



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE BACHARELADO EM MEDICINA**

**ALEXANDRE FERREIRA GOMES
PLATINY BENICIO CALOU**

CONDIÇÕES MÓRBIDAS E ESTILO DE VIDA DE MULHERES CLIMATÉRICAS

CAJAZEIRAS – PB

2016

ALEXANDRE FERREIRA GOMES
PLATINY BENICIO CALOU

CONDIÇÕES MÓRBIDAS E ESTILO DE VIDA DE MULHERES CLIMATÉRICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria do Carmo
Andrade Duarte de Farias

CAJAZEIRAS – PB

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

G633c Gomes, Alexandre Ferreira
Condições mórbidas e estilo de vida de mulheres
climatéricas. / Alexandre Ferreira Gomes; Platiny Benicio Calou. -
Cajazeiras: UFCG, 2015.
39f.
Bibliografia.

Orientador(a): Prof. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Climatério. 2. Doenças crônicas – mulheres climatéricas.
3. Mulheres – estilo de vida. I. Calou, Platiny Benicio. II.
Farias, Maria Do Carmo Andrade Duarte. III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –612.67

ALEXANDRE FERREIRA GOMES
PLATINY BENICIO CALOU

CONDIÇÕES MÓRBIDAS E ESTILO DE VIDA DE MULHERES CLIMATÉRICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial obrigatório à obtenção
do título de Bacharel em Medicina.

Aprovada em ____ / ____ /2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida UACV/CFP/UFCG
Orientadora

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Membro da Banca Examinadora

Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva
Unidade Acadêmica de Enfermagem UAENF/CFP/UFCG
Membro da Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

*A Deus, por toda glória e luz em nossas vidas e
pelo discernimento em todas as decisões tomadas até
hoje!*

AGRADECIMENTOS

Alexandre Ferreira Gomes:

Agradeço à minha mãe, Maria Vilauba, por todo amor incondicional, pelo dom da vida e por sempre acreditar no meu sucesso.

Ao meu pai, Sebastião, que apesar da distância sempre teceu palavras de carinho e incentivo à minha jornada.

Ao meu padrinho, Antônio (in memoriam), por ser a maior referência profissional e pessoal da minha vida.

À minha madrinha, Marteana, por todo o suporte e incentivo prestado durante minha caminhada.

Ao meu tio, Alexandre Leite por todo o apoio e suporte durante minha caminhada.

À minha namorada Izabel, pelo apoio incondicional e suporte durante as dificuldades e por fazer minha jornada muito mais feliz.

À minha avó, Antônia, pelas palavras de amor e carinho.

Aos meus tios e tias, primos e primas pelo apoio durante os momentos difíceis.

Às mulheres que gentilmente concordaram em participar desse estudo.

Agradeço ao meu amigo Platiny, pelo empenho e dedicação no desenvolvimento desse trabalho.

Platiny Benício Calou:

Agradeço a Deus, pela força proporcionada para a finalização de mais essa etapa em minha vida. Que Ele esteja sempre presente, me guiando e mostrando o caminho de amor, caridade, humildade, paciência e perseverança.

Aos meus pais, João e Tânia, pelo amor demonstrado em todos os momentos de minha vida, por todo apoio dado nessa longa caminhada e pelos ensinamentos mais importantes que recebi até hoje.

Aos meus irmãos, Petrucio e Plysmelka, por todo companheirismo e cumplicidade.

À minha namorada Nathalie, pelo exemplo de dedicação ao que se ama fazer e pelo melhor presente que pude ganhar na vida... O seu coração. Te amo!

À nossa orientadora Dra Maria do Carmo A. D. de Farias por todo o aprendizado, incentivo à pesquisa científica e pela amizade.

Aos professores, Dr Antônio e Dr Fábio, pelas contribuições dadas na finalização desse trabalho.

E pra finalizar, agradeço ao meu amigo e companheiro de trabalho Alexandre por toda ajuda na conclusão do nosso último dever de estudante.

GOMES, A. F.; CALOU, P. B. **Condições mórbidas e estilo de vida de mulheres climatéricas**. 2016. 39p. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

As mulheres vivenciam o envelhecimento de uma maneira peculiar, pois o climatério é inerente a essa fase no ciclo evolutivo feminino. Um período caracterizado por alterações funcionais, morfológicas e hormonais que interferem na qualidade de vida das mulheres, além de provocar mudanças na ocorrência/prevalência de doenças crônicas. Esse estudo teve os objetivos de identificar as doenças mais prevalentes nas mulheres climatéricas no município de Cajazeiras – PB, além de verificar a interferência do estilo de vida na ocorrência e progressão de patologias como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes nas mulheres investigadas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa, cuja coleta de dados foi realizada em entrevista guiada por roteiro estruturado. Para tratamento dos dados usou-se o SPSS para correlacionar estatisticamente a presença de pelo menos uma doença, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *versus* refeições/dia, IMC, sedentarismo, hábito de fumar e etilismo. Os resultados revelaram dependência estatística entre o sobrepeso/obesidade com pelo menos uma doença ($p < 0,001$), HAS ($p < 0,001$) e Diabetes ($p = 0,016$), além do etilismo com pelo menos uma doença ($p = 0,004$) e HAS ($p = 0,005$). Portanto, a ocorrência e progressão de doenças crônicas podem ser influenciadas pelos hábitos de vida não saudáveis adotados pelas mulheres. Sendo assim, políticas públicas desenvolvidas para promover a adoção de melhores hábitos de vida, como a prática regular de exercícios físicos e o abandono do uso de substâncias nocivas ao organismo, podem interferir de maneira positiva na prevenção/progressão das doenças crônicas mais prevalentes no climatério.

Palavras-Chave: Climatério. Estilo de Vida. Doenças crônicas.

GOMES, A. F.; CALOU, P. B. **Condições mórbidas e estilo de vida de mulheres climatéricas**. 2016. 39p. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

Women experience aging in a peculiar way, because menopause is inherent to that stage in the female life cycle. A period characterized by functional, morphological and hormonal changes that affect the quality of life of women, in addition to causing changes in the occurrence / prevalence of chronic diseases. This study had the objective of identifying the most prevalent diseases in menopausal women in the city of Cajazeiras - PB, and the interference of lifestyle in the occurrence and progression of diseases such as systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes in women investigated. This is an exploratory study with a quantitative approach, which data collection was carried out in an interview guided by structured script. The data collected was used SPSS to statistically correlate the presence of at least one disease, systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes versus meals / day, BMI, physical inactivity, smoking and alcohol consumption. The results showed statistical dependence between overweight / obesity with at least one disease ($p < 0.001$), SH ($p < 0.001$), diabetes ($p = 0.016$), in addition to alcohol abuse with at least one disease ($p = 0.004$) and SAH ($p = 0.005$). Therefore, the occurrence and progression of chronic diseases may be influenced by unhealthy lifestyle habits adopted by women. Thus, policies designed to promote the adoption of better living habits such as regular physical exercise and the abandonment of the use of harmful substances to the body, can interfere positively in the prevention/progression of the most prevalent chronic diseases in menopause.

Keywords: Climacteric. Lifestyle. Chronic Diseases,

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 11 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL..... | 11 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 11 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 3.1 | ENVELHECIMENTO POPULACIONAL..... | 12 |
| 3.2 | CLIMATÉRIO..... | 13 |
| 3.3 | CONDIÇÕES MÓRBIDAS..... | 14 |
| 3.4 | ESTILO DE VIDA..... | 16 |
| 4 | MÉTODO | 18 |
| 4.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 18 |
| 4.2 | LOCAL DA PESQUISA..... | 18 |
| 4.3 | POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 18 |
| 4.4 | CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO..... | 18 |
| 4.5 | TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS..... | 19 |
| 4.6 | PROCEDIMENTO E ANÁLISE DE DADOS..... | 19 |
| 4.7 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 20 |
| 5 | RESULTADOS | 21 |
| 5.1 | CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES INVESTIGADAS..... | 21 |
| 5.2 | OCORRÊNCIA DE DOENÇAS..... | 21 |
| 5.3 | CONDIÇÕES MÓRBIDAS VERSUS VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA..... | 22 |
| 6 | DISCUSSÃO | 24 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |
| | APÊNDICES | 37 |
| | ANEXO | 40 |

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das mais significativas tendências do século XXI. Apresenta implicações importantes e de longo alcance para todos os domínios da sociedade (UNFPA; HELPAGE INTERNATIONAL, 2012). Assim, entender o processo de envelhecimento de uma determinada população leva à compreensão de todos os aspectos biopsicossociais que envolvem os quadros mórbidos inerentes a essa população.

Segundo Garcia et al. (2005), podemos considerar que o aumento da expectativa de vida constitui uma das maiores conquistas sociais da modernidade, não sendo privilégio de alguns países ou classes, mas um fenômeno mundial. Isso implica em maior longevidade e consequente aumento no tempo de convivência com doenças crônicas que limitam e prejudicam a qualidade de vida da população idosa.

As mulheres envelhecem de uma forma particular já que concomitante a esse processo vivenciam o climatério. Esse período transicional e crítico é caracterizado pelo hipoestrogenismo progressivo que culmina com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (DE LORENZI et al., 2006). Dessa forma, faz-se necessário entender como as doenças se manifestam nessa parcela da população.

Assim como as mulheres, toda a população brasileira passa por uma transição demográfica intensa tornando-se um país com predomínio maior da população idosa. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigências de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

A partir do painel epidemiológico apresentado em estudos, as doenças crônicas mais prevalentes priorizadas nas linhas de cuidado para doenças/fatores de risco são: doenças Reno cardiovasculares; diabetes; obesidade; doenças respiratórias crônicas e câncer (de mama e colo do útero). Dentre as mais prevalentes destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes; a cronicidade dessas doenças gera grande impacto econômico na sociedade além de demandarem estratégias de promoção de saúde e de detecção de grupos de risco para intervenções preventivas (BRASIL, 2013).

Diante do impacto dessas doenças na população idosa, há um maior enfoque social quanto à prevenção, visando não somente maior expectativa de vida, mas sim que a mesma esteja saudável e com qualidade para a população (PARAYBA; VERAS, 2008).

Dentro do modelo preventivo, os fatores de risco para os quadros mórbidos podem ser monitorados pelos estilos de vida adotados, que incluem opções e decisões tomadas pelo indivíduo com respeito a sua saúde e modos de levar a vida (MALTA et al., 2013). Assim, prevenir o tabagismo, o uso nocivo do álcool e manter hábitos saudáveis, como alimentação saudável e atividade física, reduzem o risco de doenças crônicas (DAUDT, 2013).

O estudo justifica-se pela extrema importância de se pesquisar sobre o impacto da adoção de hábitos saudáveis sobre as condições mórbidas, visto que o aumento da ocorrência dessas doenças, devido ao envelhecimento da população brasileira, acarreta em uma maior procura por atendimento médico com consequente aumento de gastos públicos com saúde.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório e transversal que segue as seguintes questões norteadoras: Qual é a prevalência de quadros mórbidos em mulheres climatéricas? Quais as doenças que acometem essa população? Qual a relação do estilo de vida com essas condições mórbidas?

Admitindo a escassez de estudos brasileiros sobre o tema e levando em consideração a especificidade da população estudada, este trabalho teve como objetivos identificar a prevalência de quadros mórbidos em mulheres climatéricas, as doenças que acometem essa população e a relação dessas doenças com o estilo de vida adotado por essas mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a ocorrência/progressão de condições mórbidas presentes em mulheres no climatério em uma cidade do sertão paraibano.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar características sociodemográficas de mulheres no climatério em uma cidade do sertão paraibano;
- Identificar as condições mórbidas mais prevalentes nas mulheres climatéricas;
- Identificar a interferência do estilo de vida na ocorrência/progressão de patologias como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes nas mulheres investigadas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento Populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural e irreversível. No Brasil, a pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos. Essa população tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo há os “mais idosos ou idosos em velhice avançada”, constituindo hoje mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010). De acordo com Pereira et al (2015), no caso brasileiro, o envelhecimento populacional decorre, primeiramente, da acelerada queda das taxas de fecundidade seguida pela redução dos níveis de mortalidade nas idades mais avançadas.

É importante destacar, no entanto, que o envelhecimento populacional acontece de forma diferente entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Nos primeiros, ocorre de forma lenta, relacionado às melhores condições de vida da população; nos segundos, vem ocorrendo de forma rápida, sem que haja tempo para uma reorganização na saúde adequada para atendê-los (BRASIL, 2010).

Com o aumento da expectativa de vida, percebeu-se a necessidade de garantir à população idosa, não somente uma longevidade, mas também meios para que ela passe esses anos de maneira satisfatória. A intenção não é apenas uma vida longa, mas uma vida associada à autonomia, bem-estar, amor e felicidade, entre outros (PEREIRA et al., 2015).

O envelhecimento populacional modifica o propósito de atuação das políticas de saúde, pois as demandas da população idosa refletem a mudança do perfil de morbimortalidade, com o aumento de situações que necessitam de cuidados crônicos. Para o idoso, a dimensão funcional da saúde assume função primordial, enquanto a incapacidade serve como indicador para a formulação de políticas de saúde (GIACOMIN; FIRMO, 2015).

Porém, pessoas com incapacidade costumam ter acesso limitado aos serviços de prevenção e promoção da saúde. Talvez isso ocorra porque a ênfase da saúde pública seja a redução da mortalidade e a incapacidade levaria à inferência de que a sua ocorrência equivaleria a uma falência na prevenção. Outra explicação seria que o modelo de atenção à saúde reduz a incapacidade a um problema do indivíduo, supondo que cada um deva adaptar suas atividades e expectativas às suas limitações (GIACOMIN; FIRMO, 2015).

Giacomim e Firmo (2015) afirmam que apesar do ganho em esperança de vida, as pessoas envelhecem segundo sua origem social e o tipo de atividade exercida ao longo da

vida, ou seja, o envelhecimento traduz a desigualdade social vivida. Portanto, a solução para o problema da velhice com incapacidade e dependência seria a educação de todos, o que conferiria a um maior número de pessoas uma chance de envelhecer com dignidade.

3.2 Climatério

O termo climatério possui origem grega, Klimacton, que significa “período de crise ou mudança”. A definição do conceito mostra a denotação de um período transicional das respectivas fases críticas e que são ápices na existência feminina: reprodutiva e senilidade, decorrentes da interação do processo do envelhecimento feminino e da diminuição dos hormônios sexuais (MELO et al., 2006). O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo na vida da mulher. A menopausa é um marco, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade (BRASIL, 2008). Segundo Kulp e Zacur (2009), a menopausa é considerada essencial por ser o centro dos eventos desse período no ciclo feminino e ser a cessação permanente da menstruação, decorrente da inatividade folicular ovariana, descrita como a diminuição do fluxo menstrual seguidos de doze meses de dismenorreia, levando a instalação da amenorreia. A idade é um fator importante, não modificável, observando-se que a média em anos para a ocorrência desse acontecimento é de 51 anos, podendo ocorrer variação entre os 41 a 57 anos.

O climatério também pode ser definido como uma endocrinopatia caracterizada por alterações funcionais, morfológicas e hormonais, e divide-se em três fases: a fase pré-menopausal (final do menacme ao momento da menopausa); a fase perimenopausal (período de 2 anos que precede e sucede a menopausa); e a fase pós-menopausal (inicia 2 anos após a menopausa e finda na senectude) (SOBRAC, 2004).

Como o climatério envolve vários aspectos, não unicamente biológicos, mas também psicológicos e socioculturais, tem sido perspectivado sob vários pontos de vista. Assim e de forma global, podemos referir que o climatério tem sido analisado segundo duas tradições antagônicas: uma, que classifica esta etapa como uma doença deficitária, em contraposição de outra, que considera o climatério como um processo natural de envelhecimento (SERRÃO, 2008).

Do ponto de vista clínico, o climatério é uma etapa marcante do envelhecimento feminino caracterizada pelo estabelecimento de estado fisiológico de hipoestrogenismo

progressivo e culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (DE LORENZZI et al., 2006). De acordo com Santos et al. (2007) os sintomas climatéricos têm como origens as deficiências hormonais; envelhecimento e dinâmica psicológica, dependente da estrutura da personalidade e do ambiente sociocultural.

Contemplando todo o período do climatério, os sinais e sintomas podem ser reunidos em grupos sindrômicos de acordo com as manifestações apresentadas. As principais são: neurogênicas (compreendem os sintomas mais comuns, dentre eles as ondas de calor, sudorese, cefaleia, calafrios, palpitações, parestesia, insônia e perda de memória), psicogênicas, metabólicas (relacionadas ao metabolismo ósseo e lipídico), mamárias (mamas atróficas, flácidas e com redução de volume), urogenitais (dispareunia, corrimento e prurido vulvar, decorrentes da atrofia vulvovaginal), osteo-articulares e do sistema tegumentar (pele e anexos) (SANTOS et al., 2007). Os sinais e sintomas clínicos do climatério ainda podem ser divididos em transitórios, representados pelas alterações do ciclo menstrual e pela sintomatologia mais aguda, e não transitórios representados pelos fenômenos atróficos geniturinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo (BRASIL, 2008).

O climatério consiste num processo biopsicossocial na medida em que o declínio da função ovariana inerente repercute no funcionamento global da mulher, condicionando uma variedade de mudanças multiorgânicas com importantes implicações sobre a vida profissional, familiar e afetiva (DUARTE, 2010). Nesse âmbito, o estado de hipoestrogenismo desencadeia mudanças nos níveis de outros hormônios que regulam o metabolismo da mulher, fato que a predispõe a desenvolver fatores de risco para doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose dentre outras (SANTOS et al., 2012).

3.3 Quadros Mórbidos

O grupo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) compreende doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Por terem fatores de risco comuns e afetarem mais especificamente a idosos, muitas dessas doenças demandam por assistência continuada de serviços e conseqüentemente ônus para a população (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

As DCNT são consideradas como o maior problema de saúde global por ocasionarem elevados números de morte e perda na qualidade de vida, causando impacto na economia de famílias, bem como da sociedade em geral (MALTA et al., 2013). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 2008, 63% dos óbitos ocorridos no mundo foram

relacionados às DCNT e, dentre esses, 80% ocorreram em países de baixa renda, o que comprova a afirmação da OMS de que essas doenças estão vinculadas à pobreza. No Brasil, o número de mortes por DCNT chega a 72% do total de óbitos (DUNCAN et al., 2012).

Estudos verificaram que as DCNT representam as principais patologias entre idosos nas diferentes regiões do Brasil, inclusive nas regiões do Sertão, que enfrentam ainda problemas como a fome e as doenças transmissíveis. Dentre as DCNTs, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte e geram os maiores gastos com internações no sistema de saúde brasileiro, alcançando especialmente adultos de meia idade e idosos (PEREIRA et al., 2015).

No entanto, o aumento crescente do número de óbitos de jovens e pessoas de meia idade por problemas crônicos nos países ricos, chegando a 13%, serviram de base para que a OMS formulasse estratégias preventivas para seu enfrentamento (DUNCAN et al, 2012). Nos países pobres, ao contrário, os idosos são os maiores afetados, com destaque para quatro grupos de causas: doenças cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes (MALTA et al., 2013).

Dentre os quatro grupos, as doenças cardiovasculares (DCV), que incluem doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva, são a causa de 80% do número de mortes em todo o mundo. Fatores de risco como uso de tabaco, inatividade física e alimentação pouco saudável explicam sua grande ocorrência (GOULART, 2011).

O diabetes, doença de fundo metabólico, ocasiona incapacidade total ou parcial de retirar a glicose do sangue e transportá-la para dentro das células, provocando e mantendo níveis altos dessas substâncias. O mais frequente é o tipo 2, que acomete principalmente pessoas mais velhas. Segundo a OMS, o diabetes isoladamente não possui um índice de mortalidade elevada, se comparado às outras DCNT, no entanto, está entre as dez principais causas de morte no mundo, por associar-se às doenças cardiovasculares. (GOULART, 2011).

Estudos epidemiológicos demonstram que a atividade física previne e reduz a incidência de hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, cânceres de cólon e de mama, obesidade, depressão e ansiedade, além de retardar a mortalidade. Portanto, um estilo de vida ativo melhora a qualidade de vida, principalmente dos idosos (MALTA et al., 2013).

3.4 Estilo de Vida

O final do século XX foi marcado por um movimento de busca pela qualidade de vida, sendo um fenômeno mundial. Entretanto apesar de todo o esforço despendido para a conscientização de que uma vida com qualidade está diretamente relacionada com o estilo de vida e isto representa uma possibilidade de viver saudável, observa-se que um grande número de pessoas ainda demonstra desinteresse em adquirir hábitos saudáveis (CELICH; SPADARI, 2008).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o Estilo de Vida “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas (PORTES, 2011).

Teixeira et al. (2006) afirmam que para compreender o estilo de vida, é importante entendê-lo dentro de um contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença. O novo paradigma da saúde – que contempla a complexidade, a determinação social e a perspectiva holística do ser – vem sendo cada vez mais preconizado nas conferências nacionais e internacionais de saúde (BRASIL, 2002).

Dentro desse contexto existem os fatores do estilo de vida que podem afetar de forma negativa a saúde, e sobre os quais se pode ter controle, chamados de fatores negativos modificáveis como, por exemplo, má alimentação, fumo, álcool, drogas, estresse e sedentarismo (SILVA, 2012).

Já é reconhecido pela comunidade científica que doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, câncer, etc.), podem ter origem em etapas precoces da vida e que, para muitas delas, a alimentação representa importante fator de risco. Dentre os distúrbios dieta-relacionados, de alto impacto epidemiológico, destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, câncer, obesidade e dislipidemias (alterações nas frações de gorduras no sangue) (ACCIOLY, 2009).

Com relação ao tabagismo, a OMS (2008) identificou o uso do tabaco como um fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo, assim como das quatro principais doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes) (VIDA, 2013).

O álcool tem sido relacionado a mais de 60 condições médicas, dentre elas o câncer, doenças cardiovasculares, cirrose, acidentes com veículos automotores, homicídios, etc.

(MANZATTO et al., 2011). A maior parte das doenças tem uma relação de dose-resposta com o volume do consumo de álcool, ou seja, o risco de doenças aumenta de acordo com o aumento do consumo. Dessa forma o uso abusivo de álcool é relacionado como fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas (GORDIA, 2008).

Atualmente, é consenso entre os profissionais da saúde que a manutenção de um estilo de vida ativo, é um fator determinante para o sucesso do processo de envelhecimento (JANUARIO et al., 2011). Dessa forma, a prática regular de exercícios físicos poderá atuar na manutenção dos níveis de reserva funcional, sendo um dos fatores que possibilitará ao indivíduo envelhecer com boa qualidade de vida, proporcionar manutenção da autonomia e bem-estar, até mesmo em idosos de idades mais avançadas, e contribuir para prevenção de doenças crônicas (MANTY et al., 2009).

Dessa forma, Goulart (2011), em texto publicado pelo Ministério da Saúde, afirma que existem evidências de sobra, atualmente, de que o tabagismo, os alimentos com altas taxas de gorduras trans e saturadas, o sal e açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, o sedentarismo, bem como o consumo excessivo de álcool, causam mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e aumentam o risco de complicações em pessoas que já sofrem dessas doenças.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa.

É um tipo de estudo que examina as pessoas em um determinado momento, fornecendo dados de prevalência; aplica-se, particularmente, a doenças comuns e de duração relativamente longa. Envolve um grupo de pessoas expostas e não expostas a determinados fatores de risco, sendo que algumas dessas apresentarão o desfecho a ser estudado e outras não (MENEZES, 2001, p. 17).

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em todas as Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB, nos meses de janeiro 2013 a março de 2014. Este município está localizado no alto sertão do estado, encontra-se 476 km da capital, tem uma área territorial de 566 km² e possui 58.443 habitantes, segundo dados do último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

4.3 População e amostra

A amostra dessa pesquisa foi calculada probabilisticamente, baseando em um cálculo amostral de população finita, adotando nível de significância de 5%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, tendo como base uma população de 9996 mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos. Feito o cálculo a amostra a ser investigada seria de 385 mulheres, no entanto, foram feitas 543 entrevistas. Aplicando os critérios de exclusão, a amostra final totalizou 396 mulheres.

4.4 Critérios de inclusão/exclusão

Foram incluídas:

- ✓ Mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos;
- ✓ Cadastradas nas unidades de saúde da família do município;
- ✓ Que aceitaram participar da pesquisa após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1).

Foram excluídas:

- ✓ Mulheres histerectomizadas e em uso de terapia de reposição hormonal (TRH) e/ou anticoncepcional hormonal;
- ✓ Ausência de sintomas climatéricos.

4.5 Técnica e instrumento de dados para a coleta

Para realizar a coleta de dados foi aplicada uma entrevista, utilizado como instrumento um roteiro estruturado (APÊNDICE 2), considerando itens que permitiram identificar dados socioeconômicos, demográficos, indicadores de saúde e a ocorrência da sintomatologia climatérica.

As entrevistas foram realizadas nas UBS's, aproveitando a presença das mulheres nas unidades para realização de citopatológico, consulta de Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), além de visitas domiciliares, junto aos agentes comunitários de saúde.

4.6 Procedimentos e análise de dados

Essa pesquisa teve uma abordagem quantitativa, analisando as variáveis estatisticamente; os instrumentos de coletas de dados foram enumerados para o uso do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.

As variáveis analisadas constaram de dados sociodemográficos: idade, escolaridade, renda per capita, cor, situação conjugal, estado menopausal; Estilo de vida: prática de atividades físicas, refeições /dia, tabagismo, etilismo e IMC; obteve-se os dados dos quadros mórbidos através de relatos das entrevistadas; a presença de Hipertensão e Diabetes foi confirmada através do cadastro no programa HIPERDIA e o uso de hipotensor e hipoglicemiantes.

A renda familiar per capita foi obtida pelo somatório total da renda familiar dividida pelo número de componentes da família, tendo como referência o valor do salário mínimo em reais vigente na época da coleta dos dados. A escolaridade foi avaliada com base no número total de anos completos de estudo formal. Em relação à cor, esta foi dicotomizada em branca ou não branca e a situação conjugal em com ou sem companheiro fixo.

O tabagismo foi definido como o hábito diário de fumar, independente do número de cigarros. Foram consideradas não sedentárias as mulheres que referiram praticar atividade física no mínimo três vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos.

O etilismo foi definido como o uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez na semana. Para categorizar a alimentação diária distinguiu-se àquelas mulheres que faziam até três refeições diárias daquelas que realizavam quatro ou mais.

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi avaliado aplicando a fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 (\text{m}^2)$. Foi categorizado em normal (18,5-24,9 kg/m²), sobrepeso (25,0-29,9kg/m²) e obesidade ($\geq 30,0$ kg/m²) (STOCKERT, 2009). Nessa pesquisa o IMC foi categorizado em duas classes: peso adequado e sobrepeso/obesidade. Esse agrupamento se deu pelo fato de o sobrepeso ser um fator predisponente para doenças crônicas e a obesidade um fator mórbido, sendo por isso, referida pela OMS como uma doença de origem multifatorial.

Nas variáveis idade, escolaridade e renda per capita foram identificados a média e o desvio padrão. Para correlacionar as variáveis, utilizou-se o teste de Qui-quadrado que, segundo Mendes (2009), é um teste empregado em análise de dados em que o mérito é observar frequências em tabelas de contingência e averiguar se existe associação entre os grupos definidos pelas variáveis.

4.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos.

Trata-se de um recorte da pesquisa “Sintomatologia do climatério: intensidade e fatores associados”, que teve projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, de acordo com o protocolo de número CAAE 0462.0.133.000-11, datado em 14/09/2011 (ANEXO 1). Foi garantida aos sujeitos envolvidos, a liberdade de participar ou não do estudo, sigilo e respeito das informações coletadas, conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização das mulheres investigadas

A média etária da população estudada foi de 49,84 (\pm 5,801), com idade de 40 a 60 anos. Com relação ao estado menopausal, 47,2% (n=187) das mulheres estavam com ausência de fluxo menstrual há 12 meses ou mais. Demonstrou-se uma taxa de 69,9% (n=277) de mulheres que possuíam companheiro fixo. Quanto à renda per capita, a média de salários mínimos foi de 0,7143 (\pm 0,6958). A média de anos de estudo foi de 7,63 (\pm 4,733) e 51,8% (n=205) se declararam de cor branca (dados não demonstrados em tabela).

5.2 Ocorrência de Doenças

Conforme dados da Tabela 1, das 396 mulheres entrevistadas, 47,5% (n=188) referiam alguma patologia de caráter crônico-degenerativo ou distúrbio hormonal; 35,1% (n=139) apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 10,9% (n=43) apresentavam Diabetes, ambas, associadas ou não a outros agravos. São visualizados, também, achados de mulheres que apresentavam algum tipo de doença tais como: câncer, osteoporose e algum distúrbio hormonal (tireoide), dentre outras.

Tabela 1 – Distribuição dos relatos de condições mórbidas por mulheres climatéricas. Cajazeiras, PB.

| Condições Mórbidas | N | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Ao menos uma doença (n=396) | 188 | 47,5 |
| Hipertensão (HAS) (n=396) | 139 | 35,1 |
| Diabetes (n=396) | 43 | 10,9 |
| Apenas HAS (n=188) | 88 | 46,8 |
| Apenas Câncer (n=188) | 4 | 2,1 |
| Apenas Diabetes (n=188) | 14 | 7,4 |
| Apenas Osteoporose (n=188) | 18 | 9,6 |
| Apenas Distúrbio hormonal (n=188) | 8 | 4,3 |
| HAS e câncer (n=188) | 1 | 0,5 |
| HAS e diabetes (n=188) | 23 | 12,2 |
| HAS e osteoporose (n=188) | 13 | 6,9 |
| HAS e distúrbio hormonal (n=188) | 6 | 3,2 |
| Câncer e diabetes (n=188) | 1 | 0,5 |
| Diabetes e osteoporose (n=188) | 1 | 0,5 |

| | | |
|--|---|-----|
| Osteoporose e distúrbio hormonal (n=188) | 2 | 1,1 |
| HAS e câncer e osteoporose (n=188) | 1 | 0,5 |
| HAS, diabetes e osteoporose (n=188) | 3 | 1,6 |
| HAS, diabetes e distúrbio hormonal (n=188) | 2 | 1,1 |
| HAS, osteoporose e distúrbio hormonal (n=188) | 1 | 0,5 |
| Diabetes, osteoporose e distúrbio hormonal (n=188) | 1 | 0,5 |
| Todas as doenças citadas (n=188) | 1 | 0,5 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2013-2014.

5.3 CONDIÇÕES MÓRBIDAS *VERSUS* VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA

Na busca da compreensão de que fatores interferiam para a ocorrência de condições mórbidas das mulheres climatéricas investigadas fez-se a correlação das variáveis presença de no mínimo uma doença (1), a HAS (2) e o diabetes (3) com as variáveis de estilo de vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação de condições mórbidas com variáveis de estilo de vida.

| Variáveis de Estilo de vida | CONDIÇÕES MÓRBIDAS | | | | | | <i>p</i> |
|--------------------------------|----------------------------|------|---------|------|--------------|------|------------|
| | Ao menos uma doença (1) | | HAS (2) | | Diabetes (3) | | |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Refeições dia | | | | | | | 1 (0,258) |
| Até 3 | 86 | 45,5 | 67 | 35,4 | 18 | 9,5 | 2 (0,890) |
| 4 ou + | 102 | 49,3 | 72 | 34,8 | 25 | 12,1 | 3 (0,257) |
| IMC | | | | | | | 1 (<0,001) |
| Sobrepeso/obesidade | 133 | 55,2 | 105 | 43,6 | 33 | 13,7 | 2(<0,001) |
| Peso adequado | 55 | 35,5 | 34 | 21,9 | 10 | 6,5 | 3(0,016) |
| Sedentarismo | | | | | | | 1 (0,288) |
| Sim | 133 | 45,9 | 97 | 33,4 | 32 | 11,0 | 2(0,254) |
| Não | 55 | 51,9 | 42 | 39,6 | 11 | 10,4 | 3(0,507) |
| Tabagismo | | | | | | | 1 (0,986) |
| Sim | 39 | 47,6 | 27 | 32,9 | 11 | 13,4 | 2(0,372) |
| Não | 149 | 47,5 | 112 | 35,7 | 32 | 10,2 | 3(0,403) |
| Etilismo | | | | | | | 1(0,004) |
| Sim | 30 | 34,5 | 20 | 23,0 | 6 | 6,9 | 2(0,005) |
| Não | 158 | 51,1 | 119 | 38,5 | 37 | 12,0 | 3(0,123) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2013-2014.

Na correlação das condições mórbidas com as refeições/dia não se notou significância estatística. Quanto ao IMC, evidenciou-se associação com ao menos uma doença e HAS ($p < 0,001$, em ambas), e o diabetes ($p = 0,016$) (Tabela 2).

Em relação a prática de atividade física e o tabagismo, não houve significância estatística com nenhuma das variáveis de condições mórbidas correlacionadas (Tabela 2).

Quando se correlacionou o uso de álcool com as condições mórbidas, percebeu-se a dependência estatística com ao menos uma doença ($p = 0,004$) e HAS ($p = 0,005$) (Tabela 2).

6 DISCUSSÃO

Os dados encontrados com relação à idade, na presente pesquisa, estão em conformidade com o que é encontrado em outros estudos que abordam mulheres no climatério, cuja média de idade é de 48,9 anos ($\pm 6,27$) (MIRANDA; FERREIRA; CORRENTE, 2014).

Os valores incipientes demonstrados nos anos de estudo e na renda per capita revelam o baixo nível socioeconômico das mulheres investigadas. Evidências dessa natureza têm sido demonstradas em diversos estudos que englobam essa temática (DE LORENZI et al., 2009; BARBOZA; COSTA; TOLEDO NETO, 2014).

Por sua vez, o número expressivo de mulheres abordadas na presente pesquisa que apresentavam companheiro fixo, representa um percentual compatível com outros estudos que abordam fatores sociodemográficos de mulheres climatéricas (POLISSENI et al., 2009).

No presente estudo foi investigada a presença de quadros mórbidos nas mulheres climatéricas. As doenças mais prevalentes referidas por elas foram a HAS, o diabetes, o câncer (isolado e ou associado a outras doenças), a osteoporose e os distúrbios hormonais (ambos isolados e/ou associados a outras doenças). Estudo realizado em Belo Horizonte com mulheres climatéricas entre 40 e 65 anos de idade demonstrou uma taxa de 28,4% de HAS e 6,7% de diabetes, com ambas as doenças se relacionando com obesidade e pós-menopausa (MACHADO et al., 2012).

Sabe-se que, independente do sexo e da fase do ciclo evolutivo em que cada indivíduo se encontra, os fatores determinantes sobre sua condição de saúde estão diretamente relacionados ao estilo de vida adotado. Sendo o climatério uma importante fase no processo de envelhecimento feminino, denota-se o valor de se conhecer os componentes e fatores que influenciam esta importante etapa, bem como as doenças que mais prevalecem durante o climatério.

Embora nenhuma das variáveis de condições mórbidas apresentou significância estatística com a quantidade de refeições feitas por dia, sabe-se que o estado nutricional e as cargas energéticas consumidas durante o dia são fatores determinantes na apresentação e progressão de doenças.

Nesse sentido, estudo realizado em Pinheiral – RJ, demonstrou-se que 55% das mulheres investigadas apresentavam consumo calórico abaixo das recomendações (MIRANDA et al., 2013). Para corroborar, Gallon e Wender (2012), em estudo feito com 200 mulheres em Caxias do Sul – RS, demonstraram que as pacientes estudadas estavam

consumindo 21,6 Kcal/Kg/dia, um consumo calórico abaixo dos níveis recomendados, contudo esse dado não foi capaz de inferir relação com as comorbidades ou doenças crônicas inerentes ao climatério, conseqüentemente ao envelhecimento.

Esse resultado encontrado no presente estudo pode ser explicado pelo fato do inquérito restringir-se a perguntar a quantidade de refeições realizadas pelas mulheres durante o dia. Para possíveis resultados diferentes, ou mais complexos, novas metodologias podem ser desenvolvidas, como a realização de questionários que indaguem sobre o consumo energético diário, os diferentes tipos de alimentos consumidos e sobre o padrão de macro e micronutrientes da dieta.

Destaque-se à extrema dependência estatística entre o IMC e a presença de alguma doença, a HAS e o diabetes, ressaltando o percentual expressivo de mulheres que apresentaram sobrepeso/obesidade. Corroborando o resultado encontrado, um estudo retrospectivo que analisou os prontuários de 272 pacientes atendidas no Ambulatório Multidisciplinar de Climatério do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, durante os anos de 1983 e 2007, encontrou que 78% apresentavam sobrepeso/obesidade. Quando questionadas sobre as doenças 83,5% eram hipertensas, 39,4% eram diabéticas e 69% apresentavam dislipidemia (SANTOS et al., 2012).

Em outra investigação, com 307 mulheres atendidas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário do ABC Paulista demonstrou-se que 33,6% apresentaram hipertensão arterial, 4,9% diabetes mellitus tipo II, 5,2% hipercolesterolemia e 6,8% doenças cardiovasculares (DCV), sendo que o IMC médio do grupo foi de 27,3 (\pm 4,3) (FERREIRA et al., 2009).

É notória a relação entre o estado de hipoestrogenismo, característico do climatério, o ganho de peso e as doenças crônicas. As mudanças que ocorrem durante o climatério podem ser responsáveis pelo surgimento de doenças como o câncer, osteoporose, distúrbios do sono, queixas depressivas, diabetes e hipertensão arterial. Dessa forma, o ganho de peso está relacionado à adoção de escolhas alimentares inadequadas, predispondo as mulheres climatéricas às doenças crônicas degenerativas (PALASUWAN et al., 2011). Ressaltando que, fatores como o aumento de peso frequente associado às dislipidemias, hiperglicemia, HAS e resistência insulínica favorecem ao aparecimento da síndrome metabólica.

Portanto, o sobrepeso e obesidade em mulheres climatéricas constituem um problema de saúde pública em países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Estima-se que as DCNT são responsáveis por 60% das mortes que ocorre em todo mundo. Segundo o Ministério da Saúde (2009), no Brasil, as DCNT respondem por 62,8% das mortes por causa conhecida,

destacando que o aumento do IMC tem efeito negativo sobre a saúde da mulher climatérica, diminuindo o bem-estar, dificuldade de integração social, baixa autoestima e causa estigmatização social, promovendo impactos negativos na qualidade de vida.

Quando correlacionada a presença de alguma patologia, HAS ou diabetes com a prática regular de exercícios físicos não se evidenciou dependência estatística, apesar do elevado número de entrevistadas categorizadas como sedentárias. Assim, mesmo não ocorrendo relação entre as variáveis, é evidente a influência da prática de exercícios físicos na prevenção, apresentação ou progressão de doenças crônicas em toda a população, especialmente nas mulheres climatéricas. Para demonstrar essa influência, Negrão e Moccelin (2011) em estudo realizado com 370 mulheres, com idade entre 40 e 65 anos, em Natal – RN avaliaram os sintomas climatéricos por meio do Menopause Rating Scale (MRS) e atividade física pelo questionário International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) e para avaliação da qualidade de vida geral, utilizou a versão abreviada do WHOQOL, um questionário sobre qualidade de vida desenvolvido pela OMS. Constatou-se que os escores foram significativamente diferentes entre os grupos de mulheres sedentárias, moderadas ativas e muito ativas, tanto no MRS quanto no WHOQOL-Bref, mostrando assim a importância da prática regular de atividade física na percepção dos sintomas e nos agravos gerais pertinentes ao climatério.

Estudo realizado em Passo Fundo – RS, com 292 mulheres climatéricas que utilizou o pedômetro (aparelho portátil que mede a quantidade de passos dados durante o dia) para avaliar o grau de atividade física diária das mulheres, evidenciou que a maioria era categorizada como sedentárias demonstrando que o sedentarismo está relacionado com um perfil de risco cardiovascular. Esse estudo também apontou que as mulheres consideradas ativas (acima de 6000 passos/dia) apresentaram menor deposição central de gordura, síndrome metabólica e diabetes (COLPANI et al., 2014). Corroborando, em estudo exploratório e descritivo realizado com profissionais de saúde do Hospital Universitário do Rio de Janeiro, revelou que a maioria das mulheres entrevistadas se assumia como sedentárias e que as poucas que desenvolviam algum tipo de atividade física apresentavam menos doenças, como a HAS e o diabetes, quando comparadas com as sedentárias (FONSECA et al., 2014),

Nesse sentido, apesar do presente estudo não ter demonstrado dependência estatística entre a presença de doenças e o sedentarismo, é salutar o estímulo para a adoção de hábitos saudáveis de vida, principalmente, a atividade física, visando melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Embora nessa pesquisa o tabagismo não se apresentou relacionado às condições mórbidas, pesquisa aponta que o fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% dos casos de doenças respiratórias crônicas e 10% dos casos de doenças cardiovasculares (DUNCAN et al., 2012).

A relação entre o tabagismo e a hipertensão arterial é controversa. Apesar dos efeitos nocivos do cigarro sobre a pressão arterial, vários estudos epidemiológicos não demonstraram associação entre o tabagismo e a hipertensão arterial (GIORGI, 2010). Fumar um cigarro produz um aumento agudo da pressão arterial e da frequência cardíaca, que persiste cerca de 15 minutos. Todavia, são vários os estudos epidemiológicos a demonstrar que os níveis de pressão arterial entre os fumadores de cigarro são idênticos aos dos não fumadores, e o abandono do fumo não parece contribuir para baixar apreciavelmente a pressão arterial (MANCIA et al., 2007).

Contudo, a exposição ao fumo de tabaco é fator de risco cardiovascular bem demonstrado; e deixar de fumar é, provavelmente, a medida de estilo de vida singular mais eficaz para prevenir as doenças cardiovasculares, por exemplo, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio (MANCIA et al., 2007).

Relacionando o tabagismo com o diabetes, alguns estudos buscaram mostrar o uso do tabaco como um fator predisponente ao diabetes. Porém, não lograram êxito, demonstrando apenas que as pessoas consideradas diabéticas e tabagistas possuíam maiores chances de desenvolverem certos tipos de câncer, além de nefropatia diabética (LYRA et al., 2006; HOCAYEN; MALFATTI, 2010).

O etilismo foi a segunda variável que apresentou dependência estatística com a presença de condições mórbidas nas mulheres climatéricas. A escassez de estudos que abordem esse tema dentro de populações específicas dificulta a comprovação dos dados; porém, há evidência que correlaciona o uso abusivo do álcool com a prevalência de doenças crônicas (MALTA et al., 2013). Segundo o Ministério da Saúde, o consumo de álcool vem aumentando dentro da população feminina predispondo-a a desenvolverem diversas doenças crônicas, incluindo doenças do fígado, cânceres, doenças mentais, além de agravos como acidentes (BRASIL, 2011).

A relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e hipertensão arterial começou a ser descrita há mais de 100 anos atrás, quando Lian (1915) percebeu que os marinheiros que bebiam litros de vinho durante as viagens apresentavam maior propensão à pressão arterial elevada. Os principais mecanismos de elevação da pressão arterial pelo uso do álcool são: estimulação simpática, estimulação do sistema renina angiotensina aldosterona, resistência à

insulina, redução da liberação de óxido nítrico, alterações no cálcio e no magnésio, aumento do cálcio intracelular da musculatura lisa e aumento de acetaldeídos (SOUZA; PÓVOA, 2014). De acordo com Stipp et al. (2007), a ocorrência de hipertensão secundária ao consumo de álcool varia de 5% a 11%, em estudos com diferentes populações, indicando a ideia de uma causa potencialmente tratável de hipertensão.

Quando relacionado o uso de álcool com o diabetes não se evidenciou significância estatística no estudo, fato confirmado por outras análises que, no máximo, demonstraram uma tendência a uma maior prevalência de diabéticos entre os alcoolistas estudados (*MENDES et al., 2011*).

Assim como nosso estudo, a maior parte dos estudos comparados são exploratórios e transversais, dessa forma não se pode inferir sobre o momento que os fatores analisados surgiram e, portanto, não permite identificar causalidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar as doenças mais prevalentes nas mulheres climatéricas investigadas no município de Cajazeiras – PB, além de correlacionar e perceber quais variáveis de estilo de vida interferem na ocorrência/progressão das doenças.

Percebeu-se que a presença de sobrepeso e obesidade nas mulheres climatéricas estava relacionada com a presença de pelo menos uma doença ($p < 0,001$), com HAS ($p < 0,001$) e com diabetes ($p = 0,016$). Esse achado revela a extrema importância de serem adotadas medidas de prevenção e controle do excesso de peso, posto que esse fator está correlacionado com quadros que determinam alto risco para doenças renocardiovasculares.

O uso de bebida alcoólica apresentou relação com a presença de pelo menos uma doença ($p = 0,004$) e com HAS ($p = 0,005$), demonstrando que o uso de substâncias nocivas ao organismo, principalmente o álcool, podem interferir em mecanismos fisiopatológicos de doenças, a exemplo da HAS que é fator predisponente a eventos cardiovasculares agudos, como o infarto do miocárdio e o acidente vascular encefálico.

Não obstante, esse estudo mostra-se inovador por conseguir demonstrar, com uma amostragem satisfatória da população, que a adoção de hábitos saudáveis de vida pode contribuir para uma melhor qualidade de vida das mulheres climatéricas, além de diminuir os impactos e a ocorrência/prevalência de doenças crônicas.

Por fim, esse estudo aponta a necessidade de serem realizados estudos posteriores, visto que, a pesquisa apresentou tendências estatísticas que só poderão ser comprovadas ou refutadas a partir de uma pesquisa longitudinal e de caso-controle, tentando demonstrar relação de causa e efeito das variáveis de estilo de vida com as doenças citadas pelas mulheres investigadas.

REFERÊNCIAS

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões no modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a02v9n4>. Acesso em 13 dez. 2015.

ACCIOLY, E. A escola como promotora da alimentação saudável. **Ciência em Tela**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 1-9, 2009. Disponível em: <<http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0209accioly.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO - SOBRAC. **Terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa**. Consenso da SOBRAC. p. 5-39, 2004.

BARBOZA, W. M. O.; COSTA, T. V.; TOLEDO NETO, J. L. Qualidade de vida em mulheres no período de climatério e menopausa. **Rev. Odontologia (ATO)**, Bauru, SP, v. 14, n. 7, p. 406-417, jul 2014. Disponível em: <http://revista.actiradentes.com.br/2014/textos/27RevistaATO-QualidadeDeVidaEmMulheresClimaterioEMenopausa-2014.pdf>. Acesso em 02 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde: as cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2009. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoas_doencas_cronicas.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2015.

CELICH, K. L. S.; SPADARI, G. Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. **Cogitare Enferm**, Erechim, v. 2, n. 13, p. 252-260, 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/12497/8559>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

COLPANI, V. et al. Atividade física de mulheres no climatério: comparação entre auto-relato e pedômetro. **Rev Saúde Pública**, Passo Fundo, RS, v. 48, n. 2, p. 258-265, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0258.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

DAUDT, C. V. G. **Fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis em uma comunidade universitária do sul do Brasil (UFRGS)**. 2013. 177 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <[https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequence="](https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequence=)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados a qualidade de vida após a menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, n. 5, p. 312-317, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302006000500017&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 12 fev 2014.

DE LORENZI, D. R. S. et al. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da região sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 9, n. 4, p. 459-466 out./dez., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000400011 Acesso em 05 jan 2016.

DUARTE, A. M. B. **Climatério: o impacto sobre a condição feminina**. 2010. 44 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade do Porto, Porto, 2010. Disponível em: <[https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50132/2/Climatrio o impacto sobre a condio feminina.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50132/2/Climatrio%20o%20impacto%20sobre%20a%20condio%20feminina.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2015.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2016.

FERREIRA, J. A. et al. Breast arterial calcification is a predictive factor of cardiovascular disease in Brazilian postmenopausal women. **Climacteric**, v. 5, n. 12, p. 439-444, oct 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639481>. Acesso em 04 jan. 2016.

FONSECA, T. C. et al. Quality of life on climacteric nursing professionals. **Rev Rene**, v. 15, n. 2, p. 214-223, jun. 2014. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200005. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1508/pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA; HELPAGE INTERNATIONAL. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Nova York; Londres, 2012. 8 p. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2015.

GALLON, C. W.; WENDER, M. C. O. Estado nutricional e qualidade de vida da mulher climatérica. **Rev. Bras. Ginocol. Obstet.**, v. 34, n. 4, p. 175-183, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n4/07.pdf> Acesso em 04 jan. 2016.

GARCIA, M. A. A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, Campinas, v. 9, n. 18, p. 537-552, set-dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a06v9n18.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3631-3640, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3631.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2015.

GIORGI, D. M. A. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. **Revista Hipertensão**, v. 13, n. 4, p. 256-260, 2010. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/revista_hipetensao_4_2010.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2016.

GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Educação Física - Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

GOULART, F. A. A. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. 96 f. Texto para o Portal da Inovação na Gestão do SUS – Redes e APS, Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf. Acesso em 02 dez. 2015.

HOCAYEN, P. A. S.; MALFATTI, C. R. M. Tabagismo em pacientes diabéticos: predisposição às doenças crônico-degenerativas e neoplasia. **Cinergis**, v. 11, n. 2, p. 19-25, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades@. **Cajazeiras – PB**: dados básicos. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250370>>. Acesso em 07 dez. 2014.

JANUÁRIO, R. S. B. et al. Qualidade de vida em idosos ativos e sedentários. **Conscientia e Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 112-121, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/929/92917188014.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

KULP, P.J.; ZACUR, H. Menopausa e terapia de reposição hormonal. In: FORTNER, K. B. et al. **Manual de Ginecologia e Obstetrícia de Johns Hopkins**. Porto Alegre, 2009. p. 323 – 345.

LIAN C. L'alcoolisme, cause d'hypertension arterielle. **Bull Acad Med**, v.74, p. 525-528, 1915.

LYRA, R. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 50, n. 2, p. 239-249, abr 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

MACHADO, V. S. S. et al. Morbidades e fatores associados em mulheres climatéricas: estudo de base populacional em mulheres com 11 anos ou mais de escolaridade. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Campinas, SP, v. 5, n. 34, p. 215-220, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n5/05.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2016.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 423-434, 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a07.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

MANCIA, G. et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). **Journal Of Hypertension**, v. 25, n. 6, p. 1105-1187, 2007. Disponível em: <<http://www.seh-lelha.org/pdf/guia2007seh.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

MANTY, M. et al. Long-term effect of physical activity counseling on mobility limitation among older people: a randomized controlled study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Oxford, v. 1, n. 64, p. 83-89, 2009. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2691194/pdf/gln029.pdf>. Acesso em 03 dez. 2015.

MANZATTO, L. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em estudantes universitários. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 37-53, 2011. Disponível em:

<<http://fefnet178.fef.unicamp.br/ojs/index.php/fef/article/view/528/358>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

MELO, N. R. et al. **Climatério e Menopausa**. In: LOPES, A.C. Tratado de Clínica Médica v.2. São Paulo: ROCA, 2006, p. 3525-3531.

MENDES, D. C. P. **Diagnóstico da evasão ocorrida na UFRN para alunos que ingressaram entre 2000 e 2008**: uma aplicação de Análise de Correspondência (Monografia). Natal: UFRN, 2009.

MENDES, T. A. B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1233-1243, jun 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/20.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

MENEZES, A. M. B. **Noções Básicas de Epidemiologia**. Editora Revinter, 2001. Disponível em: <http://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoos-de-epidemiologia.pdf>. Acesso em 29 dez. 2014.

MIRANDA, M. P. et al. Caracterização do perfil antropométrico, lipídico e dietético de mulheres no climatério associados com o risco de doenças cardiovasculares. **Cadernos UniFOA: Edição especial do curso de Nutrição**, v. 8, p. 31-39, 2013. Disponível em: http://web.unifoa.edu.br/cadernos/especiais/nutricao/cadernos_especias_nutri%C3%A7%C3%A3o2_online.pdf Acesso em 06 jan 2016.

MIRANDA, J. S.; FERREIRA, M. L. S. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na atenção primária. **Rev. Bras. Enferm**, Botucatu, SP, v. 5, n. 67, p. 803-809, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0803.pdf>. Acesso em 03 jan. 2016.

NEGRÃO, R. C.; MOCCELLIN, A. S. Importância de atividades em grupo para a qualidade de vida de mulheres pós-menopausa. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, CE, v. 24, n. 4, p.

376-383, 2011. Disponível em:

<<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2096/2389>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

PALASUWAN, A. et al. Dietary intakes and antioxidant status in mind-body exercising pre- and postmenopausal women. **J Nutr Health Aging**, v. 7, n. 15, p. 577-584, aug 2011.

Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21808936>. Acesso em: 05 jan. 2016.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1257-1264, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/22.pdf>>.

Acesso em: 19 dez. 2015.

PEREIRA, R. H. M. et al. **Envelhecimento Populacional, Gratuidades No Transporte Público E Seus Efeitos Sobre As Tarifas Na Região Metropolitana De São Paulo**. 2015.

Disponível em:

<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3105/1/TD_1966.pdf> Acesso em: 21 dez. 2015.

POLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Juiz de Fora, MG, v. 1, n. 31, p. 28-34, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a06.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

PORTES, L. A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lifestyle J**, v. 1, n. 1, p. 8-10, 2011. Disponível em:

<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/3>. Acesso em 01 dez. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 20-26, jan./jun. 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Climaterio.pdf> Acesso em 29 nov. 2015.

SANTOS, R. D. S. et al. Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 3, p. 310-17, 2012. Disponível em:

http://revista.fmrp.usp.br/2012/vol45n3/REV_Perfil%20do%20estado%20de%20sa%FAde%20de%20mulheres%20climat%EAricas.pdf. Acesso em 29 nov. 2015.

SERRÃO, C. (Re)pensar o climatério feminino. **Análise Psicológica**, Porto, Portugal, v. 26, n. 1, p.15-23, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a02.pdf>>.

Acesso em: 28 nov. 2015.

SILVA, D. A. S. et al. Estilo de vida de acadêmicos de Educação Física de uma universidade pública do estado de Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 1, p.

53-67, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v34n1/v34n1a05.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

SOUZA, D.; PÓVOA, R. Álcool e Hipertensão Arterial. **Revista Factores de Risco**, Portugal, v. 1, n. 32, p. 33-39, 2014. Disponível em: <<http://advancecare.pt/wp-content/uploads/2015/06/alcool-e-hipertensao-arterial.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

STIPP, M. A. C. et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares - uma análise sob o olhar da enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 11, n. 4, p. 581-585, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a04>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

STOCKERT, P. A. **Nutrição**. In: POTTER, P. A. PERRY, G. A. Fundamentos de Enfermagem. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1085-1125.

TEIXEIRA, E. R. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Esc Anna Nery R Enferm**, Niterói, RJ, v. 3, n. 10, p. 378-384, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a04>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

VIDA, A. L. B. **Deixar de fumar: Intervenção de Enfermagem na Cessação Tabágica junto do Cliente Fumador Internado**. 2013. 172 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal, 2013. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6165/1/Deixar_Fumar_Anabela_Vida.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 – The MPOWER package**. Genebra: OMS, 2008. Disponível em http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Acesso em: 01 dez. 2015.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a senhora está sendo convidada, em pleno exercício dos seus direitos, a participar da Pesquisa “Sintomatologia do climatério: intensidade e fatores associados”.

O trabalho “Sintomatologia do climatério: intensidade e fatores associados”, terá como objetivo geral: Compreender as manifestações do climatério em mulheres cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB

Ao voluntário só caberá a autorização para entrevista tendo como instrumento um roteiro estruturado, contendo questões objetivas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário, exceto um possível constrangimento em responder às perguntas.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica com a profa. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias FONE: 8722 7768.

Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará com a senhora.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, solicito a sua assinatura neste termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO ESTRUTURADO

SINTOMATOLOGIA DO CLIMATÉRIO: intensidade e fatores associados

Nº: _____

Data da coleta: ____/____/____

1 Caracterização da Amostra

Idade: _____ Estado marital: () com companheiro fixo () sem companheiro fixo

Cor: () Branca () Não branca

Escolaridade (em anos): _____ Ocupação: _____

Renda Familiar (em salários mínimos): _____

Nº de pessoas que moram em casa: _____

2. Indicadores de saúde

Peso: _____ Altura: _____ IMC (peso/altura²): _____

Tabagismo: () Sim () Não

Alimentação diária (quantidade): () 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 ou + vezes

Atividade física: () Sim Qual? _____ Quantos dias/ semana: _____

() Não

Patologias presentes: () Doença Cardiovascular () Diabetes Tipo I ou Tipo II

() Osteoporose () Câncer () distúrbio hormonal

Observações _____

3 Dados Ginecológicos

Idade da Menarca: _____

Atividade sexual: () Sim Alguma queixa? _____ () Não

Presença de fluxo menstrual:

() Sim. Quantos dias: _____ () Regular (..) Irregular

() Não. Cessou há _____ meses/anos espontaneamente

4 Avaliação da Sintomatologia Climatérica: Índice Menopausal de Kupperman e Blatt

| SINTOMAS | LEVE | MODERADO | ACENTUADO | ESCORE |
|---------------------|-----------------|----------------|------------------|--------|
| Ondas de calor | 4 (1-3/dia)* | 8 (4-8/dia) | 12 (> 10/dia) | |
| Parestesia | 2 | 4 | 6 | |
| Insônia | 2 | 4 | 6 | |
| Nervosismo | 2 | 4 | 6 | |
| Melancolia/tristeza | 1 | 2 | 3 | |
| Vertigens | 1 | 2 | 3 | |
| Fadiga | 1 | 2 | 3 | |
| Artralgia/Mialgia | 1 | 2 | 3 | |
| Cefaléia | 1 | 2 | 3 | |
| Palpitação | 1 | 2 | 3 | |
| Formigamento | 1 | 2 | 3 | |

TOTAL: _____

*Número de fogachos por dia.....(média da última semana)

Fonte: (WENDER et al., 2011).

ANEXO**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP - UEPB)**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB
FR: 455528 CAAE 0462.0.133.000-11
PARECER: APROVADO (x)
 NÃO APROVADO ()
 PENDENTE ()

TÍTULO: SINTOMATOLOGIA DO CLIMATÉRIO: INTENSIDADE E FATORES ASSOCIADOS

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): MARIA DO CARMO ANDRADE DUARTE DE FARIAS

ORIENTANDA (S): MARINA MENDES LUIZ

ANÁLISE DOS ITENS:

Na apreciação deste projeto, inicialmente constatamos a presença da Folha de Rosto (FR); do Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); do Termo de Autorização Institucional (TAI) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, referencial teórico, metodologia, cronograma e referências; havendo coerência e articulação científica entre esses elementos.


Outrossim, salientamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 14 de setembro de 2011.

RELATOR: 18

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


Profª Dra. Dorilúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa