendes Aldrighi

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1971). Doutorado em Medicina (Ginecologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1987). Professor Associado, Livre-docente em Saúde da Mulher pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professor Titular de Ginecologia do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professor de Pós-graduação do InCor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D.  
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 21/06/2010  
Endereço para acessar este CV:  
<http://lattes.cnpq.br/9288664060952694>



Rede de Colaboração



Diretório de grupos de pesquisa



SciELO - artigos em texto completo

### Dados pessoais

**Nome** José Mendes Aldrighi

**Nome em citações bibliográficas** ALDRIGHI, J. M.

**Sexo** Masculino

**Endereço profissional** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Av. Dr Arnaldo 715, Cerqueira Cesar, 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil  
Telefone: (11) 30617703  
URL da Homepage: <http://>

### Formação acadêmica/Titulação

- 1996** Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.  
*Título:* Repercussões dos estrogênios e progestogênios sobre as lesões ateroscleróticas da aorta e das artérias coronárias em coelhas ooforectomizadas submetidas a dieta hipercolesterolemica. Ilacões para a clinica e para a saúde pública. , *Ano de obtenção:* 1996.  
*Palavras-chave:* estrogênios, progestogênios; aterosclerose.  
*Setores de atividade:* Saúde Humana.
- 1985 - 1987** Doutorado em Medicina (Ginecologia) (Conceito CAPES 5) . Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.  
*Título:* Contraceptivos hormonais orais trifásicos: repercussões sobre o colesterol, triglicerídeos, lipoproteínas e apoproteínas usuárias acima de 35 anos, *Ano de Obtenção:* 1987.  
*Orientador:* Geraldo Rodrigues de Lima.  
*Palavras-chave:* contraceptivo hormonal oral; colesterol; triglicerídeos; lipoproteínas; apoproteínas.  
*Setores de atividade:* Saúde Humana.
- 1972 - 1973** Especialização em Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.
- 1966 - 1971** Graduação em Medicina . Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, FCMSCSP, Brasil.

### Atuação profissional

- Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
- Vínculo institucional**
- 1996 - Atual** Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor Associado, Carga horária: 20
- Atividades**
- 10/2003 - Atual** Atividades de Participação em Projeto, Faculdade de Saúde Pública, .
- 2002 - Atual** Direção e administração, .
- Cargo ou função**  
Responsável pela disciplina HSM 107 - Saúde Materna e da Mulher.
- 1998 - Atual** Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
- Cargo ou função**  
Membro do Conselho do Departamento de Saúde Materno Infantil.
- 1996 - Atual** Direção e administração, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

# 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](#)