

ADRIANA ORCESI PEDRO

**INQUÉRITO POPULACIONAL DOMICILIAR SOBRE
O CLIMATÉRIO E A MENOPAUSA EM MULHERES
DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

VOLUME I

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina, área de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Medicina, na área de Tocoginecologia

**ORIENTADOR: Prof. Dr. AARÃO MENDES PINTO NETO
CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. ELLEN HARDY**

**UNICAMP
1999**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F391e Fernández y Sagarra, Alberto Jorge
 Eficácia e tolerância da associação fluorouracil e baixas
 doses de ácido folínico no tratamento do carcinoma
 avançado da mama/ Alberto Jorge Fernández y Sagarra.
 Campinas, S.P.: [s.n.], 1999.

 Orientadores: Henrique Benedito Brenelli, Luís Carlos
 Teixeira

 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Quimioterapia. 2. Mama - Câncer. 3. Câncer -
 Tratamento paliativo. I Henrique Benedito Brenelli. II.
 Luís Carlos Teixeira. III. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

Aluno: ADRIANA ORCESI PEDRO

Orientador: Prof. Dr. AARÃO MENDES PINTO NETO

Co-Orientadora: Profa. Dra. ELLEN HARDY

Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 23/07/99

Dedico este trabalho...

...aos meus queridos pais, Margarida e Farid ...

*... à minha adorada mãe e professora,
responsável pelo início de meus estudos e minha educação,
amiga, incentivadora e companheira de todas as horas.*

*... ao meu pai, mestre,
com quem multiplico o saber,
e amigo que tem estimulado de maneira decisiva minha vida profissional.
Exemplo de competência, perseverança, entusiasmo e dedicação à Medicina.*

*... ao Luiz Otávio, meu marido,
que com tanto amor se dedicou a mim,
quando precisei estar ausente em pensamento e presença,
realizando tarefas que me cabiam executar,
precisando muitas vezes mudar seu rumo para me acompanhar.
Foi e é a extensão de meu próprio ser,
adivinhandando minhas limitações e completando-as sabiamente com devotado carinho,
permitindo a realização deste trabalho.*

Agradecimentos

Em especial ao amigo e orientador, Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto, pelo constante auxílio e apoio; por ser um grande incentivador de minha vida acadêmica; exemplo de competência e dedicação à Universidade.

À Socióloga Maria José Duarte Osis, pela grande colaboração, orientação e auxílio sempre prestados de forma altamente competente e com solicitude e amabilidade.

Aos Pesquisadores: Monique Boulet (International Menopause Society - Bélgica), Wulf Utian (North American Menopause Society- Estados Unidos), Myra Hunter (University of London- Reino Unido), Steinar Hunskaar (University of Bergen- Noroega), Ben Moore (County Hospital- Reino Unido), Sumana Chompootweep (Chulalongkorn University – Tailândia), Shahnaz Wasti (Aga Khan University- Paquistão) e Björn Oddens (International Health Foundation – Bélgica) pela inestimável presteza e gentileza em me fornecer os questionários utilizados em suas pesquisas, e que serviram de base para a elaboração deste estudo.

Ao Prof. Dr. Eduardo Lane, pelo exemplo de vida, onde a humildade, serenidade e amabilidade sempre estiveram presentes com a competência e dedicação ao trabalho em qualquer situação.

À Profa. Dra. Lucia H. S. Costa-Paiva, pela amizade e grande disposição em me auxiliar na conclusão deste estudo.

Ao Prof. Dr. Aloísio José Bedone, pela sua dedicação ao ensino e à Universidade.

Ao Prof. Dr. Salim Wehba, Prof. Dr. Edmundo Chada Baracat e Prof. Dr. Nilson Roberto de Melo, por terem aceito o convite para participar da Banca Examinadora, o que com certeza muito nos honra e valoriza o nosso trabalho.

Ao Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, pela dedicação ao meu exame de qualificação, pelas valiosas contribuições e sugestões.

À Profa. Dra. Ellen Hardy, pelo apoio metodológico e didático a este estudo.

Ao Prof. Dr. Anibal Faúndes, pelo grande exemplo como professor, médico e pesquisador e, também, pela colaboração neste estudo.

Ao Prof. Dr. Gustavo A. de Souza, pelos ensinamentos, dinamismo e exemplo de vida profissional.

Aos amigos, que de alguma forma colaboraram na conclusão deste estudo: Prof. Dr. José Roberto E. Gabiatti, Prof. Dr. José Antonio Simões, Prof. Dra. Gizelda N. Ribeiro, Dra. Telma Guarisi, Dr. Silval Fernando C. Zabaglia, Dr. João Daniel Hobeika, Dr. José Alaércio T. Lima Junior, Dra. Cristina L. B. Pinto, Dra. Joana D'Arc Vieira Neto, Dra. Letícia Lopes Vieira, Dr. Paulo M. de Almeida, Dra. Jussara Lima Souza e Dr. Hércules Leite do Amaral Junior.

Ao amigo Klésio Divino Palhares, por seu precioso auxílio e disposição em todas as fases deste estudo.

À brilhante, competente e experiente equipe do Departamento Médico-social do Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-infantis de Campinas (CEMICAMP), pela execução de toda a minuciosa e trabalhosa metodologia científica deste projeto, em especial para Telma Rodrigues de Souza e Simone Assunta Viana..

À Maria Helena de Souza, pela sua dedicada e incansável análise estatística, sobretudo pela paciência nas horas de mudanças.

Ao Centro de Pesquisa e Controle de Doenças Materno-infantis de Campinas (CEMICAMP), pelo apoio técnico na execução deste Projeto de Pesquisa, cujo auxílio e competência demonstrada foram de inestimável valor.

Aos amigos e colaboradores da ASTEC: Sueli Chaves, Cylene Camargo, Maria do Rosário G.R. Zullo, Willian Alexandre de Oliveira, Néder Piagentini do Prado, Sueli Regina Teixeira, Marisa D. Almeida, co-responsáveis pela qualidade da apresentação deste trabalho.

À Margarete, secretária da Comissão de Pós-Graduação, pela ajuda durante todo o curso.

Às amigas Vera Lúgia, Márcia e Neusa, por todo auxílio prestado de forma tão amável.

À Luzia Gonçalves de Aguiar, pela sua grande disposição e ajuda constante na aquisição das referências bibliográficas.

Às competentes e perseverantes entrevistadoras, pelo árduo trabalho durante a coleta dos dados.

Aos docentes do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, que me incentivaram e me apoiaram.

Aos alunos da Faculdade de Ciências Médicas e aos médicos residentes do Departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, pelo trabalho e motivação para lutar pela carreira docente.

Às mulheres participantes desta pesquisa, por compartilhar de forma tão receptiva suas experiências de vida: todo meu respeito e gratidão.

Em especial para:

*Às minhas queridas irmãs Andréa e Alessandra e ao meu sobrinho Luiz Felipe,
pelo carinho e incentivo irrestrito.*

*Aos pais que ganhei com o casamento: Odette e Dr. Carlos, por terem
realmente me aceitado como filha.*

*Aos irmãos que ganhei com o casamento: Carlos Alberto, Maria de Fátima,
Anna Maria e Fernando José, por compartilharem comigo mais esta etapa.*

Este estudo recebeu apoio:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)
Processo: 96/10341-2

Fundo de Apoio ao Ensino e Pesquisa (FAEP)
Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas
Processo: 008/98

Conselho Nacional de Pesquisa –(CNPq)

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
ACO	Anticoncepcional Oral
AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CEMICAMP	Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas
et al.	e outros, e outras
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
kg	kilograma
MAC	Métodos Anticoncepcionais
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
vs	versus

Resumo

Realizou-se um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, de base populacional, com o objetivo de estudar a idade à menopausa e seus fatores associados, prevalência de sintomas climatéricos, uso de serviço médico, auto-percepção do estado de saúde e características socioculturais, demográficas e econômicas em mulheres climatéricas, residentes no Município de Campinas, Estado de São Paulo. Selecionaram-se, através de processo de amostragem, 456 mulheres, na faixa etária de 45-60 anos de idade, segundo informações obtidas da agência local do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares, com questionários estruturados e pré-testados, fornecidos pela Fundação Internacional de Saúde/Sociedade Internacional de Menopausa e pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa e adaptados pelos autores. A análise dos dados foi realizada através do teste do Qui-Quadrado, teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e análise de regressão linear e logística múltipla, com nível de significância estatística menor que 0,05. A intensidade dos sintomas climatéricos foi analisada pelo índice circulatório e psicológico. A

análise de componentes principais foi utilizada para determinar a inter-relação dos sintomas climatéricos. O coeficiente de Cramer ϕ foi utilizado para avaliar que sintomas levaram a paciente a procurar serviço médico. A média etária da ocorrência da menopausa natural foi de 47,5 anos (DP ϕ 4,9). A paridade e a obesidade associaram-se diretamente com a idade de ocorrência da menopausa natural. Os fatores associados à transição climatérica (pós-menopausa) foram a idade e o tabagismo atual. Os sintomas climatéricos mais prevalentes foram: nervosismo (82%), fogachos (70%), cefaléia (68%), irritabilidade (67%), tontura (59%) e sudorese (59%). Os fogachos, a sudorese e a insônia foram significativamente mais prevalentes na peri e pós-menopausa. A procura por serviço médico para as queixas relacionadas ao climatério foi por irregularidade menstrual (76%), sintomas climatéricos (63%) e sintomas urogenitais (59%). A terapia de reposição hormonal foi prescrita para 40% das mulheres que procuraram serviço médico, cujas principais indicações foram a irregularidade menstrual (53,2%) e o alívio dos sintomas climatéricos (19,0%). Os fatores associados à procura médica foram o uso da terapia de reposição hormonal, estado marital e intensidade dos sintomas psicológicos. Mais da metade das mulheres classificaram seu estado de saúde como excelente ou bom e os fatores associados à auto-percepção negativa foram o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade e a maior intensidade dos sintomas vasomotores e psicológicos.

Sumário

VOLUME I

Resumo

Símbolos, Siglas e Abreviaturas

1. Introdução	1
2. Objetivos	11
2.1. Objetivo Geral	11
2.2. Objetivos Específicos	11
3. Casuística e Métodos	13
3.1. Desenho do estudo	13
3.2. Tamanho amostral	13
3.3. Seleção dos sujeitos	14
3.3.1. Critérios de inclusão	14
3.3.2. Critérios de exclusão	15
3.3.3. Seleção dos setores censitários	15
3.3.4. Seleção das mulheres em cada setor censitário	17
3.4. Variáveis	21
3.5. Instrumento para coleta de dados	25
3.6. Coleta de dados	27
3.6.1. Treinamento e seleção das entrevistadoras	27
3.6.2. Trabalho de campo	29
3.6.3. Controle de qualidade	32
3.7. Processamento dos dados	33
3.8. Análise dos dados	34
3.9. Aspectos Éticos	37
4. Resultados	39
4.1. Aspectos sociodemográficos	39
4.2. Idade de ocorrência da menopausa	41
4.3. Fatores associados à idade de ocorrência da menopausa	44
4.4. Fatores associados à transição climatérica	47
4.5. Prevalência de sintomas climatéricos	50
4.6. Inter-relação dos sintomas climatéricos	56
4.7. Motivo e fatores associados à procura por serviço médico	58
4.8. Autopercepção do estado de saúde e fatores associados	64
5. Discussão	68
6. Conclusões	98
7. Summary	100
8. Referências Bibliográficas	102
9. Bibliografia de Normatizações	121

VOLUME II

Anexo 1	1
EXEMPLO DO MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO	
Anexo 2	2
FICHA DE ITINERÁRIO	
Anexo 3	3
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ITINERÁRIO	
Anexo 4	5
Check List	
Anexo 5	6
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO ORAL	
Anexo 6	7
QUESTIONÁRIO	
Anexo 7	30
PROGRAMA DE TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS E SUPERVISORAS	
Anexo 8	33
MANUAL DA ENTREVISTADORA	
Anexo 9	61
MANUAL DA SUPERVISORA	

1. Introdução

Apesar da menopausa ter surgido na espécie humana há aproximadamente 2,5 milhões de anos (DONALDSON, 1994), só nas últimas décadas vem recebendo um significado muito maior do que simplesmente a perda da capacidade de reprodução. Tanto a comunidade médica como a população em geral questionam se a menopausa representa uma mudança fisiológica ou patológica; e a resposta para esta questão seguramente é relevante, pois a longevidade humana em países industrializados tem se tornado evidente no século XX (KESTLOOT, YUAN, JOOSSENS, 1988; FRIES & CRAPO, 1990)

A menopausa é definida como a última menstruação e o climatério como o período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva. O climatério é caracterizado por mudanças endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas através do declínio da fertilidade e mudanças clínicas conseqüentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981).

Relatos sobre a menopausa, como a parada da menstruação já foram descritos desde os tempos de Aristoteles (384-322 a.C.), e até nos dias atuais o climatério é um dos tópicos mais relevantes da literatura científica (UTIAN, 1997).

BORNER¹, 1887, expressou seu ponto de vista em uma afirmação quase tão atual como nos dias de hoje: "O climatério, ou a assim chamada, mudança da vida, representa um dos tópicos mais interessantes oferecidos ao médico, e especialmente ao ginecologista, na prática de sua profissão. Os fenômenos que ocorrem neste período são diversos e muito variáveis, o que oferece a quem os observa uma vasta experiência e aprendizado de como estimá-los. O climatério está entre os limites da fisiologia e da patologia neste campo da Medicina".

Aproximadamente 100 anos se passaram e o estreito limite entre a fisiologia e a patologia ainda não está totalmente esclarecido a este respeito. Diversos autores têm sugerido que a síndrome climatérica é uma entidade clínica distinta com sintomas somáticos, psicológicos e sociais (BRENNER, 1988; LOCK, 1991). Assim considerando, quanto desta síndrome pode ser atribuída a mudanças do status hormonal; ao aumento da idade biológica (processo de envelhecimento) e ao significado social e cultural da menopausa? Estas questões merecem destaque na literatura internacional atual.

¹ BORNER, 1887 apud UTIAN, W. H.- Menopause- a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*, 26: 73-82, 1997.

De um lado, tem sido proposto que a grande proporção de condições associadas ao período de climatério podem ser amplamente atribuídas à deficiência estrogênica e potencialmente remediáveis com a terapia de reposição hormonal (TRH). Estas condições incluem os sintomas agudos como as ondas de calor, sudorese noturna e nervosismo, como também as doenças crônicas como a osteoporose e as doenças cardiovasculares (ANDREWS, 1995; THACKER, 1997).

Por outro lado, o aumento da prevalência de diversas intercorrências associadas ao climatério, podem refletir o envelhecimento biológico ou estarem relacionadas ao contexto sociocultural no qual a mulher vive (LOCK, KAUFERT, GILBERT, 1988; LOCK, 1991).

Outro aspecto de grande importância é a atitude da mulher em relação ao climatério. Segundo a visão popular e de muitos especialistas, a menopausa ou a denominada "mudança da vida" representa um marco fisiológico, psicológico e cultural. A menopausa significa o final da vida reprodutiva e em sociedades ocidentais, dentro das quais inclui-se o Brasil, a sexualidade e a reprodução são consideradas como evidência de sucesso e realização pessoal (HARDY, ALVES, OSIS, 1992). Assim sendo, a menopausa é um importante marcador biológico do processo de envelhecimento, e em culturas onde a beleza e a juventude são valorizadas, a menopausa é vista como um evento negativo. Pesquisadores psicanalíticos referem-se à menopausa como um evento crítico na vida da mulher de meia-idade e um desafio a uma nova adaptação e aquisição de autoconfiança. Até mesmo a comunidade médica em

geral vê a menopausa, freqüentemente, como uma doença de deficiência hormonal e como um evento negativo (OLIVEIRA, 1992).

De acordo com estas percepções sobre a menopausa, este evento fisiológico é realmente visto como uma síndrome (McKINLAY & JEFFERYS, 1974) e até como uma doença (McCREA, 1983). Assim, mulheres que passam pela transição climatérica experimentam uma sensação de arrependimento, sinais de depressão clínica, um quadro variável de sintomas, e se tornam grandes usuárias de serviços médicos consumindo uma parte desproporcional dos recursos (AVIS & McKINLAY, 1991a; 1991b). Esta caracterização é reforçada também pela propaganda farmacêutica em jornais médicos (PRATHER & FIDELL, 1975; CHAPMAN, 1979) com imagens de mulheres tristes, abatidas e envelhecidas usadas em cursos de educação médica (HOWEL, 1974; LOCK, 1985), onde geralmente a mulher climatérica assume um estereótipo negativo.

Sabe-se que a atitude e o bem-estar estão intimamente relacionados à atenção médica recebida. Entretanto, pouco é conhecido desta associação em relação à mulher climatérica. Os médicos deveriam conhecer claramente as crenças e expectativas de suas pacientes em relação aos fatores que determinam a sua saúde e seu interesse no tratamento. A falta de conhecimento das atitudes das pacientes também pode resultar em insatisfação das mesmas com a consulta médica (GROENEVELD et al., 1993). Isto pode gerar a falta de aderência aos tratamentos e seguimento médico. Por outro lado, alguns estudos relatam que a maioria das mulheres tem uma atitude neutra ou positiva em

relação à menopausa (LEIBLUM & SWARTZMAN, 1986). Também estes estudos apenas relatam a realidade de países desenvolvidos, onde o nível de informação sobre o climatério difere muito da realidade de países em desenvolvimento.

Além disto, a atitude parece ser positivamente ligada ao estado menopausal da mulher: a opinião em relação à menopausa tende a ser mais positiva com a evolução da pré, peri e pós-menopausa (AVIS & MCKINLAY, 1991a). Conhecendo a atitude da mulher em relação ao climatério pode se tornar mais clara a relutância da mesma em usar a terapia de reposição hormonal, apesar de estudos demonstrarem que o tratamento hormonal reduz a incidência de osteoporose e de doenças cardiovasculares e, acima de tudo, melhora a qualidade de vida (FERGUSON, HOEGH, JOHNSON, 1989).

O Brasil tem hoje uma população de 160 milhões de habitantes e 56% são mulheres. A expectativa de vida feminina tem aumentado principalmente nos últimos 40 anos, passando de 45 anos em 1940 a 68 anos na atualidade, mostrando um incremento de 50% em apenas 45 anos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). As estimativas são que este aumento continue durante o século XXI. Este fato exige uma maior atenção dos serviços de saúde, no sentido de estarem preparados para atender, em todos os seus aspectos, às necessidades de saúde geradas por essa mudança de padrão demográfico.

Existe consenso que a atenção integral à saúde da mulher pressupõe a assistência a todas as fases de sua vida. O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer uma atenção

crescente da sociedade, pois a expectativa de vida adulta após a menopausa é atualmente equivalente em tempo ao período de vida reprodutiva.

O período etário aceito em que a mulher poderá experimentar os sintomas associados ao climatério é a partir dos 40 anos (SUKWATANA et al., 1991). Aproximadamente 12% da população do Estado de São Paulo é constituída de mulheres de 40 anos ou mais; isto significa que 4.252.745 mulheres paulistas ou 117.679 mulheres em Campinas (IBGE, 1994), estão sob o risco de experimentarem a sintomatologia e os efeitos decorrentes da deficiência estrogênica. Portanto, torna-se necessário determinar se a síndrome climatérica constitui um problema para estas mulheres.

Os sintomas associados ao período de climatério já estão bem documentados em outros países e atingem cerca de 60% a 80% das mulheres, sendo que estes podem ocorrer mesmo antes da parada fisiológica dos ciclos menstruais (VAN KEEP, GREENBLATT, ALBEAUX-FERNET, 1976; BUNGAY, VESSEY, McPHERSON, 1980; STUDD & WHITEHEAD, 1988; SPEROFF, GLASS, KASE, 1989).

Cabe lembrar que a associação da menopausa com sintomas já foi descrita há mais de 200 anos. LEAKE², 1777, tentou explicar a parada do fluxo menstrual através de mecanismos físicos e relatou sua associação com atrofia

² LEAKE, 1777 apud UTIAN, W. H.- Menopause- a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*, 26: 73-82, 1997.

vaginal e com sintomas urinários. Foi um médico inglês (TILT³, 1857), em um dos primeiros livros sobre a menopausa, que observou que a mulher durante a "mudança da vida" é freqüentemente acometida com câncer, reumatismo e em alguns casos por uma "afecção nervosa bem localizada".

Porém, somente nas últimas décadas há referências da universalidade dos sintomas climatéricos, apesar dos mesmos sofrerem influências das características sociodemográficas, como a raça (WILBUR et al, 1998). A transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais, psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também conseqüências para saúde a longo prazo. Nestas circunstâncias, a menopausa representa um sinal cronológico importante no ciclo da vida e um evento fisiológico a ser considerado sob uma perspectiva médica.

Uma outra questão ainda não estudada em mulheres brasileiras é a média etária na menopausa, sendo que em estudos brasileiros a idade à menopausa foi calculada apenas em mulheres que freqüentam serviços médicos e, portanto, considerados não representativos da população geral. A análise dos fatores associados a idade de ocorrência da menopausa tem diversas

³ TILT, 1857 apud UTIAN, W. H.- Menopause- a modern perspective from a controversial history. **Maturitas**, 26: 73-82, 1997.

implicações clínicas e epidemiológicas. Primeiro, a menopausa tardia tem sido associada com baixo risco de osteoporose (LINQUIST, BENGTSSON, HANSSON, 1979), de doenças cardiovasculares (JOHANSSON, VEDIN, WILHELMSSON, 1983; LA VECCHIA et al., 1987) e com alta freqüência de câncer de mama (KELSEY, 1979; NEGRI, LA VECCHIA, BRUZZI, 1988), ovário (PARAZZINI et al., 1989) e endométrio (PARAZZINI et al., 1991). Além disto, pacientes na faixa etária dos 40 anos, freqüentemente, querem saber quando se tornaram menopausadas, que características podem predispor a uma menopausa mais precoce, e se as circunstâncias ou estilo de vida fazem alguma diferença nesta período (BROMBERGER et al., 1997).

Recentemente, vários relatos têm mostrado que o tabagismo (JICK, PORTER, MORRISON, 1977; KAUFMAN et al., 1980; WILLETT, STAMPFER, BAIN, 1983; BRAMBILLA & McKINLAY, 1989; KHAW, 1992), baixo nível socioeconômico (STANFORD et al., 1987) e baixo peso ponderal (SHERMAN, et al., 1981; KHAW, 1992) estão associados à menopausa precoce. Os fatores que reduzem os ciclos ovulatórios durante o período reprodutivo, como a paridade, uso de contraceptivos hormonais e ciclos anovulatórios têm tendência a postergar a idade em que ocorre a última menstruação (WHELAN et al., 1990). Portanto, o conhecimento dos fatores relacionados à idade à menopausa pode fornecer dados para interpretação destas associações e pode, em princípio, sugerir medidas preventivas. Além disto, os potenciais fatores determinantes da idade à menopausa podem diferir em populações

com características diferentes, influenciando sua idade de ocorrência (PARAZZINI, NEGRI, LA VECCHIA, 1992).

Existem poucos dados sobre essas questões em populações latino-americanas, que diferem em estilo de vida e hábitos reprodutivos de populações de países desenvolvidos. Acredita-se que conhecendo melhor a média etária na menopausa, a prevalência de sintomas climatéricos, características sociodemográficas e reprodutivas e procura por atenção médica para o climatério, os serviços e os profissionais de saúde terão condições de estar melhores capacitados para responder às necessidades dessas mulheres, quer através da orientação adequada, quer através do apoio psicológico, quer através das alternativas diagnósticas e terapêuticas indicadas em diferentes situações.

As informações oriundas deste estudo poderão servir como um estímulo aos provedores de saúde para dirigir recursos na área de informação às mulheres e formação de serviços para assistência ao climatério, dirigido para a realidade da mulher brasileira, na tentativa de corresponder as suas expectativas e necessidades. Sem dúvida, este tema é de grande interesse também em nível nacional, porém não foi encontrado nenhum estudo similar indexado, publicado, em população brasileira ou sul-americana.

Acredita-se que este fato justifique a realização deste estudo, pois o Brasil é um país em desenvolvimento, que busca não só uma identidade sociocultural, mas sobretudo, uma identidade racial e intelectual. Deste modo, não se deve continuar utilizando dados obtidos de estudos realizados em

populações extremamente distintas, principalmente em tema que envolve muitos aspectos socioculturais como o climatério.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliação dos aspectos sociodemográficos, socioculturais, socioeconômicos e características clínicas de mulheres climatéricas, residentes no Município de Campinas.

2.2. Objetivos Específicos

1. Descrever as principais características sociodemográficas da população estudada.
2. Conhecer a média etária de ocorrência da menopausa natural e a proporção de mulheres na pós-menopausa, de acordo com a idade.
3. Determinar os fatores associados à idade de ocorrência da menopausa.
4. Determinar os fatores associados à transição climatérica.

5. Conhecer a prevalência dos sintomas climatéricos, urogenitais e sexuais, segundo o estado menopausal.
6. Conhecer a inter-relação dos sintomas climatéricos.
7. Identificar as causas e os fatores que levam a mulher climatérica a procurar ou não serviço médico.
8. Conhecer a abordagem terapêutica adotada para o período climatérico.
9. Conhecer a autopercepção das mulheres climatéricas em relação ao estado de saúde, identificando os fatores associados.

3. Casuística e Métodos

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar.

3.2. Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia geral do climatério de 60% (HOLTE, 1992; HUNTER, 1992; VON MÜHLEN, KRITZ-SILVESTEIN, BARRETT-CONNOR, 1995), com uma diferença máxima desejada entre a proporção amostral e populacional de 5%, e um erro tipo I (alfa) de 0,05. Desse modo, estipulou-se o total de 367 mulheres para constituir a amostra.

O tamanho da população-alvo (N) que foi considerado para este cálculo foi a população feminina de Campinas, na faixa etária entre 45 a 60 anos no ano de 1997. Este dado foi obtido por uma projeção através de regressão linear da população, baseada no número de mulheres de 45 a 60 anos residentes no

Município de Campinas no último Censo Demográfico (IBGE,1994), e com projeção de população estimada para o ano de 1997, sendo este total de 79.727. Tal procedimento foi realizado pelo Laboratório Aplicado de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), utilizando-se a regressão linear da população, baseando-se em método descrito por LAURENTI et al., 1987.

Desta forma, o número mínimo calculado de entrevistas foi de 367 mulheres, mas foi acrescido de 20%, resultando em um total de 450 entrevistas. Este acréscimo se justifica porque mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais ou em terapia de reposição hormonal serão excluídas da análise da prevalência de sintomas climatéricos, visto que estas medicações poderiam mascará-los.

3.3. Seleção dos sujeitos

As mulheres que participaram do estudo foram selecionadas por entrevistadoras através de entrevista domiciliar realizada em 82 setores censitários da cidade de Campinas.

3.3.1. Critérios de inclusão

- ? Mulheres entre 45 a 60 anos de idade residentes em Campinas
- ? Ser brasileira nata.

3.3.2. Critérios de exclusão

- ? A recusa explícita ou a incapacidade da mulher em participar do estudo e qualquer fator que impedisse a entrevista (por exemplo: doença, compromissos, incompatibilidade de horários, etc.).

3.3.3. Seleção dos setores censitários

Para este estudo, cuja seleção dos sujeitos foi por conglomerados, a unidade de referência foi um setor censitário, conforme definido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1994): a menor unidade de amostragem, geralmente composta por vários quarteirões, e outras vezes por uma favela. Os setores censitários do IBGE são numerados e seus limites geográficos estão claramente definidos. Estudaram-se 82 setores que foram sorteados entre todos os setores censitários de Campinas, cujo número total é de 845.

A classificação dos setores foi feita com base no banco de dados do Censo de 1991 para o Município de Campinas. O referido banco de dados foi adquirido junto à agência do IBGE em São Paulo e consta de dois disquetes acompanhados de um manual com o nome das variáveis.

Depois de listados todos os setores censitários, sortearam-se aproximadamente 120 deles. Apesar de estarem previstos inicialmente 80 setores para serem estudados, um número maior foi sorteado porque seria possível que em alguns deles não houvesse o número necessário de mulheres a serem selecionadas. Passo a passo, esta etapa deu-se da seguinte forma:

- a) Listaram-se todos os setores censitários de Campinas;
- b) sortearam-se, primeiramente, 80 setores (para o sorteio utilizou-se uma tabela de números aleatórios, gerada com distribuição uniforme com semente 123456789);
- c) anotou-se na frente do número de cada setor sorteado, o número de mulheres com idade entre 45 a 60 anos ali residentes;
- d) verificou-se se havia, no mínimo, 42 mulheres com idade entre 45 a 60 anos em cada setor (número mínimo estimado para que fossem selecionadas as seis mulheres previstas por setor). Este número foi baseado em pesquisa com metodologia semelhante e recentemente realizada pelo Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP);
- e) para cada setor em que não houvesse o número mínimo de mulheres na faixa etária em estudo, sorteou-se mais um, entre os setores limítrofes ao primeiro. O número deste novo setor sorteado foi anotado na frente daquele que poderia ser substituído ou complementado;
- f) caso em algum dos 80 setores inicialmente sorteados, com o número mínimo de 42 mulheres na faixa etária em estudo, tenham sido selecionadas menos de seis mulheres, as entrevistadas faltantes foram procuradas em um dos setores vizinhos ao inicialmente percorrido. Quando se constatou esse problema no campo, para escolher um novo setor, foi feito um sorteio entre os setores limítrofes;
- g) qualquer um dos 80 setores escolhidos no primeiro sorteio só foi substituído se, depois de visitado, não se conseguiu selecionar nenhuma mulher nele;

- h) para cada setor sorteado preparou-se um mapa que permitisse à entrevistadora encontrá-lo no campo e locomover-se nele (Exemplo: ANEXO 1).

3.3.4. Seleção das mulheres em cada setor censitário

A seleção das mulheres para o estudo em cada setor censitário, envolveu três etapas:

- a) O percurso que foi seguido dentro de cada setor, o qual se chamou de itinerário.*

A entrevistadora utilizou uma ficha de Itinerário (ANEXO 2) para organizar e registrar seu percurso dentro de cada setor. Ao término do trabalho em cada setor, essa ficha era entregue à supervisora. Nela foram identificados e anotados todos os endereços encontrados no percurso (casas, lojas, postos de gasolina, terrenos baldios, etc.). Cada mulher elegível (com 45 a 60 anos de idade), moradora de um destes endereços, tinha uma linha na ficha de itinerário onde eram anotados os dados. Os detalhes para o preenchimento da ficha de itinerário estão especificados no ANEXO 3.

- b) A identificação das mulheres elegíveis para o estudo, o qual se chamou de listagem das mulheres, antes da seleção propriamente dita.*

As entrevistadoras iniciavam a seleção das mulheres a partir de uma esquina da rua-limite com uma rua que entrava no setor. Todas as esquinas dos setores sorteados, compostas por uma rua que cruzava com as ruas-limite foram incluídas em um sorteio, para decidir em que ponto do setor a entrevistadora iniciaria seu trabalho. Inicialmente as mulheres deveriam ser

selecionadas nas ruas que faziam o limite de cada setor e não nas ruas internas, que entravam no setor. Estas ruas eram percorridas somente depois que se esgotassem o trabalho nas ruas-limite.

Para fazer uma seleção aleatória das mulheres que participaram do estudo, também adotou-se o procedimento de não se procurar mulheres elegíveis em todas as casas de cada setor. Adotou-se um intervalo de seis endereços entre as casas em que as entrevistadoras deveriam obter informações sobre as mulheres residentes, ou seja, a partir do primeiro endereço em que se procurava identificar mulheres elegíveis para o estudo, a entrevistadora deveria abordar, na seqüência, a sétima casa, depois a décima terceira, depois a vigésima, e assim por diante (KISH, 1972).

No campo, após localizar seu setor, a entrevistadora iniciava seu itinerário estando na esquina sorteada de uma das ruas que delimitam o setor (ruas-limite) com uma rua que entra nele, olhando de frente para o setor. Ela iniciava o percurso andando pelo lado direito e procurava mulheres para selecionar nas residências do lado esquerdo da rua-limite.

Desta forma a entrevistadora percorria todo o limite do setor. Após completar a volta, se não tivesse conseguido o número de entrevistas desejado, entrava no setor pela rua que foi o ponto inicial do seu percurso e seguia em frente andando pela calçada do seu lado esquerdo. Se precisasse virar, fazia-o sempre à direita, na medida do possível. Se chegasse a um ponto em que não era mais possível seguir à direita (por exemplo, se virasse à direita retornaria à

rua-limite), iria para a esquerda. Evitou-se ao máximo obter informações dos dois lados da mesma rua, no interior do setor. Entretanto, se depois de percorridas todas as ruas do setor pela calçada do lado esquerdo, a entrevistadora ainda não tivesse conseguido o número de entrevistas desejado, ela refazia o percurso pelo lado direito da rua, a partir da casa da última mulher listada.

No caso de encontrar um cortiço, prédio, beco ou vila, a entrevistadora entrava e obtia as informações para cada endereço (moradia, apartamento ou casa). Ao anotar na ficha, cada moradia era considerada um endereço.

No caso das favelas, as entrevistadoras obtiveram suas entrevistas percorrendo-as pelos limites externos, iniciando em qualquer ponto e andando para o lado direito, até conseguir o número desejado. Se, após fazer o percurso, não conseguisse completar o número de entrevistas desejado, então a entrevistadora entrava no interior da favela a partir do ponto onde tinha iniciado o seu percurso.

Às vezes a favela é formada por apenas uma rua e, neste caso, a entrevistadora começava por uma das extremidades, olhando de frente para a favela e andando para o lado direito.

c) Seleção das mulheres.

Em cada um dos setores selecionaram-se no mínimo, uma e no máximo seis mulheres. A primeira coisa que a entrevistadora fazia, quando encontrava

uma mulher elegível para o estudo, era pedir autorização para aplicar o *check-list* (ANEXO 4). Atribuía um *check-list* para cada mulher elegível, mesmo que ela não estivesse em casa naquele momento, reservando-o para a ocasião em que fosse possível falar com aquela mulher e aplicá-lo pessoalmente. Quando havia mulheres elegíveis que não estavam em casa naquele momento, a entrevistadora indagava a outros moradores sobre a melhor forma de contactá-las. Por exemplo, a entrevistadora obtinha um número de telefone através do qual pudesse falar com a mulher para que o *check-list* fosse realizado, mesmo que por telefone.

Sempre que uma mulher elegível ou selecionada não estivesse em casa, a entrevistadora retornava à casa dela, ou tentava fazer outro contato, pelo menos três vezes, em dias e horários diferentes. Quando a entrevistadora não conseguia realizar o *check-list* e/ou a entrevista, a mulher em questão era considerada como “perdida” e a entrevistadora selecionava outra mulher através de um *check-list* já realizado.

Quando havia mulheres às quais não se pudesse aplicar o *check-list* e/ou o questionário por qualquer razão, como por exemplo ter um impedimento insuperável, ou seja, problemas mentais ou estar internada, ou então recusa em responder ou estar viajando (desde que não retornasse durante o período de trabalho de campo), essa informação foi devidamente registrada na Ficha de Itinerário, na coluna OBSERVAÇÕES.

Para todas as mulheres selecionadas, a entrevistadora lia o Termo de Consentimento Pós-Informação Oral (ANEXO 5) antes de entrevistá-la, se ela aceitasse participar. Quando não era possível realizar a entrevista na mesma hora, ela era marcada para outra data, horário e local. Nenhuma entrevista foi realizada por telefone.

3.4. Variáveis

- ? *Idade* - idade em anos completos quando foi entrevistada.
- ? *Idade à menarca* - idade em que ocorreu a primeira menstruação.
- ? *Idade à menopausa* - idade em que ocorreu a última menstruação, seguida por um período mínimo de 12 meses de amenorréia.
- ? *Altura* - referida pela mulher e indicada em centímetros.
- ? *Peso* - referido pela mulher e indicada em quilogramas.
- ? *Cor* - classificada pela própria mulher em branca, parda, mulata, preta, oriental ou indígena. Para a análise de regressão, esta variável foi dicotomizada em cor branca e não-branca.
- ? *Tabagismo*, definido como:
 - ? Tabagista - fumante atualmente ou se parou de fumar há um ano ou menos, não importando o número de cigarros por dia
 - ? Ex-tabagista - se parou de fumar há mais de um ano
 - ? Nunca fumou

? *Índice de massa corpórea* - quociente obtido do valor do peso e da medida da altura ao quadrado (peso/altura²). Foi considerada, segundo classificação proposta por KOLPEMAN, 1994:

? . Não obesa: índice de massa corpórea inferior a 30kg/m²

? . Obesa: índice de massa corpórea igual ou superior a 30kg/m²

? *Estado marital* - definido pela própria mulher como solteira, casada, amasiada, separada, divorciada ou viúva. Para a análise de regressão, esta variável foi dicotomizada em mulheres com companheiro e sem companheiro.

? *Paridade* - número de partos na época da entrevista.

? *Nível educacional* - número de anos completos de escolaridade formal na época da entrevista e classificado em:

? analfabetismo

? primário básico (1 a 4 anos)

? primário (5 a 8 anos)

? secundário (9 a 11 anos)

? universitário (> 11 anos)

Esta variável foi dicotomizada em escolaridade até quarta série ou superior a quarta série.

? *Emprego* - Jornada de trabalho na época da entrevista e definido como: horário integral (40 horas/semana); horário parcial (20 horas ou menos/semana); nenhum. Dicotomizada em mulheres com ou sem emprego.

? *Classe socioeconômica* - utilizaram-se os critérios da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e da Associação Brasileira dos Institutos de

Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Classificado segundo a pontuação de ALMEIDA & WIKERHAUSER (1991), em:

- ? Classe A: = 89 pontos ou mais
- ? Classe B = 59-88 pontos
- ? Classe C = 35-58 pontos
- ? Classe D = 20-34 pontos
- ? Classe E = 0-19 pontos

O questionário utilizado para obtenção desta pontuação é padronizado pela ABA/ABIPEME (Seção 5 do ANEXO 6).

? *Estado menopausal* - foi utilizada a definição de JASZMANN (1973):

- ? Pré-Menopausa - mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que elas tiveram durante a vida reprodutiva.
- ? Perimenopausa - Mulheres com ciclos menstruais nos últimos 12 meses, mas com mudança do padrão menstrual quando comparado aos padrões anteriores.
- ? Pós-Menopausa - mulheres em que o último período menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses antes da entrevista.

? *Critérios para classificação do estado menopausal* em mulheres histerectomizadas:

- ? Pré-menopausa - mulheres com idade atual entre 45 a 48 anos e que tinham padrão menstrual regular antes da histerectomia.
- ? Perimenopausa - mulheres com idade atual entre 45 a 48 anos e que tinham padrão menstrual irregular antes da histerectomia.

- ? Pós-menopausa - mulheres com idade superior a 48 anos (mediana da idade à menopausa) ou mulheres submetidas à histerectomia com ooforectomia bilateral.
- ? *Sintomas vasomotores* - as pacientes foram questionadas a respeito da existência e da freqüência de sintomas como ondas de calor, sudorese, palpitação e tontura, nas quatro semanas anteriores ao estudo e as respostas pré-codificadas foram "nunca"; "menos que três vezes no dia"; "de três a dez vezes ao dia"; e "onze ou mais vezes ao dia". Utilizou-se a pontuação proposta pela Sociedade Internacional de Menopausa (BOULET et al., 1994).
- ? *Sintomas psicológicos* - as pacientes foram questionadas a respeito da existência e freqüência de sintomas como nervosismo, irritabilidade, cefaléia, depressão e insônia nas quatro semanas anteriores ao estudo. As respostas pré-codificadas foram "nunca"; "menos que três dias ao mês"; "de quatro a dez dias ao mês" e "onze ou mais dias ao mês". Utilizou-se a pontuação proposta pela Sociedade Internacional de Menopausa (BOULET et al., 1994).
- ? *Sintomas urológicos* - a questão sobre incontinência urinária incluiu perda de urina quando tosse, ri ou carrega peso e se este sintoma apareceu no período de três anos anteriores ao estudo. Casos de incontinência urinária que iniciaram há mais de três anos antes do estudo, após parto ou cirurgia ginecológica, não foram considerados, por serem irrelevantes aos objetivos do estudo.
- ? *Sintomas genitais* - realizaram-se perguntas somente a respeito de dispareunia e secura vaginal, considerando apenas a presença destes sintomas nos 12 meses anteriores ao estudo. Outros casos como início precoce e existência prévia não foram considerados.

- ? *Queixas sexuais* - realizaram-se perguntas a respeito da diminuição do interesse sexual, aumento ou diminuição da frequência sexual, sentimento de não se sentir atraente e outras queixas sexuais (pergunta aberta) ocorridas há menos de um ano da entrevista.
- ? *Autopercepção do estado de saúde* - classificado pela própria mulher em excelente, boa, regular ou péssima.
- ? *Consulta médica* - procura por serviço médico devido a queixas relacionadas ao climatério como irregularidade menstrual, sintomas vasomotores, psicológicos, urogenitais e queixas sexuais. Dicotomizada em usuária e não-usuária de serviço médico.
- ? *Uso de terapia de reposição hormonal* - uso de terapia hormonal para o climatério, excluindo uso de hormônios utilizados para anticoncepção.
- ? *Tipo de menopausa* - classificada em natural e cirúrgica.

3.5. Instrumento para coleta de dados

Um questionário estruturado e pré-testado foi utilizado para obter as informações de interesse para o estudo. Todas as variáveis basearam-se no auto-relatório das mulheres. O questionário continha questões fechadas. O questionário utilizado para este estudo foi elaborado a partir de dois questionários e adaptados pelos autores e por vários membros do Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do CEMICAMP. O primeiro questionário foi fornecido pela Sociedade Internacional de Menopausa e Fundação Internacional de Saúde e foi aplicado em sete países do Sudeste Asiático em 1993 (BOULET et al., 1994). O segundo questionário foi fornecido pela Sociedade Norte-

Americana de Menopausa e foi aplicado nos Estados Unidos (UTIAN & SCHIFF, 1994). Para minimizar problemas que são geralmente encontrados com tradução, e também pelo fato de algumas palavras não terem tradução equivalente em português, o questionário foi inicialmente traduzido para o português pelo pesquisador e então traduzido novamente para o inglês por outra pessoa, com a finalidade de checar a acuracidade da versão traduzida.

Após a adaptação do questionário, realizou-se o pré-teste com pacientes do Ambulatório de Menopausa e do Ambulatório de Planejamento Familiar do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP, e com outras mulheres da população em geral, contactadas por assistentes de pesquisa, e que se dispuseram a responder ao questionário. A dinâmica de trabalho consistiu em aplicar cinco questionários, avaliar o resultado em termos de facilidade de entendimento por parte das respondentes e fluxo; fazer as modificações necessárias e voltar a pré-testar, reiniciando o processo. A etapa de pré-teste foi realizada por cinco vezes até que se considerou que o questionário estava em sua versão definitiva (ANEXO 6). Os questionários aplicados no pré-teste e o registro das modificações feitas em cada etapa foram arquivados.

O questionário foi estruturado para a realização de um amplo estudo de base populacional sobre o climatério. O mesmo foi organizado em cinco seções que enfocaram perguntas relativas a:

Seção 1: Aspectos sociodemográficos, sexuais e reprodutivos

Seção 2: Atitude frente à menopausa

Seção 3: Estado menopausal e sintomas

Seção 4: Conhecimento sobre a Menopausa

Seção 5: Classificação do status socioeconômico

Neste estudo foram utilizados apenas os dados referentes às seções 1, 3 e 5 do questionário.

3.6. Coleta de dados

3.6.1. Treinamento e seleção das entrevistadoras

Para o trabalho de campo, uma equipe de quatro mulheres serviu como entrevistadoras e uma como supervisora. O recrutamento das entrevistadoras foi feito através de anúncio publicado em um jornal de Campinas (“Correio Popular”).

O anúncio incluiu informações sobre o objetivo do projeto, treinamento, trabalho de campo, formas de pagamento e os requisitos que a candidata deveria preencher para a realização do estudo. Os requisitos incluíram: ser do sexo feminino, possuir segundo grau completo ou educação superior, e estar disponível para o trabalho em período integral durante o treinamento e até o término da coleta de dados.

Apresentaram-se 155 candidatas que preencheram um formulário com dados pessoais, incluindo possível experiência anterior em trabalho semelhante, e que passaram por uma entrevista individual. Após o período de inscrição, selecionaram-se 12 candidatas para o treinamento, no qual as seguintes características foram consideradas: idade, experiência prévia em trabalho de

campo, escrita legível e razões pelas quais as candidatas estavam interessadas no trabalho.

As candidatas receberam 32 horas de treinamento, com aulas teóricas e práticas, incluindo realização de entrevistas simuladas e reais (ANEXO 7). As aulas abrangeram técnicas de entrevista e coleta de dados, a metodologia proposta para seleção das mulheres, a dinâmica de trabalho de campo e o conteúdo do questionário, provendo-se instrução para a aplicação de cada pergunta especificamente. Durante o treinamento enfatizou-se os aspectos éticos envolvidos na abordagem das mulheres. As candidatas também receberam informações genéricas sobre a pesquisa, tendo sido ministrada uma aula sobre climatério e menopausa.

A parte relativa à amostragem foi praticada em dois setores do Distrito de Barão Geraldo, com características semelhantes às dos setores que foram incluídos no estudo.

Ao final do treinamento, as participantes foram analisadas com base no seu desempenho durante o processo de treinamento teórico e prático, freqüência e pontualidade e do resultado de uma prova, com aplicação de um questionário e testes de Inteligência Emocional (COOPER, 1997). Quatro entrevistadoras e uma supervisora foram selecionadas. A supervisora foi escolhida de acordo com o seu desempenho na avaliação escrita, suas qualidades de liderança, que foram percebidas durante o treinamento, e também com o interesse demonstrado em realizar o trabalho. A supervisora

recebeu um dia de treinamento adicional, direcionado para suas funções específicas: entrega e recebimento de mapas e material de coleta de dados, revisão dos questionários preenchidos, controle do trabalho de campo que incluiu a verificação de que a mulher entrevistada foi selecionada corretamente.

3.6.2. Trabalho de campo

O trabalho de campo das entrevistadoras foi conduzido em duas etapas: aplicação do *check-list* e do questionário para as mulheres elegíveis da amostra, conforme já descrito na Seção 3.3.

Em cada casa a entrevistadora explicava o objetivo da visita e preenchia um *check-list* para cada mulher de 45 a 60 anos. As mulheres que preenchessem os critérios de inclusão eram convidadas a participar do estudo. O objetivo da pesquisa era explicado novamente e seu consentimento oral obtido. Elas eram informadas de que poderiam se recusar a participar, interromper a entrevista a qualquer momento e que suas respostas eram confidenciais.

A supervisora coordenava o trabalho de campo e relatava ao investigador principal a coleta de dados. As responsabilidades da supervisora foram:

- a) Distribuir os setores selecionados entre as entrevistadoras, como também distribuir os mapas, questionários e a lista de itinerário.
- b) Revisão diária com a equipe para avaliar o processo do trabalho de campo, recolher os questionários e as listas de itinerário.

- c) Resolver e relatar ao investigador principal qualquer problema encontrado durante o trabalho de campo.
- d) Rever os questionários preenchidos e verificar se estavam adequada e completamente preenchidos.
- e) Realizar a checagem e a monitorização dos questionários incompletos ou incorretos e retorná-los para que fossem preenchidos novamente.
- f) Checar se os procedimentos foram realizados segundo o consentimento e de forma confidencial.
- g) Relatar, diariamente ou em dias alternados, ao investigador principal e discutir os progressos do estudo, retornar os questionários preenchidos e receber material para distribuir à equipe de campo.

Para verificar o controle de qualidade da pesquisa e para dar supervisão de campo, a supervisora realizou visitas agendadas ao campo e acompanhou as entrevistadoras durante o seu trabalho de campo, incluindo aplicação de entrevistas.

Foram preparados dois manuais que continham instruções gerais para conduzir a pesquisa e instruções específicas para administração dos questionários. Os manuais também continham as respostas pré-codificadas.

O manual da entrevistadora (ANEXO 8) foi preparado para orientar o trabalho das entrevistadoras, desde o processo de amostragem e seleção das mulheres até a aplicação e revisão dos questionários. Seu conteúdo incluiu também uma breve apresentação da pesquisa. O manual começou a ser usado

no treinamento das entrevistadoras e foi sempre enfatizado como o primeiro recurso da equipe quando surgisse qualquer dúvida durante o trabalho de campo.

O manual da supervisora (ANEXO 9) continha instruções específicas para o trabalho da supervisora, com orientações sobre a correção dos questionários, organização do trabalho de campo, acompanhamento individual do trabalho de cada entrevistadora e controle de qualidade a ser realizado periodicamente, com repetição do itinerário percorrido, de entrevistas, ou parte delas.

Os dados foram coletados através de entrevistas individuais em domicílio. A coleta de dados foi iniciada em 14 de outubro de 1997 e encerrada em 15 de janeiro de 1998, totalizando 73 dias de trabalho de campo.

No total foram listados 12.238 endereços, dos quais 2.805 foram sorteados e abordados, sendo que destes 1.771 eram residenciais e 1.034 não-residenciais. Em 57% (1.008/1.771) dos endereços residenciais sabia-se que não moravam mulheres na faixa etária estudada.

Em 11% (192/1.771) dos endereços residenciais sorteados, as entrevistadoras não puderam saber se havia moradoras elegíveis para o estudo, ou porque os moradores se recusavam a informar ou porque, em suas visitas, nunca encontravam alguém que pudesse informá-las.

Em 9% (51/571) das mulheres elegíveis, a entrevista não foi realizada pela dificuldade de se conseguir uma ocasião apropriada para a entrevista.

De modo geral, a receptividade das mulheres abordadas foi boa, manifestando interesse em responder as perguntas. A proporção de recusas foi de 11,2% (64/571).

Para cada mulher entrevistada foram visitados 3,8 domicílios residenciais (456/1771), sendo que na maior parte deles as mulheres residentes estavam fora da faixa etária fixada para o estudo.

3.6.3. Controle de qualidade

As seguintes atividades e estratégias foram realizadas para assegurar a qualidade dos dados:

- a) Treinamento das entrevistadoras e supervisora.
- b) Preparação e uso do manual de instrução para as entrevistadoras.
- c) Supervisão e monitorização da coleta de dados pelo supervisor e pesquisador principal.
- d) Checagem durante as entrevistas de campo pela supervisora e pesquisador principal.
- e) Checagem do preenchimento completo e fidedignidade da entrevista.
- f) Repetição da aplicação de seções do questionário pela supervisora.

Qualquer questão levantada pela equipe sobre os dados foi relatada e discutida com a supervisora, que manteve contato semanal com o pesquisador. Um relatório foi realizado de todas as questões levantadas e como elas foram resolvidas. A supervisora e as entrevistadoras faziam correções imediatas e

sugestões para o trabalho de campo. Quando necessário, as entrevistadoras voltavam às casas e verificavam respostas duvidosas.

As atividades de controle de qualidade apontaram que o trabalho das entrevistadoras foi satisfatório, não havendo dúvidas sobre a integridade com que foi feita a coleta de dados, incluindo a fidelidade aos procedimentos metodológicos estabelecidos. No total foram feitos 63 controles de qualidade.

Os questionários para controle de qualidade continham uma capa diferenciada onde havia espaço próprio para observações feitas pela mulher entrevistada sobre a aplicação do questionário: se lhe foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se ela se sentiu à vontade para dar as respostas ou para se recusar a responder.

3.7. Processamento dos dados

Os questionários, preenchidos em campo, foram revisados e arquivados em ordem numérica. A entrada das respostas foi realizada duas vezes, por digitadores diferentes, para detectar e corrigir erros. Os dados foram inseridos em um microcomputador, utilizando-se o *programa Statistical Package For Social Sciences Data Entry* (SPSS-PC-DE). Após digitação, os dados foram submetidos a um programa que detecta erros de consistência, para a limpeza do arquivo. Se algum erro de consistência fosse observado, era realizado a verificação manual dos questionários pela pesquisadora.

3.8. Análise dos dados

Para a análise dos dados utilizou-se o pacote *Statistical Package For Social Sciences* para *Personal Computer* (SPSS-PC). Inicialmente elaboraram-se tabelas descritivas, utilizando-se frequência, média e desvio-padrão. Para análise dos dados, em tabelas de contingência, foi utilizado o teste Qui-Quadrado (ARMITAGE, 1974). O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

A média etária na menopausa foi calculada para as mulheres que já haviam passado pelo evento, ou seja, mulheres na pós-menopausa (com amenorréia há mais de 12 meses) e destas foram excluídas as mulheres submetidas à histerectomia, com ou sem ooforectomia, e mulheres submetidas à ooforectomia bilateral.

Utilizou-se curva de sobrevivência pelo método de Tabela de Vida para estimar a taxa acumulada de mulheres na menopausa natural de acordo com a idade (LEE, 1980).

A análise de regressão linear múltipla foi realizada para determinar fatores associados à idade à menopausa (DRAPER & SMITH, 1981). Os fatores que foram explorados nesta análise foram: cor, paridade, número de abortamentos, idade à menarca, índice de massa corpórea, estado marital, escolaridade, emprego, antecedente de contraceptivos hormonais, não-hormonais e laqueadura, tabagismo e classe social.

Uma análise de regressão logística múltipla (HOSMER & LEMESHOW, 1989) foi feita para determinar que características podem predizer a transição climatérica, sendo considerada como uma variável binária (pós-menopausa: sim/não). Os fatores que foram explorados nesta análise foram: idade atual, cor, paridade, idade à menarca, índice de massa corpórea, escolaridade, emprego, tabagismo, classe social, estado marital, e antecedente de uso de contraceptivos hormonais, não hormonais e laqueadura.

Como o objetivo deste estudo foi analisar o climatério natural, mulheres usando contraceptivo hormonal ou terapia de reposição hormonal foram excluídas da análise de prevalência de sintomas, porque estas medicações poderiam mascarar os sintomas climatéricos.

A fim de analisar a prevalência dos sintomas climatéricos, estes foram inicialmente classificados em existente ou não-existentes. Para obter mais enfoque na intensidade de sintomas foi adotado o índice circulatório que expressa valores médios para a freqüência de cada um dos sintomas vasomotores (ondas de calor, sudorese, palpitação, tontura) sofridos pelas mulheres da amostra. Este índice é obtido por simples adição dos escores das freqüências indicadas pela mulheres (cada sintoma varia de 1, "nunca" a 4, "11 vezes ou mais por dia"). O índice psicológico foi utilizado de forma "similar com base nas queixas psicológicas (nervosismo, irritabilidade, cefaléia, depressão e insônia) também com escore variando de 1 a 4. Estes índices são padronizados e utilizados pela Sociedade Internacional de Menopausa/ Fundação Internacional de Saúde (BOULET et al., 1994). As diferenças entre as médias destes índices

para os três grupos de estado menopausal foram avaliados pela análise de variância de Kruskal-Wallis (SIEGEL, 1956).

A análise estatística de componentes principais foi utilizada para avaliar a extensão em que os sintomas climatéricos experimentados estão inter-relacionados. Para o objetivo de examinar as inter-relações entre os sintomas de maneira exploratória, como neste estudo, a análise de componentes principais é uma técnica apropriada que não requer qualquer suposição particular sobre a distribuição das variáveis. Nesta análise, um conjunto de variáveis é transformado em um novo conjunto de variáveis compostas ou componentes principais que não são correlacionados entre si, usando a informação contida na matriz de correlação (JOHNSON & WICHERN, 1982).

Neste estudo, esta análise das correlações entre os fatores foi feita em apresentação gráfica. Elas serão apresentadas de modo que a distância entre as variáveis no gráfico representem sua inter-relação, isto é, quanto maior a distância entre as variáveis, menor a inter-relação entre elas, e vice-versa.

O coeficiente de Cramer ϕ foi calculado para analisar qual sintoma climatérico experimentado foi o mais intimamente relacionado à procura de serviço médico (BISHOP, FIENBERG, HOLLAND, 1975).

Uma análise de regressão logística múltipla (HOSMER & LEMESHOW, 1989) foi feita para determinar que características associaram-se à procura de serviço médico para as queixas climatéricas. Os fatores considerados nesta análise foram: idade atual, estado menopausal, cor, paridade, índice de massa

corpórea, escolaridade, emprego, tabagismo, classe social, estado marital, uso de terapia de reposição hormonal, índice circulatório e psicológico, tipo de menopausa (natural ou cirúrgica), autoclassificação do estado de saúde.

Realizou-se análise de regressão logística múltipla (HOSMER & LEMESHOW, 1989) para determinar que características associaram-se a autopercepção negativa do estado de saúde. Os fatores considerados foram: idade atual, estado menopausal, cor, escolaridade, emprego, classe social, estado marital, uso de terapia de reposição hormonal, índice circulatório e psicológico, consulta médica.

3.9. Aspectos Éticos

Foi redigido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, explicitadas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), apresentada no ANEXO 5. Este Termo era lido para cada mulher identificada como possível participante do estudo, quando convidada a participar.

Foi dito às participantes que o objetivo do estudo era analisar algumas características da menopausa em mulheres brasileiras, como a idade, sintomas climatéricos e a atitude e percepção em relação à menopausa.

Também foram feitos esclarecimentos de que as mulheres poderiam se recusar a participar do estudo, parar a entrevista a qualquer momento, não

responder a alguma pergunta do questionário e que os dados obtidos seriam sigilosos.

A pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção programada com as mulheres. Todas as identificações foram removidas imediatamente e o risco para as mulheres participantes foi mínimo. Para as participantes do estudo não foi solicitado assinar um formulário de consentimento informado. Somente consentimento oral foi necessário.

Para garantir que o processo fosse consistente e conduzido de acordo com o protocolo, conceitos éticos e um protocolo de consentimento informado fizeram parte do treinamento das entrevistadoras.

Durante o treinamento enfatizou-se para as entrevistadoras que elas deveriam manter uma atitude discreta, evitar qualquer comentário público com alguém que não fizesse parte do projeto, em relação ao conteúdo das entrevistas.

4. Resultados

4.1. Aspectos sociodemográficos

A distribuição etária foi semelhante nas três categorias de faixas etárias. A maioria das mulheres foi branca e de baixo nível educacional, sendo que aproximadamente 70% referiu escolaridade de no máximo quatro anos. A grande maioria vivia com companheiro e não possuía emprego remunerado. A religião predominante foi a católica. Aproximadamente dois terços da população estudada pertenciam às classes socioeconômicas C e D (Tabela 1).

A procedência das mulheres foi predominantemente da região Sudeste, sendo que deste total, 64,4% procediam do Estado de São Paulo. Cerca de 17,5% sempre moraram em Campinas (Tabela 2).

TABELA 1**PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA (n=456)**

Características	n	%
Distribuição etária		
45 - 49	172	37,6
50 - 54	144	31,6
55 - 60	140	30,8
Cor		
Branca	257	56,4
Negra/parda	125	27,4
Outras	74	16,2
Nível educacional		
Analfabetismo	72	15,7
Primário básico	243	53,7
Primário	81	17,7
Secundário	43	9,3
Universitário	17	3,6
Estado marital		
Solteira	28	6,2
Casada/amasiada	322	70,6
Separada/divorciada	52	11,4
Viúva	54	11,8
Emprego		
Período integral	126	27,6
Período parcial	38	8,3
Nenhum	292	64,1
Religião		
Católica	324	71,1
Evangélica	82	18,0
Outras	50	10,9
Classe Social		
Classe A	3	0,7
Classe B	88	19,3
Classe C	184	40,1
Classe D	139	30,5
Classe E	42	9,2

TABELA 2**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA PROCEDÊNCIA, SEGUNDO AS REGIÕES DO BRASIL (n=456)**

Procedência	n	%
Sudeste	369	80,9
Sul	48	10,5
Norte-Nordeste	32	7,0
Centro-Oeste	7	1,6

4.2. Idade de ocorrência da menopausa

Para a análise da idade da ocorrência da menopausa natural, consideraram-se apenas as mulheres na pós-menopausa (n=259) e, destas, excluíram-se ainda as mulheres com menopausa cirúrgica (5,6%): mulheres que se submeteram à histerectomia, com ou sem ooforectomia bilateral (n=56), e as mulheres submetidas à ooforectomia bilateral (n=4).

A idade mínima de ocorrência da menopausa natural foi de 28 anos e a máxima de 58 anos, sendo a média etária de 47,5 anos (DP=4,91). Aproximadamente 5,5% das mulheres apresentaram menopausa precoce (abaixo de 40 anos) e 2% apresentaram menopausa tardia (acima de 55 anos). A média etária de ocorrência da menopausa natural foi de 48,4 anos (DP = 3,9), quando se excluíram as mulheres que tiveram menopausa abaixo de 40 anos (Figura 1).

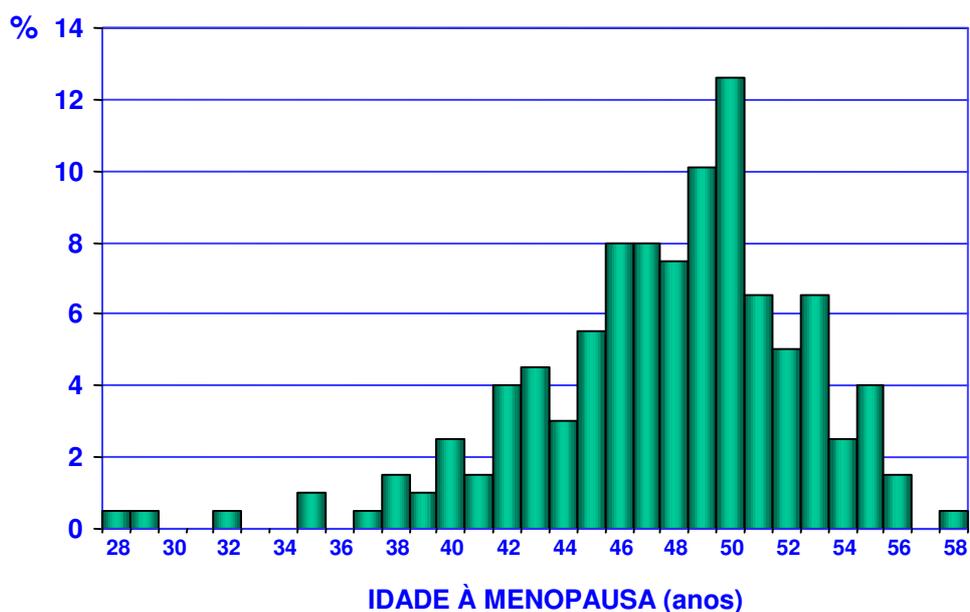


Figura 1. Distribuição percentual das mulheres segundo idade de ocorrência da menopausa natural (n 198)*. * Uma mulher com idade ignorada à menopausa.

O tempo decorrido desde a menopausa variou de um a 30 anos, com média de 7,2 anos (DP=?5,0). Aproximadamente 70% das mulheres tiveram tempo médio decorrido da menopausa de oito anos ou menos (Figura 2).

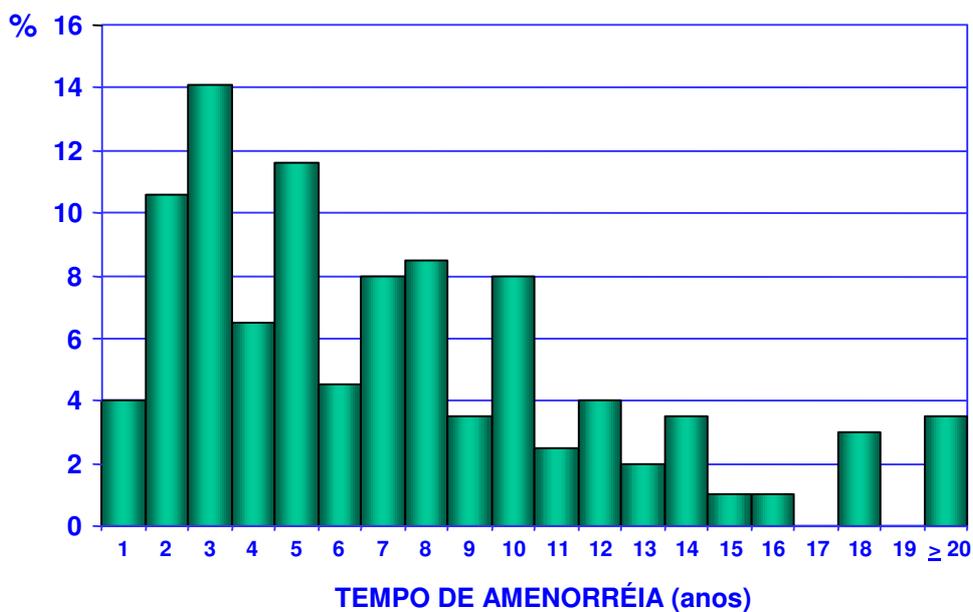


Figura 2. Distribuição percentual segundo o tempo de amenorréia em mulheres na pós-menopausa (n=198)

Aproximadamente 60% das mulheres de até 51 anos já estão na pós-menopausa (Figura 3).

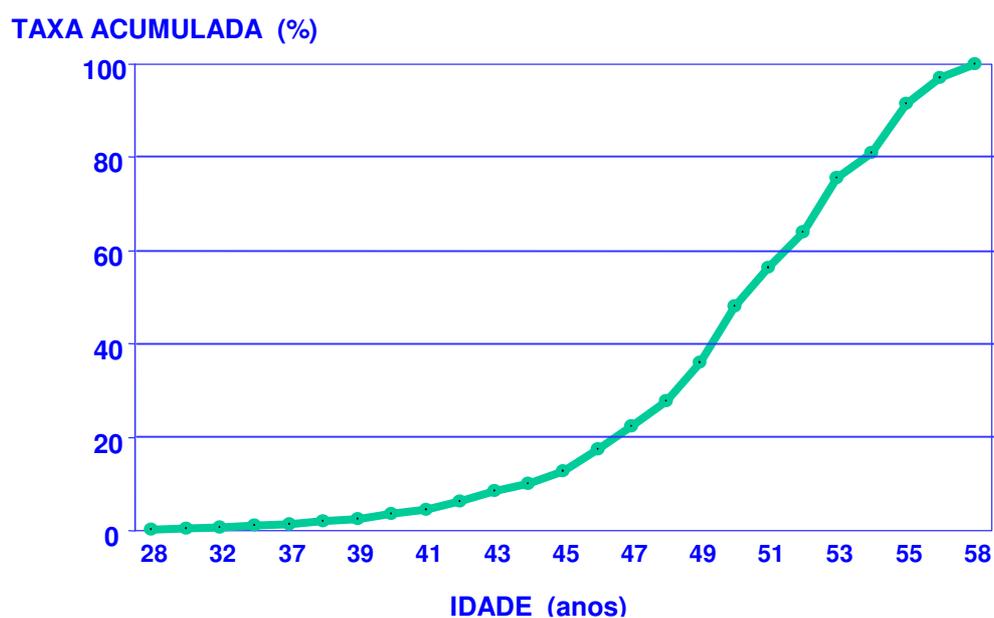


Figura 3. Taxas acumuladas das mulheres com menopausa natural segundo a idade (n=455).
*Método de Tabela de Vida

4.3. Fatores associados à idade de ocorrência da menopausa

Não houve associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e a média etária de ocorrência da menopausa, porém esta foi cerca de 1,3 anos mais precoce em mulheres que fumam, comparada com as que nunca fumaram (Tabela 3).

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO IDADE À MENOPAUSA E
CARACTERÍSTICAS DE TABAGISMO (n=198)

Variável	Idade à Menopausa#		n	p*	Média etária	DP
	≤ 48	> 48				
Hábito de Fumar				0,60		
Fuma atualmente	57,1	42,9	42		46,6	5,7
Fumou no passado	46,9	53,1	32		48,2	4,4
Nunca fumou	49,2	50,8	124		47,9	4,7
Nº de cigarros/dia que fuma ou fumava				0,80		
0	49,2	50,8	124		47,9	4,7
1-9	48,3	51,7	29		48,3	4,6
? 10	54,5	45,5	44		46,7	5,5
Tempo que fuma/fumou (anos)				0,35		
0	49,2	50,8	126		47,9	4,8
1-15	43,3	56,7	30		48,5	3,6
> 15	59,5	40,5	42		46,5	5,9
n	100	98				

* Qui-Quadrado de Pearson

Corte pela mediana

Não houve associação entre as variáveis sociodemográficas, como a cor, escolaridade, emprego, classe social e estado marital com a idade da ocorrência da menopausa (Tabela 4).

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO IDADE À MENOPAUSA E
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (n=198)

Variável	Idade à Menopausa#		n	p*	Média etária	DP
	? 48	> 48				
Cor				0,54		
Branca	50,9	49,1	114		47,8	4,6
Parda, mulata, preta	44,4	55,6	45		48,0	5,1
Outra	56,4	43,6	39		47,0	5,5
Escolaridade				0,22		
Analfabetismo	43,3	56,7	30		48,5	4,7
1ª - 4ª série	47,5	52,5	120		48,0	4,8
> 4ª série	60,9	39,1	46		46,5	5,2
Emprego				0,96		
Período integral	50,0	50,0	52		47,6	4,6
Período parcial	54,5	45,5	11		45,7	6,8
Nenhum	50,4	49,6	135		47,9	4,9
Classe social				0,67£		
Classes A, B	45,2	54,8	31		48,3	4,0
Classes C,D,E	51,2	48,8	166		47,6	5,1
Estado marital				1,00£		
Sem companheiro	50,8	49,2	63		47,1	5,7
Com companheiro	50,4	49,6	135		48,0	4,5
n	100	98				

* Qui-Quadrado de Pearson

£ Qui-Quadrado de Yates

Corte pela mediana

Mulheres com índice de massa corpórea maior que 30kg/m² apresentaram média etária na menopausa cerca de 2,5 anos mais tardiamente que as mulheres com índice de massa corpórea menor que 30kg/m² (Tabela 5).

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO IDADE À MENOPAUSA E
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS E ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA (n=198)

Variável	Idade à Menopausa#		n	p£	Média etária	DP
	? 48	> 48				
Idade à menarca (anos)				0,07*		
Até 11	58,3	41,7	48		47,2	5,6
12-14	44,3	55,7	122		48,1	4,5
> 14	64,3	35,7	28		46,6	5,3
Paridade				0,06		
Até 3	57,4	42,6	101		46,7	5,6
> 3	43,3	56,7	97		48,7	3,9
Nº de abortos				0,21		
0	46,9	53,3	128		48,3	4,5
? 1	57,3	42,9	70		46,6	5,4
Ant. uso de MAC hormonal				0,89		
Não	49,5	50,5	91		47,5	5,3
Sim	51,4	48,6	107		47,8	4,6
Ant. de laqueadura				0,88		
Não	49,5	50,5	97		47,6	5,4
Sim	41,5	48,5	101		47,7	4,5
Ant. uso de MAC não-hormonal				0,55		
Não	53,8	46,2	91		47,1	5,3
Sim	48,6	51,4	105		48,1	4,5
Índice de Massa Corpórea (kg/m²)				0,01		
? 30,00	56,3	43,7	142		47,0	4,9
> 30,00	35,7	64,3	56		49,5	4,4
n	100	98				

* Qui-Quadrado de Pearson

£ Qui-Quadrado de Yates

Corte pela mediana

Através da análise de regressão linear múltipla, identificaram-se dois fatores associados diretamente à idade de ocorrência da menopausa: índice de massa corpórea maior que 30kg/m² e paridade maior que três filhos (Tabela 6).

TABELA 6
VARIÁVEIS ASSOCIADAS À IDADE À MENOPAUSA ATRAVÉS DA ANÁLISE DE
REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA (n= 193)*

Variável**	Coef.	EP coef.	p***
Paridade (> 3)	2,070	0,679	0,003
Índice Massa Corpórea (> 30kg/m ²)	2,270	0,751	0,003
Constante	46,076	0,510	< 0,001

* Mulheres na pós-menopausa, excluídas mulheres com menopausa cirúrgica. Seis mulheres com variáveis ignoradas.

** Fatores considerados: tabagismo, cor, escolaridade, emprego, classe social, estado marital, idade à menarca, paridade, número de abortamentos, antecedente de uso de MAC hormonal, não-hormonal e laqueadura, índice de massa corpórea

*** Regressão Linear Múltipla

4.4. Fatores associados à transição climatérica

Como era de se esperar, a maioria das mulheres na pré-menopausa pertencia à faixa etária inferior quando comparada às mulheres na peri e pós-menopausa (Tabela 7).

TABELA 7**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL POR IDADE RELACIONADA AO ESTADO MENOPAUSAL (n=456)**

Grupo etário (anos)	Estado menopausal		
	Pré	Peri	Pós
45-49	78,6	56,3	13,2
50-54	18,8	41,3	34,5
55-60	2,6	2,5	52,3
Total (%)	117 (25,8)	80 (17,6)	259 (56,6)

p=0,001 (Qui-Quadrado de Pearson)

Analisando-se as variáveis sociodemográficas e reprodutivas em relação ao estado menopausal, observou-se que há uma proporção significativamente maior de mulheres na pós-menopausa com a idade mais avançada, obesidade, baixa escolaridade e, geralmente, sem antecedente de uso de método anticoncepcional hormonal oral e laqueadura tubária (Tabela 8).

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES, SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS (n=381)*

Características	Estado menopausal			P**	n
	Pré	Peri	Pós		
Cor				0,67	
Branca	29,9	16,8	53,3		214
Não branca	28,7	20,4	50,9		167
Paridade				0,63	
? 3	31,5	18,0	50,5		200
> 3	27,1	18,8	54,1		181
IMC				0,03	
? 30	32,5	18,5	49,0		292
> 30	19,1	18,0	62,9		89
Escolaridade				< 0,01	
? 4 ^a	25,6	16,8	57,6		262
> 4 ^a	38,5	22,2	39,3		117
Emprego				0,18	
Sim	35,1	17,9	47,0		134
Não	26,3	18,6	55,1		247
Tabagismo				0,57	
Fuma/fumou	26,1	18,7	55,2		134
Nunca fumou	31,2	18,2	50,6		247
Classe social				0,12	
A, B	39,7	14,7	45,6		68
C, D, E	27,2	19,2	53,5		312
Estado marital				0,26	
Com companheiro	31,9	17,8	50,4		270
Sem companheiro	23,4	19,8	56,8		111
Antecedentes de uso ACO				<0,01	
Sim	34,4	21,2	44,4		241
Não	20,7	13,6	65,7		140
Antecedente de uso AMPD				0,06	
Sim	45,8	25,0	29,2		24
Não	28,3	17,9	53,8		357
Antec. de laqueadura				0,02	
Sim	30,1	22,7	47,2		216
Não	28,5	12,7	58,8		165
Média etária à Menarca	12,81	12,87	12,78	0,90***	381
Média etária	47,73	49,38	54,50	0,01***	381
n	112	70	199		

* Excluídas 71 mulheres hysterectomizadas e 4 com ooforectomia bilateral

** Qui-Quadrado de Pearson

*** Análise de variância de Kruskal Wallis

A idade mais avançada e o tabagismo estiveram diretamente associados a transição climatérica, ou seja, associados ao estado de pós-menopausa (Tabela 9).

TABELA 9
FATORES ASSOCIADOS A TRANSIÇÃO CLIMATÉRICA ATRAVÉS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA (n=376)*

Variável **	Coef.	EP coef.	p***
Idade na entrevista	0,538	0,053	<0,001
Tabagismo (atual)	0,996	0,374	0,008
Constante	-27,733	2,735	< 0,001

* Excluídas 71 mulheres hysterectomizadas, 4 com ooforectomia bilateral e 5 mulheres com variáveis ignoradas

** Fatores considerados: cor, paridade, índice de massa corpórea, escolaridade, emprego, tabagismo, classe social, estado marital, antecedente de uso de ACO, AMPD, laqueadura tubária, idade à menarca e idade atual.

*** Regressão logística múltipla

4.5. Prevalência de sintomas climatéricos

A sintomatologia associada à síndrome do climatério foi altamente prevalente, sendo que cerca de 96,9% das mulheres experimentaram pelo menos um dos sintomas. Para a análise de prevalência destes sintomas, excluíram-se 88 mulheres em uso corrente de TRH (19,3%) e uma mulher em uso de ACO.

Dentre os sintomas vasomotores, os mais prevalentes foram os fogachos, a tontura e a sudorese. Os fogachos e a sudorese foram significativamente mais freqüentes em mulheres na peri e pós-menopausa (Tabela 10).

TABELA 10

PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS VASOMOTORES SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=367)*

Sintoma	Estado menopausal			p**	Total
	Pré	Peri	Pós		
Fogachos	50,5	77,9	77,8	<0,01	70,3
Tontura	54,5	61,8	61,1	0,49	59,4
Sudorese	46,5	57,4	66,2	< 0,01	59,1
Palpitação	42,6	52,9	53,5	0,18	50,4
Total (n)	101	68	198		367

* Excluídas 88 mulheres em uso de TRH e uma em uso de ACO

** Qui-Quadrado de Pearson

A intensidade dos sintomas vasomotores, medida através do índice circulatório, não mostrou diferença segundo o estado menopausal (Tabela 11).

TABELA 11

VALORES MÉDIOS DOS ESCORES REFERENTES A SINTOMAS VASOMOTORES, SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=367)*

Sintomas vasomotores	Estado menopausal			p**
	Pré (101)	Peri (68)	Pós (198)	
Fogachos	1,65 (0,84)	1,96 (0,90)	1,81 (0,91)	0,08
Sudorese	1,59 (0,87)	1,72 (0,90)	1,78 (0,93)	0,20
Palpitação	1,42 (0,70)	1,57 (0,78)	1,46 (0,72)	0,46
Tontura	1,60 (0,75)	1,60 (0,78)	1,48 (0,73)	0,20

* Excluídas 88 mulheres em uso de TRH e uma em uso de ACO

** Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

() Desvio-padrão

Dentre os sintomas psicológicos, os mais freqüentes foram o nervosismo, a cefaléia e irritabilidade. A prevalência dos sintomas psicológicos foi alta e semelhante nos três grupos, independente do estado menopausal, com exceção da insônia que foi significativamente mais freqüente nas mulheres peri e pós-menopausadas (Tabela 12).

TABELA 12
PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS PSICOLÓGICOS, SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=367)*

Sintoma	Estado menopausal			p**	Total
	Pré	Peri	Pós		
Nervosismo	79,2	89,7	80,3	0,16	81,7
Cefaléia	76,2	72,1	63,1	0,05	68,4
Irritabilidade	67,3	70,6	66,2	0,79	67,3
Depressão	55,4	67,6	57,6	0,24	58,9
Insônia	40,6	55,9	61,1	< 0,01	54,5
Total (n)	101	68	198		367

* Excluídas 88 mulheres em uso de TRH e uma em uso de ACO

** Qui-Quadrado de Pearson

A intensidade dos sintomas psicológicos, medida através do índice psicológico, também não mostrou diferença segundo o estado menopausal (Tabela 13).

TABELA 13

**VALORES MÉDIOS DOS ESCORES REFERENTES A SINTOMAS PSICOLÓGICOS,
SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=367)***

Sintomas psicológicos	Estado menopausal			p**
	Pré (101)	Peri (68)	Pós (198)	
Nervosismo	2,53 (1,15)	2,57 (1,18)	2,39 (1,23)	0,45
Irritabilidade	2,19 (1,14)	2,42 (1,32)	2,18 (1,25)	0,36
Cefaléia	2,10 (0,92)	2,00 (1,04)	1,93 (1,12)	0,14
Depressão	1,84 (1,04)	2,12 (1,23)	1,90 (1,16)	0,34
Insônia	1,72 (1,10)	1,94 (1,09)	1,97 (1,19)	0,17

* Excluídas 88 mulheres em uso de TRH e uma em uso de ACO

** Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis

() Desvio-padrão

O índice circulatório poderia variar entre 4 a 16. A Tabela 14 mostra que a freqüência (intensidade) dos sintomas vasomotores foi baixa. O escore mais alto observado foi de 6,85 em mulheres na perimenopausa. Também pode ser visto que a freqüência (intensidade) das queixas psicológicas foi igualmente baixa, uma vez que o índice psicológico poderia variar de 5 a 20. O índice psicológico mais alto foi observado em mulheres na perimenopausa, sendo de 10,99.

A intensidade dos sintomas vasomotores e psicológicos, calculada pelos índices circulatório e psicológico, não evidenciou diferença significativa de acordo com o estado menopausal, ou seja, uma vez presente o sintoma, a sua freqüência (intensidade) não se modificou de acordo com o estado menopausal (Tabela 14).

TABELA 14
VALORES MÉDIOS DOS “ÍNDICE CIRCULATORIO” E “ÍNDICE PSICOLÓGICO”, SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=367)

Índices	Estado menopausal			p**
	Pré	Peri	Pós	
Índice circulatório	6,26 (? 2,15)	6,85 (? 2,09)	6,54 (? 2,41)	0,22
Índice psicológico	10,35 (? 3,75)	10,99 (? 4,02)	10,36 (? 4,06)	0,52
Número total (n)	101	68	198	

* Excluídas 88 mulheres em uso de TRH e uma em uso de ACO

** Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis

() Desvio-padrão

Procurou-se avaliar apenas alguns sintomas urogenitais associados ao climatério e, portanto, incontinência urinária de início há mais de três anos e/ou decorrente de parto ou cirurgia ginecológica não foi considerada.

A prevalência de incontinência urinária relacionada ao período do climatério foi de aproximadamente 27,4%, sendo mais prevalente em mulheres na pré e perimenopausa. A queixa da dispareunia e secreta vaginal foi pouco freqüente, porém mais prevalente no período de pós-menopausa (Tabela 15).

TABELA 15
PREVALÊNCIA DOS SINTOMAS UROGENITAIS SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=456)

Sintomas Urogenitais	Estado menopausal			Total (%)	p*
	Pré	Peri	Pós		

Incontinência urinária	28,2	41,3	22,8	27,4	0,02
Dispareunia	0,8	1,2	2,3	1,8	NA**
Secura vaginal	-	1,2	1,5	1,1	NA**
n	117	80	259	456	

* Qui-Quadrado de Pearson

** Teste estatístico não aplicável

Em relação às queixas sexuais, a diminuição do interesse sexual foi a mais freqüente, e predominou na peri e pós-menopausa, porém sem significância estatística (Tabela 16).

TABELA 16

PREVALÊNCIA DAS QUEIXAS SEXUAIS, SEGUNDO ESTADO MENOPAUSAL (n=446)*

Queixas Sexuais	Estado menopausal			Total	p**
	Pré	Peri	Pós		
Diminuição do interesse sexual	18,4	26,0	22,7	22,2	0,44
Diminuição no nº de relações sexuais	3,5	-	2,4	2,2	NA***
Aumento no nº de relações sexuais	0,9	3,9	0,4	1,1	NA***
Outros	1,8	6,5	2,7	3,1	NA***
n	114	77	255	446	

* Excluíram-se 10 mulheres que nunca tiveram atividade sexual

** Qui-Quadrado de Pearson

*** Teste estatístico não aplicável

É importante ressaltar que 66,4% das mulheres estavam com vida sexual ativa. Das mulheres que não estavam em atividade sexual, a principal causa foi a falta de parceiro (63,4%) ou doença no parceiro (11,7%). A

dispareunia ou o medo de engravidar não foram causa de abstinência sexual e a frequência sexual média foi de seis relações sexuais por mês. Das mulheres com vida sexual ativa, cerca de 86,2% referiam ter relações sexuais orgásmicas.

4.6. Inter-relação dos sintomas climatéricos

Através da análise de componentes principais, considerando-se nove variáveis indicadoras de sintomatologia do climatério e incontinência urinária, extraíram-se três fatores. A correlação entre os vários sintomas da síndrome do climatério está representada graficamente (Figura 4).

Os três fatores identificados na análise de componentes principais explicam um total de 54,5% da variância observada. Analisando-se graficamente o componente 1 e 2, constatou-se que algumas queixas climatéricas são inter-relacionadas. O primeiro aglomerado inclui as ondas de calor e a sudorese (aglomerado vasomotor). O segundo aglomerado inclui depressão, nervosismo e irritabilidade (aglomerado psicológico). O terceiro aglomerado inclui tontura e palpitação (aglomerado atípico). Os demais sintomas estão a uma distância relativamente grande no gráfico, o que implica que eles parecem ser relativamente pouco inter-relacionados com os outros sintomas, como se verifica em relação à cefaléia e à incontinência urinária. A insônia inter-relaciona-se tanto ao aglomerado dos sintomas vasomotores como ao aglomerado dos sintomas psicológicos, porém, mais intimamente inter-relacionada ao aglomerado vasomotor.

A análise dos componentes 1 vs 3 e 2 vs 3 demonstrou a mesma inter-relação entre os sintomas com mudança apenas na sua distribuição espacial.

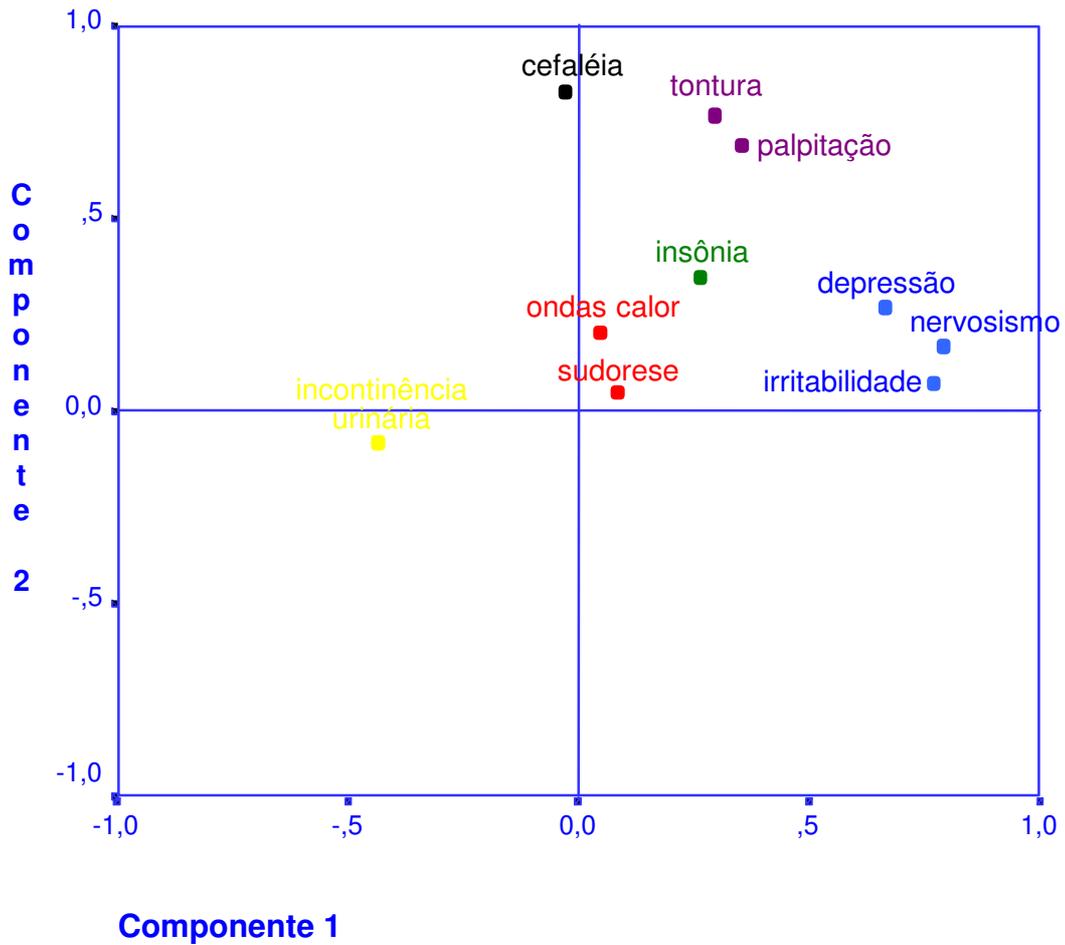


Figura 4. Análise de componentes principais da inter-relação dos sintomas climatéricos

4.7. Motivo e fatores associados à procura por serviço médico

Aproximadamente 80% das mulheres entrevistadas procuraram serviço médico para as queixas relacionadas ao climatério: irregularidade menstrual, sintomas climatéricos, urogenitais ou sexuais.

As principais razões para a procura de serviço médico foram: a irregularidade menstrual, seguida pela sintomatologia climatérica e pelos sintomas urogenitais. A maioria das pacientes com queixas de irregularidade menstrual e sintomas climatéricos foi medicada. A maioria das mulheres seguiu a prescrição recomendada, independentemente da razão que motivou a procura de serviço médico (Tabela 17).

TABELA 17
RAZÕES PARA PROCURA DE SERVIÇO MÉDICO E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA
(n=366)

Razões	Procura médica		Com prescrição		Seguiu prescrição	
	n	%	n	%	n	%
Irregularidade menstrual	261/344	75,9	171/261	65,5	160/171	93,5
Queixas climatéricas	280/442	63,3	237/280	84,6	231/237	97,5
Queixas urogenitais	68/125	54,4	8/68	11,8	8/8	100
Disfunção sexual	42/132	31,8	16/42	38,1	13/16	81,2

A terapia de reposição hormonal foi indicada para 40% das mulheres climatéricas e, destas, 50% estavam em uso atual.

As queixas de irregularidade menstrual foram, na maioria das vezes, medicadas com tratamento hormonal enquanto as queixas decorrentes da sintomatologia climatérica foram medicadas com tranqüilizantes, e em segundo lugar com terapia de reposição hormonal. Cerca de um quarto das mulheres com queixa de disfunção sexual foi medicada com terapia de reposição hormonal (Tabela 18).

TABELA 18
TIPO DE TRATAMENTO PRESCRITO DE ACORDO COM A
SINTOMATOLOGIA (n= 299)

Tratamento Prescrito	Sintomas			
	Irregularidade menstrual (171)	Sintomas climatéricos (237)	Queixas uro-genital (8)	Disfunção sexual (16)
Hormonal	53,2	19,0	-	25,0
Vitamina	1,7	2,1	-	12,5
Tranqüilizantes	1,2	28,3	-	-
Medicação Herbal	3,5	5,9	-	-
Anti-hipertensivo	1,2	14,3	-	-
Analgésico	1,2	8,0	-	-
Outros	8,2	24,9	-	37,5
Ignorado	34,5	14,3	100,0	31,2

* Mais de uma medicação por mulher

Dentre os sintomas climatéricos, os que mais se correlacionaram à procura de serviço médico foram as ondas de calor, palpitação e insônia (Tabela 19).

TABELA 19
COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE CRAMER ENTRE A QUEIXA CLIMATÉRICA E A
PROCURA PARA CONSULTA MÉDICA, NAS MULHERES QUE CONSULTARAM UM
MÉDICO (n=280)

Sintomas Climatéricos	Coefficiente de Cramer	p*
Ondas de calor	0,339	<0,01
Palpitação	0,338	<0,01
Insônia	0,271	<0,01
Tontura	0,268	<0,01
Cefaléia	0,262	<0,01
Depressão	0,239	<0,01
Nervosismo	0,138	0,02
Irritabilidade	0,088	0,14
Sudorese	0,067	0,26

* Qui-Quadrado de Pearson

Dentre as características sociodemográficas, observou-se que o nível socioeconômico mais elevado (classes A e B) e o estado marital correlacionaram-se diretamente a uma maior procura por serviço médico (Tabela 20).

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO A PROCURA DE
SERVIÇO SAÚDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (n=456)

	Serviço de Saúde		p*	n
	Usuárias (n=366)	Não-usuárias (n=90)		
Faixa etária			0,40**	
45 – 49	77,3	22,7		172
50 – 54	83,3	16,7		144
55 – 60	80,7	19,3		140
Escolaridade			0,77	
Até 4ª série	79,9	20,1		313
> 4ª série	81,6	18,4		141
Emprego			0,60	
Sim	78,7	21,3		164
Não	81,2	18,8		292
Classe Social			<0,01	
A, B	91,2	8,8		91
C, D, E	77,5	22,5		364
Cor			0,21	
Branca	82,5	17,5		257
Não-branca	77,4	22,6		199
Estado marital			0,03	
Sem companheiro	73,9	26,1		134
Com companheiro	82,9	17,1		322

* Qui-Quadrado de Yates

** Qui-Quadrado de Pearson

Mulheres na peri e pós-menopausa procuraram mais atenção médica, quando comparadas às mulheres na pré-menopausa. Cerca de 95% das mulheres com menopausa cirúrgica procuraram atenção médica, sendo esta procura maior quando comparada às mulheres com menopausa natural (Tabela 21).

Mulheres em uso atual ou progresso de TRH tiveram maior contato com serviços de saúde do que mulheres que nunca usaram TRH. A maior intensidade dos sintomas psicológicos no climatério correlacionou-se a uma maior procura por serviço médico; entretanto, a intensidade dos sintomas vasomotores não se

correlacionou a uma maior procura por serviço de saúde. A autoclassificação do estado de saúde não influenciou a procura por atenção médica (Tabela 21).

TABELA 21

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS, HÁBITOS DE VIDA E INTENSIDADE DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS DAS MULHERES SEGUNDO A PROCURA DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA A SÍNDROME DO CLIMATÉRIO (n=456)

Características	Serviço de saúde		p*	n
	Usuárias (n=366)	Não-usuárias (n=90)		
Paridade			0,21	
? 3	82,6	17,4		242
> 3	77,6	22,4		214
Estado menopausal			<0,01**	
Pré	70,1	29,9		117
Peri	82,5	17,5		80
Pós	84,2	15,8		259
Índice Massa Corpórea			1,00	
? 30kg/m ²	80,2	19,8		353
> 30 kg/m ²	80,6	19,4		103
Tabagismo			0,78	
Fuma/fumou	79,2	20,8		159
Nunca fumou	80,8	19,2		297
Autoclassificação Estado menopausal			0,11**	
Excelente	67,4	32,6		46
Boa	80,5	19,5		210
Não muito boa	82,7	17,3		173
Péssima	85,2	14,8		27
Uso de TRH			<0,01**	
Uso atual	96,6	3,4		88
Uso pregresso	96,4	3,6		84
Nunca usou	70,4	29,6		284
Menopausa			0,01	
Natural	80,9	19,1		199
Cirúrgica	95,0	5,0		60
Índice circulatório			0,48	
? 6	79,4	20,6		252
> 6	82,4	17,6		199
Índice psicológico			<0,01	
? 10	75,4	24,6		236
> 10	85,6	14,4		216

* Qui-Quadrado de Yates

** Qui-Quadrado de Pearson

Através da análise de regressão logística múltipla, identificou-se os fatores associados à procura médica: uso atual ou pregresso de TRH, estado marital e intensidade dos sintomas psicológicos (tabela 22).

Tabela 22
VARIÁVEIS ASSOCIADAS À PROCURA DE SERVIÇO MÉDICO PARA AS
QUEIXAS CLIMATÉRICAS, ATRAVÉS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO
LOGÍSTICA MÚLTIPLA (n=439)*

Variável **	Coef.	EP coef.	p***
Uso TRH	2,718	0,465	<0,01
Estado marital	0,768	0,187	<0,01
Índice psicológico	0,765	0,239	<0,01

* 17 mulheres com dados ignorados.

** Fatores considerados: idade atual, estado menopausal, escolaridade, cor, emprego, estado marital, classe social, uso de TRH, índices circulatório e psicológico, paridade, índice de massa corpórea, tabagismo, autoclassificação do estado de saúde, tipo de menopausa.

*** Regressão logística múltipla
 Constante não-significativa

A principal razão para a não-procura por serviço de saúde foi a questão dos sintomas não merecerem atenção médica. A maioria das mulheres com queixas de disfunção sexual não procurou atenção médica (Tabela 23).

TABELA 23
RAZÕES PARA NÃO PROCURAR SERVIÇO MÉDICO, DE ACORDO COM AS
QUEIXAS EXPERIMENTADAS

Queixas	Razões	%
Irregularidade menstrual (83/344)	Não merecia atenção médica	39,8
	Sintomas são naturais	26,5
	Não sentiu liberdade para falar	9,6
	Indisponibilidade de serviço médico	8,4
Queixas climatéricas (162/442)	Não merecia atenção médica	38,9
	Indisponibilidade de serviço médico	14,8
	Sintomas não incomodavam	14,2
	Sintomas são naturais	12,3
Queixas urogenitais (57/125)	Não merecia atenção médica	54,5
	Sintomas não incomodavam	15,1
	Não sentiu liberdade para falar	9,1
Disfunção sexual (90/132)	Não merecia atenção médica	38,9
	Não sentiu liberdade para falar	20,0
	Sintomas são naturais	18,9

4.8. Autopercepção do estado de saúde e fatores associados

Mais da metade das mulheres (56,2%) classificou seu estado de saúde como excelente ou bom (Figura 5).

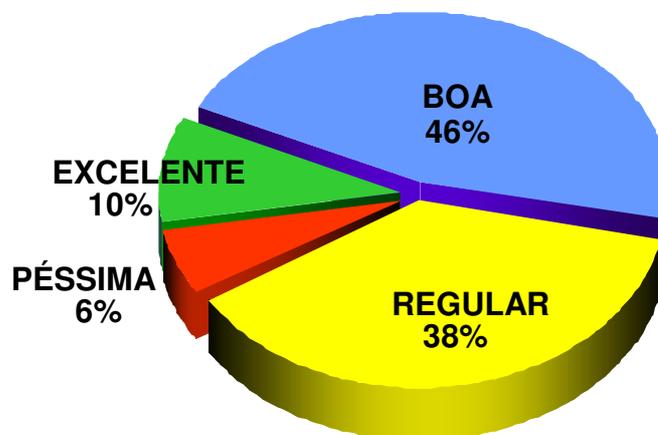


Figura 5. Distribuição percentual da autopercepção do estado de saúde (n=456)

A autopercepção do estado de saúde correlacionou-se positivamente com a classe social. Mulheres de classe social A e B classificaram sua saúde como excelente ou boa em aproximadamente 75% dos casos. A escolaridade maior de quatro anos correlacionou-se positivamente com a autopercepção do estado de saúde. Aproximadamente 73% das mulheres com alta escolaridade (> 4 anos) classificaram sua saúde como excelente ou boa (Tabela 24).

Outras características como a idade, estado menopausal, uso de serviço médico, uso de terapia de reposição hormonal, cor e estado marital não tiveram associação estatisticamente significativa com a autopercepção do estado de saúde (Tabela 24).

TABELA 24

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES SEGUNDO AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS (n=456)

Característica	Percepção do estado de saúde				p*	n
	Excelente	Boa	Regular	Péssim a		
Faixa Etária					0,93	
45 - 49	10,5	48,3	36,0	5,2		172
50 - 54	9,0	44,4	38,9	7,6		144
55 - 60	10,7	45,0	39,3	5,0		140
Estado Menopausal					0,15	
Pré	8,5	55,6	29,9	6,0		117
Peri	8,8	42,5	46,3	2,5		80
Pós	11,2	42,9	39,0	6,9		259
Escolaridade					<0,01	
Analfabeta	7,1	40,0	44,3	8,6		70
1 a 4ª	7,4	42,8	43,6	6,2		243
> 4ª	16,3	54,6	24,8	4,3		141
Cor					0,52	
Branca	10,9	49,4	36,4	5,1		257
Não-branca	9,0	43,0	41,0	7,0		199
Emprego					0,49	
Sim	10,3	49,4	35,4	4,9		164
Não	9,9	44,2	39,4	6,5		292
Estado Marital					0,26	
Com companheiro	8,4	47,5	38,5	5,6		322
Sem companheiro	14,2	42,5	36,6	6,7		134
Classe Social					<0,01	
A, B	16,5	58,2	23,1	2,2		91
C, D, E	8,2	43,1	41,8	6,9		364
Consulta Médica					0,21	
Sim	8,7	46,2	38,9	6,3		368
Não	15,9	45,5	34,1	4,5		88
TRH					0,54	
Uso atual	13,6	46,6	36,4	3,4		88
Passado	6,0	51,2	38,1	4,8		84
Nunca usou	10,2	44,4	38,4	7,0		284
n (%)	46 (10,1)	210 (46,1)	173 (37,9)	27 (5,9)		

* Qui-Quadrado de Pearson

A intensidade dos sintomas vasomotores e dos sintomas psicológicos associados à síndrome do climatério influenciou negativamente a autopercepção

do estado de saúde. Quanto maior a intensidade dos sintomas, pior foi a autopercepção do estado de saúde (Tabela 25).

TABELA 25
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DE ACORDO COM A INTENSIDADE DOS SINTOMAS CLIMATÉRICOS (n=438)*

Sintoma	Estado de saúde				p**
	Excelente	Bom	Regular	Péssimo	
Índice circulatório					<0,01
? 6	76,9	65,2	41,1	23,1	
> 6	23,1	34,8	58,9	76,9	
Índice psicológico					<0,01
? 10	65,8	63,2	37,6	15,4	
> 10	34,2	36,8	62,4	84,6	
n	39	204	169	26	

*14 mulheres assintomáticas e quatro com dados ignorados

**Qui-Quadrado de Pearson

Através da análise de regressão logística múltipla, os fatores associados à autopercepção negativa do estado de saúde foram o baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e a maior intensidade dos sintomas circulatório e psicológico (Tabela 26).

TABELA 26
VARIÁVEIS ASSOCIADAS À AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE, ATRAVÉS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA (n=439)*

Variáveis**	Coef	EP coef.	p***
Classe social (classe C,D, E)	0,789	0,302	0,009
Escolaridade (>4ª série)	-0,536	0,251	0,033
Índice circulatório (>6)	0,811	0,218	<0,001
Índice psicológico (>10)	0,984	0,218	<0,001
Constante	-1,588	0,329	<0,001

* 17 mulheres com dados ignorados

** Fatores considerados: idade atual, estado menopausal, escolaridade, cor, emprego, estado marital, classe social, consulta médica, uso de TRH, índices circulatório e psicológico.

*** Regressão logística múltipla

5. Discussão

Neste estudo observou-se que a média etária da ocorrência da menopausa natural foi de 47,5 anos (? 4,9) em mulheres brasileiras residentes em Campinas. A média etária à menopausa encontrada neste estudo foi inferior quando comparada à média etária à menopausa em mulheres de países industrializados do Ocidente, que é ao redor de 50 anos (McKINLAY, JEFFERYS, THOMPSON, 1972).

A idade de ocorrência da menopausa tem sido estudada intensamente em sociedades ocidentais. McKINLAY, et al. (1972), relataram uma média etária à menopausa em mulheres da Grã-Bretanha ao redor dos 50,2 anos. Na Holanda, esta média foi de 51,5 anos (BRAND & LEHERT, 1978). Nos Estados Unidos, ao redor de 51,1 anos (STANFORD et al., 1987; BROMBERGER et al., 1997; KATO et al., 1998). BENJAMIN (1960), estudando 1000 mulheres brancas na África do Sul, observou que a média etária à menopausa foi ao redor de 46,7 anos e em Gana esta média foi ao redor de 48 anos (KWAWUKUME, GHOSH, WILSON, 1993). CHOMPOOTWEEP et al. (1993), relataram a média etária de ocorrência da menopausa em mulheres tailandesas ao redor de 45

anos, e BOULET et al. (1994), em um estudo de corte transversal, realizado em sete países do Sudeste Asiático, revelaram que esta média era ao redor de 51,1 anos. Estudo populacional recente, realizado nos Emirados Árabes Unidos, revelou ser esta média ao redor dos 47,3 anos (RIZK et al., 1998).

No Brasil não há dados oriundos de estudos de base populacional, mas em estudos realizados com população hospitalar a média etária à menopausa foi ao redor dos 45,1 a 48,5 anos (FONSECA et al., 1985; HALBE et al., 1990; PINTO-NETO, et al., 1992; COSTA-PAIVA, et al., 1996; PEDRO et al., 1996; WANDERLEY et al., 1998; WEHBA et al., 1998). A média etária de ocorrência da menopausa nesses estudos realizados em populações hospitalares foi muito semelhante à média encontrada neste estudo de base populacional.

As causas das diferenças entre as idades de ocorrência da menopausa natural nos diversos países não são claras. Embora seja aceito que fatores socioeconômicos possam estar indiretamente envolvidos na idade de ocorrência da menopausa, quer através da educação, nutrição ou estado de saúde, neste estudo a média etária à menopausa foi semelhante nos diversos níveis socioeconômicos. Em geral, populações de baixo nível socioeconômico têm maior paridade quando comparadas às populações de maior renda e este fato pode se contrapor aos outros fatores, já que a paridade tem sido associada a uma menopausa mais tardia (SOBERON, CALDERON, GOLDZIEHER, 1966; McKINLAY et al., 1972).

Uma possível explicação para as diferenças relatadas nas distintas populações, é que entrevistas realizadas de forma retrospectiva geralmente subestimam a idade à menopausa (DEN TONKELAAR, 1997). A média também tende a subestimar a idade à menopausa; seria mais acurado usar a mediana; mais ainda, mesmo em estudos prospectivos não há uma concordância se a menopausa começa com o último episódio de sangramento, ou após a amenorréia estar presente por um ano (GINSBURG, 1991).

Apesar destas observações, a média etária de ocorrência da menopausa não mudou muito desde os relatos de Aristóteles e Hipócrates há quase 2.000 anos, onde o relato da idade da ocorrência da menopausa era por volta da década dos 40 anos. Autores medievais relataram que a parada da menstruação ocorria por volta dos 50 anos, muito próxima da média etária à menopausa da mulher do século XX (AMUNDSEN & DIERS, 1973), tanto nas mulheres brasileiras, como nas de países desenvolvidos do Ocidente.

Mas afinal, o que determina a idade da ocorrência da menopausa? Para os vários fatores que podem influenciar esta idade, as evidências epidemiológicas são pobres. Neste estudo contudo, encontramos que a paridade e o índice de massa corpórea estão diretamente associados a uma idade mais tardia à menopausa.

Segundo GINSBURG (1991), o fator mais importante para determinar a idade da ocorrência da menopausa é o número de folículos ovarianos. A célula germinativa primordial separa-se da célula somática em um estágio inicial da

embriogênese. Entre 1.000-2.000 migram para a crista gonadal, onde elas se multiplicam rapidamente, chegando a um máximo entre cinco e sete milhões de folículos ao redor do quinto mês de vida intra-uterina, quando esta multiplicação pára. A partir de então, há uma perda dos folículos primordiais do ovário fetal, até que ao nascimento, cada ovário contém cerca de um milhão de folículos (BAKER, 1963). Este número continua a diminuir após o nascimento, independentemente de qualquer ciclo hormonal ou do estado fisiológico da mulher, sendo que apenas 0,01% ovulam, e os demais degeneram. A depleção dos folículos ovarianos ocorre independentemente de fatores fisiológicos e ambientais, até a fase de perimenopausa. A fase da perda folicular acelerada e sua velocidade irão determinar a idade de ocorrência da menopausa. Parece ser a data da menopausa geneticamente “programada” para cada mulher (SNIEDER, MACGREGOR, SPECTOR, 1998), mas esta pode ser influenciada por alguns fatores, como a paridade, nutrição, raça e tabagismo, em até três anos (GINSBURG, 1991).

Alguns autores também observaram que a paridade está ligada à idade à menopausa: mulheres nulíparas têm menopausa mais precocemente, enquanto que o aumento da paridade correlaciona-se a uma menopausa mais tardia (McKINLAY et al., 1972; VAN KEEP, BRAND, LEHERT, 1979; STANFORD et al., 1987; WHELAN et al., 1990; KATO et al., 1998). Outros estudos, entretanto, não evidenciaram esta associação (BRAND & LEHERT, 1978; McKINLAY, BIFANO, McKINLAY, 1985).

Este fato sugere que condições que causam longos períodos de anovulação durante a vida reprodutiva, como a paridade (STANFORD et al., 1987; WHELAN et al., 1990; PARAZZINI et al., 1992), uso de contraceptivos orais (STANFORD et al., 1987) e padrão menstrual irregular (VAN KEEP et al., 1979) ou mesmo a menarca precoce (FRISCH, 1987), podem estar associados a um atraso na menopausa. Isto é interpretado de acordo com o conceito da exaustão dos folículos disponíveis ser a causa da menopausa, pois, segundo GINSBURG (1991), o fator mais importante para determinar a idade de ocorrência da menopausa é o número de folículos ovarianos.

A obesidade é associada a um excesso de produção de estrógenos endógenos, tanto na pré como na pós-menopausa, e tem sido associada a um padrão menstrual aberrante e anovulatório (HARTZ et al., 1979). SHERMAN et al., (1981) evidenciaram que mulheres que foram obesas até aos 18 anos de idade tinham uma menopausa mais tardia do que as mulheres que só desenvolveram obesidade mais tardiamente durante a vida reprodutiva. Outros estudos (BRENER et al., 1988; KATO et al. 1998), no entanto, evidenciaram uma associação entre a obesidade e idade à menopausa, quando o índice de massa corpórea foi medido na perimenopausa. Este dados sugerem que a obesidade poderia maximizar o período da vida reprodutiva, como foi observado neste estudo.

Além de um período de vida reprodutiva mais prolongado e um total de ciclos menstruais em maior número, o ambiente estrogênico das mulheres obesas pode ser mais intenso que nas mulheres magras, devido a uma maior conversão da androstenediona em estrona e uma maior concentração de

estrógeno livre, devido a uma diminuição do nível da globulina carreadora de hormônios sexuais, que geralmente acompanha a obesidade (GLASS et al., 1977; JUDD et al., 1980).

Neste estudo não se observou associação entre o tabagismo e a idade de ocorrência da menopausa, diferentemente de estudos prévios que indicam uma idade à menopausa de um a dois anos mais precoce em fumantes, quando comparadas as não-fumantes (BARON, LA VECCHIA, LEVI, 1990; WHELAN et al., 1990; PARAZZINI et al., 1992; TORGERSON, AVENELL, RUSSELL et al., 1994; CRAMER et al., 1995; BROMBERGER et al., 1997).

Análise mais refinada da média etária à menopausa segundo o tempo de tabagismo e o número de cigarros ao dia, também não demonstrou qualquer diferença estatisticamente significativa. Razões para esta discrepância não são claras, mas vale a pena ressaltar que estudos de base populacional, ou seja, de população não-hospitalar, geralmente encontram menos efeito do tabagismo sobre a idade à menopausa, quando comparados a estudos que incluem sujeitos doentes (BRINTON et al., 1986).

Há evidências de que os hidrocarbonetos policíclicos contidos no tabaco possam ser tóxicos à célula germinativa do ovário, podendo causar deficiência estrogênica devido à exaustão folicular (MATTISON & THORGEIRSSON, 1978). Também há evidências de que o componente alcalóide do tabaco, como a nicotina, possa alterar a esteroidogênese e assim causar um ambiente hipoestrogênico. BARBIERI, McSHANE e RYAN (1986), demonstraram que os

constituintes do cigarro podem inibir a aromatase das células da granulosa e inibir outras enzimas envolvidas na esteroidogênese e, portanto, reduzir a produção de estradiol *in vitro*. Além disso, os componentes do tabaco podem causar uma mudança na via de hidroxilação do estrogênio, da via 2-hidroxiase sobre a via 16-hidroxiase em fumantes, levando a um estrogênio menos ativo (MICHNOVICZ, HERSHCOPF, NAGANUMA, 1986). Há também a possibilidade de que alguns alcalóides do tabaco possam ter um efeito específico anti-estrogênico sobre o útero, sendo capaz de ligarem-se a receptores uterinos (CRAMER et al., 1995). Em estudo em animais durante a vida reprodutiva, o tabaco retarda ou inibe o pico de LH, causando um decréscimo suficiente para causar uma redução na produção de estrogênio (MCLEAN, RUBEL, NIKITOVITCH-WINER, 1977).

Um outro mecanismo diferente que pode contribuir na associação entre tabagismo e menopausa precoce é a relativa falta de obesidade entre as fumantes. As mulheres não-fumantes têm maior probabilidade de serem obesas (KHOSLA & LOWE, 1971) e a obesidade pode retardar a ocorrência da menopausa. Um estudo realizado por DANIEL (1978) mostrou que a obesidade e o tabagismo são fatores independentemente associados com a idade à menopausa e que somente parte da diferença entre a média etária à menopausa em fumantes e não fumantes pode ser devido à maior tendência das mulheres não-fumantes serem obesas.

Quanto à idade à menarca, há vários estudos que contrapõem a hipótese de FRISCH, (1987) que verificou uma correlação negativa entre a

idade à menarca e a idade à menopausa. Ter uma menarca precoce ou tardia não prediz quando a mulher entrará no climatério (VAN NOORD et al., 1997).

A relação entre o uso de contraceptivos orais e a idade à menopausa foi estudada previamente e observou-se que a longa duração do uso de ACO (25 meses ou mais) retardava a idade à menopausa (VAN KEEP et al., 1979; VAN NOORD et al., 1997; RIZK et al., 1998). Neste estudo, entretanto, não encontramos associação entre a idade à menopausa e uso prévio de métodos contraceptivos hormonais.

Como o presente estudo foi realizado com mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos, possivelmente estas mulheres estavam em idade mais avançada quando a pílula se tornou disponível no Brasil e, portanto, seu uso foi limitado, ou talvez seu tempo de exposição possa ter sido mais curto. Portanto, os dados deste estudo não provêm uma boa situação para avaliar os efeitos dos contraceptivos hormonais sobre a idade da ocorrência da menopausa.

A consistência dos dados deste estudo minimiza, mas não exclui, a possibilidade de alguns vieses em potencial, incluindo o fato de ser um estudo de *coorte* transversal e retrospectivo em relação à idade à menopausa. O viés de recordação é possível tanto para a idade à menopausa, como também para várias medidas dos fatores de exposição anteriores à menopausa.

Segundo COLDITZ et al., (1987), a reprodutibilidade para a idade à menopausa pelas mulheres, após o evento, é geralmente boa para as de meia-idade, nas quais um tempo relativamente curto se passou desde a menopausa.

Estes autores observaram que a reprodutibilidade da idade de ocorrência da menopausa natural variou em aproximadamente um ano para 82% das mulheres e para aquelas com menopausa cirúrgica a reprodutibilidade foi de 95%. Portanto, concluiu-se que os dados referentes a detalhes sobre o estado menopausal podem ser relatados com alto grau de reprodutibilidade e acurácia, nos anos imediatamente seguintes à menopausa, porém os dados são mais confiáveis quando coletados prospectivamente, em estudos longitudinais.

Em estudo realizado por HAHN, EAKER e ROLKA, (1997), onde também se estudou a confiabilidade sobre idade à menopausa relatada pela própria mulher, evidenciou-se que mulheres com menopausa cirúrgica relataram a idade à menopausa com mais confiabilidade do que as com menopausa natural e que a confiabilidade diminui com o tempo desde a ocorrência da menopausa, com o avançar da idade e quanto menor for o nível educacional.

A validade e a reprodutibilidade do auto relato da idade à menopausa em mulheres holandesas mostrou diferença de até um ano em 70% dos casos. Nas mulheres com menopausa cirúrgica, esta taxa foi de 80%. A validade dos dados diminui com o passar dos anos desde a menopausa. Após sete a nove anos da ocorrência da menopausa, as mulheres tendem a subestimar sua idade à menopausa em aproximadamente 0,3 anos, independentemente de sua idade cronológica. Como consequência, também, em estudos que relacionam a idade à menopausa com a ocorrência de doenças ou mortalidade, este risco estimado pode ser sub ou superestimado (DEN TONKELAAR, 1997).

Apesar deste estudo ser realizado de forma retrospectiva em relação à idade de ocorrência da menopausa, este dado pode ser considerado de confiabilidade, pois o tempo médio decorrido desde a menopausa foi de 7,2 anos, o que daria uma reprodutibilidade entre 80% a 95%, de acordo com os estudos citados anteriormente.

A prevalência de sintomas climatéricos como fogachos, sudorese, palpitação, tontura, ansiedade, irritabilidade, cefaléia, depressão e insônia foi muito elevada, confirmando-se que a transição climatérica tem um grande impacto na vida dessas mulheres. É semelhante ao relato de mulheres de países desenvolvidos do Ocidente, onde foi de 85% em mulheres holandesas (OLDENHAVE et al., 1993); 55% em mulheres inglesas (HUNTER, 1992) e 48,4% em mulheres francesas (LEDÉSERT, RINGA E BRÉART, 1995). Na Austrália estas queixas foram de 77% (ABRAHAM, LLEWELLYN-JONES, PERZ, 1995); na Noruega os sintomas vasomotores foram prevalentes em 58% (HOLTE, 1992) e nos Estados Unidos, variou de 41% a 74% (VON MÜHLEN, et al., 1995; WILBUR et al., 1998).

Em países do sudeste asiático, a prevalência dos sintomas vasomotores variaram de 8,3% a 48,9% (BOULET et al., 1994); na Tanzânia, 82% (MOORE & KOMBE, 1991) e no Paquistão estas queixas variaram de 7% a 57%, dependendo da classe econômica (WASTI et al., 1993), enquanto que nos Emirados Árabes Unidos esta prevalência foi de 45% (RIZK et al., 1998). No Japão, apenas 9,7% das mulheres referiram ondas de calor no climatério

(LOCK, 1991). Na China, a prevalência de fogachos e sudorese variou de 18% a 24% (HAINES, CHUNG, LEUNG, 1994).

Na literatura médica indexada, não identificamos estudo de base populacional onde se estudasse a prevalência de sintomas climatéricos em população latino-americana. Verificamos apenas estudos em populações hospitalares, onde a prevalência destes sintomas também foi alta, na faixa entre 74,6% a 97% (HALBE et al., 1990; PINTO-NETO et al., 1994). LEIDY, CANALI, CALLAHAN (1998), comparando dois grupos de populações, uma hospitalar e outra de base populacional, não encontraram diferenças na prevalência de sintomas, sendo que as únicas observadas foram relativas ao uso de TRH (52% vs 20%) e ao número de histerectomias que foram mais freqüentes na população hospitalar.

Neste estudo, observou-se que os fogachos ocorreram em cerca de 50,5% das mulheres na pré-menopausa. Estudos prévios, tanto de corte transversal como longitudinal, também evidenciaram a presença de ondas de calor em 15% a 25% das mulheres que ainda menstruavam regularmente (HUNTER, 1990;1992). OLDENHAVE e et al., 1993, encontraram uma prevalência de fogachos em mulheres na pré-menopausa acima dos 39 anos de idade em torno de 41,1%. RODRIGUES DE LIMA & BARACAT, 1995, também evidenciaram a presença de sintomas vasomotores em 6% a 63% das mulheres na pré-menopausa. A explicação para este fato não é clara. Possivelmente a definição do estado menopausal, baseado apenas no padrão

menstrual, pode não caracterizar adequadamente as mulheres que estão na perimenopausa e que ainda menstruam regularmente.

STUDD, CHAKRAVARTI, ORAM, (1977), observaram que mulheres que menstruam regularmente e referem ondas de calor têm nível do hormônio folículo estimulante maior do que mulheres que não sentem fogachos, enquanto que o nível de estradiol permanece inalterado. O critério menstrual adotado neste estudo foi o que comumente se usa, mas há alguns problemas consideráveis com esta definição de estado menopausal, por não classificar adequadamente mulheres no processo inicial de falência ovariana e, portanto, com algum grau de hipoestrogenismo, mas que ainda apresentam sangramento menstrual (KAUFERT, LOCK, McKINLAY, 1986; BRAMBILLA, McKINLAY, JOHANNES, 1994; DUDLEY et al., 1998).

Outra explicação para este fato é que algumas mulheres têm o sistema termo-regulador menos estável ou são mais sensíveis a estas mudanças e, portanto, são mais susceptíveis a experimentar sintomas no climatério. As mulheres deste estudo pertenciam a faixa etária igual ou superior a 45 anos e sabe-se que os sintomas climatéricos podem ser percebidos a partir dos 40 anos, ou seja, alguns anos antes da parada da menstruação (SUKWATANA et al., 1991).

Mulheres que têm tensão pré-menstrual podem desenvolver algumas reações e são mais sensíveis ao processo menstrual, portanto antecipam alguns sintomas quando há mudança no seu padrão menstrual. Há alguma vulnerabilidade hormonal nestas mulheres que pode causar tanto os sintomas pré-menstruais,

como os sintomas vasomotores. Também é possível que os sintomas vasomotores sejam mais comuns em mulheres que são depressivas antes da menopausa (GATH, OSBORNE, BUNGAY, 1987). Neste estudo encontrou-se uma prevalência de depressão na pré-menopausa em torno de 55,4%.

A inter-relação dos sintomas mostrou que os vasomotores como os fogachos e sudorese, estão intimamente interligados e associaram-se também à insônia, que foram significativamente mais prevalentes na peri e pós-menopausa. Os demais sintomas climatéricos foram relatados independentemente do estado menopausal. Estes dados coincidem com estudos prévios que mostram que os sintomas intimamente relacionados ao hipoestrogenismo e, portanto, mais comuns na peri e pós-menopausa são os fogachos, sudorese e insônia (HOLTE & MIKKELSEN, 1991b; HUNTER, 1992).

É importante lembrar ainda que o consenso sobre a Síndrome do Climatério, realizado durante o I Congresso Internacional de Menopausa, em 1976, concluiu que as ondas de calor, sudorese e vaginite atrófica são os únicos sintomas caracterizados como decorrentes do hipoestrogenismo e que uma explicação diferente deveria ser dada aos outros sintomas, que são usualmente atribuídos à deficiência estrogênica ou listados como parte desta síndrome (UTIAN, 1976).

Se, por um lado, os sintomas vasomotores estão associados ao desenvolvimento da menopausa, por outro lado os sintomas psicológicos não estão estabelecidamente ligados ao estado menopausal. Neste estudo, observou-

se uma alta prevalência de sintomas psicológicos, mas nem a sua prevalência, nem a sua intensidade, correlacionaram-se ao estado menopausal.

A observação de que os sintomas psicológicos e os vasomotores são aglomerados separadamente sugere que eles têm um mecanismo etiológico diferente. Há fortes evidências de que os sintomas vasomotores refletem mudanças hormonais (McKINLAY & JEFFERYS, 1974), enquanto que alguns sintomas psicológicos podem ser atribuídos a alterações hormonais ou a fatores sociais que coincidem com a menopausa (GREENE & COOKE, 1980). Este período normalmente coincide com o momento em que a mulher é filha de pais idosos, muitas vezes doentes e dependentes econômica e fisicamente, mãe de filhos adolescentes e problemáticos ou adultos e independentes. É possível ainda que esta mulher não tenha um companheiro, por ser viúva ou por ter sido abandonada pelo marido. Para alguns autores, este conjunto de situações pode transmitir à mulher uma sensação de perda do domínio daquele que sempre foi concebido como seu espaço por excelência - o lar (HARDY et al., 1992; KAUFERT, GILBERT, TATE, 1992).

As implicações sociais que coincidem com o período do climatério também poderão afetar o trabalho da mulher, pois é possível que estejam no ápice de sua carreira profissional ou prestes a se aposentar. Por outro lado, pode ter a possibilidade de estudar, começar a trabalhar ou então sentir-se uma peça inútil dentro de sua realidade cotidiana (HARDY et al., 1992).

Estes resultados coincidem com estudos prévios, onde a prevalência dos sintomas psicológicos depende mais do processo psicossocial ou do envelhecimento que ocorrem simultaneamente ao processo endócrino (HOLTE & MIKKELSEN, 1991a).

Atualmente há vários estudos que evidenciam que a depressão, ansiedade, irritabilidade e cefaléia não são mais freqüentes na peri e pós-menopausa do que em qualquer outro período da vida da mulher (GATH et al., 1987; HUNTER, 1992; KAUFERT et al.,1992). Os fatores que predizem a ocorrência dos sintomas psicológicos no climatério são o antecedente de tensão pré-menstrual. Estudo nacional recente destaca que um dos fatores que podem predizer a ocorrência dos sintomas psicológicos no climatério é o antecedente de tensão pré-menstrual (NOVAES, ALMEIDA, MELO, 1998)

A insônia é freqüentemente atribuída às ondas de calor, mas também pode estar associada aos sintomas psicológicos, o que refletiria a sua associação com depressão. Neste estudo a insônia relacionou-se tanto com os sintomas vasomotores como com os psicológicos, embora tenha sido observada uma associação mais íntima com os sintomas vasomotores, provavelmente decorrente da cascata clássica de sintomas: fogachos e sudorese noturnos gerando a insônia e, por conseguinte, irritabilidade e fadiga no dia posterior.

Verificou-se que a incontinência urinária é uma queixa freqüente em mulheres no período do climatério. Este sintoma ocorre precocemente, visto que um terço das mulheres na pré-menopausa e aproximadamente metade das

mulheres na perimenopausa o referiram, ao contrário das mulheres na pós-menopausa, onde somente um quarto delas referiu incontinência urinária. Este dado concorda com estudo realizado no sudeste asiático, onde esta queixa foi mais freqüente em mulheres na perimenopausa (BOULET et al., 1994). Ao contrário, STANTON & CARDOZO, (1980) observaram que, em países ocidentais, esta queixa aparece mais tardiamente, isto é, na pós-menopausa. Por outro lado, MOLANDER, (1993) não encontrou quaisquer diferenças nas taxas de prevalência de incontinência urinária entre as mulheres pré e pós-menopausadas.

De modo geral, observou-se que 27,4% das mulheres na faixa etária estudada apresentavam incontinência urinária de esforço. Este dado é semelhante a estudos realizados previamente, onde a prevalência de incontinência urinária variou de 26,3% a 37% (IOSIF & BEKASSY, 1984; TEASDELE et al., 1988; REKERS et al., 1992; HOLTEDAHL & HUNSKAAR, 1998; SAMSIOE, 1998).

No Brasil não existem dados específicos em relação à prevalência dos distúrbios urinários nas mulheres climatéricas, e não está clara a associação entre o início do quadro de incontinência urinária e o déficit estrogênico que acompanha a menopausa. Em estudo realizado no Ambulatório de Menopausa do CAISM/UNICAMP, GUARISI (1996) observou que a prevalência de incontinência urinária foi de 30,7% e a prevalência de distúrbios genitais foi de 54,1%, sendo que, destes, os mais freqüentes foram a secura vaginal (40%) e a dispareunia (32%).

As queixas de secura vaginal e dispareunia foram pouco freqüentes neste estudo. A explicação para este fato pode estar na forma em que foi realizada a coleta de dados, que envolveu entrevista domiciliar com pessoal não médico e, portanto, as mulheres poderiam se sentir constrangidas ao serem abordadas sobre esta queixa e respondiam negativamente. Se a coleta fosse feita através de um questionário auto-aplicável, talvez estes sintomas pudessem ser mais freqüentes. Outra explicação para este fato é que cerca de 43,4% da população corresponde a mulheres na pré e perimenopausa e que, mesmo dentre as mulheres na pós-menopausa, 20% estavam em uso de TRH. Esperava-se freqüência maior destes sintomas, pois o tempo médio decorrido da menopausa foi de sete anos e, portanto, tempo suficiente para o desenvolvimento de atrofia genital (WRIGHT, 1996). Segundo LARSON, COLLINS, LANDGREN, 1997, a secura vaginal ocorre mais freqüentemente de quatro a seis anos após a menopausa e está diretamente relacionada ao estado de hipoestrogenismo (BERG et al., 1988; NILSSON & HEIMER, 1992).

Sabe-se que mulheres com parceiro apresentam maior prevalência de queixas genitais do que as que não convivem com um parceiro. Este fato poderia ser explicado pela melhor percepção do trato genital baixo pelas mulheres que, tendo parceiro, conseqüentemente teriam maior atividade sexual. Porém, com o avanço da idade pode existir também uma perda gradual da libido (SARREL, 1990), resultando na diminuição de atividade sexual, o que, portanto, reduziria a percepção da atrofia do epitélio vaginal (GUARISI et al., 1998).

Aproximadamente 30% das mulheres, neste estudo, referiram alteração na sua vida sexual nos últimos 12 meses. Destas mulheres, cerca de 22% relataram diminuição do interesse sexual, independentemente do estado menopausal. Apesar da diminuição do interesse sexual, a frequência das relações não se modificou. UTIAN & SCHIFF (1994) também referiram uma taxa de 31% de mudança na vida sexual de mulheres climatéricas, nos Estados Unidos. A queixa principal foi a diminuição no interesse sexual (62%), secura vaginal (55%) e dispareunia (32%). Apesar disso, apenas 30% das mulheres referiram diminuição da frequência sexual.

Em estudo realizado na Austrália, DENNERSTEIN. et al., (1994) relataram que 31% das mulheres da população geral na faixa etária entre 45 a 55 anos referiram diminuição do interesse sexual, relacionando este fato à ocorrência da menopausa, diminuição do bem-estar, desemprego e sintomatologia climatérica.

Os fatores que afetam a expressão sexual são múltiplos e a contribuição relativa da interação entre os determinantes hormonais, psicossociais e do próprio envelhecimento não estão claramente delineados (BACHMANN & LEIBLUM, 1991).

Ainda há uma noção comum de que o desejo sexual diminui como uma consequência do climatério. Esta noção é baseada na antiga concepção onde há uma correlação entre a sexualidade e a fertilidade. O declínio do interesse sexual tem sido explicado, principalmente pelas mudanças hormonais que ocorrem no climatério, enquanto que os fatores não hormonais estão sendo

estudados só mais recentemente. Fatores psicossociais, o próprio envelhecimento, a presença de parceiro sexualmente ativo, satisfação sexual na pré-menopausa, contexto cultural da sexualidade e a existência de doenças crônicas são freqüentemente relatados como importantes determinantes do interesse sexual em mulheres climatéricas, ao invés apenas dos níveis dos hormônios gonadais (KOSTER & GARDE, 1993).

Apesar dos sintomas climatéricos experimentados não serem intensos, cerca de dois terços das mulheres procuraram serviço médico para alívio destas queixas. Os sintomas que mais se correlacionaram à procura médica foram os vasomotores, o que coincide com a literatura revisada sobre populações do Ocidente (HOLTE, 1992; McKINLAY, BRAMBILLA, POSNER, 1992; OLDENHAVE et al., 1993). Já em populações orientais, o que mais se correlaciona à procura de serviço médico são os sintomas psicológicos (BOULET et al., 1994), talvez porque nestas sociedades a prevalência dos sintomas psicológicos supere a dos vasomotores. Neste estudo verificou-se ainda que a maior intensidade dos sintomas psicológicos associou-se à procura por serviço médico.

O conhecimento e a expectativa da menopausa pode ter um significado em determinar quem procura serviço médico para o tratamento do climatério. Em países ocidentais, as mulheres são submetidas a uma considerável pressão da classe médica e da mídia em relação à menopausa e à sua sintomatologia associada, porém o custo e o acesso a serviços de saúde podem influenciar a decisão em procurar tratamento (GROENEVELD et al., 1993).

Nos Estados Unidos, a procura de serviço médico para o climatério é de 62% (UTIAN & SCHIFF, 1994), onde os sintomas físicos vasomotores foram a principal razão para procura médica (65%). Estudo realizado em quatro países europeus mostrou que a taxa de consulta é baixa, variando de 12% no Reino Unido a 22% na França, apesar da sintomatologia ser altamente prevalente (ODDENS et al., 1992), pois 80% das mulheres irão apresentar alguma queixa relacionada ao climatério ao longo da vida (HAMMOND, 1989). Em países do Sudeste asiático esta taxa variou entre 11,7% em Hong Kong a 30% em Taiwan, apesar da sintomatologia climatérica estar presente em aproximadamente 20% a 60% das mulheres (BOULET et al., 1994).

Um estudo de base populacional, de corte transversal, realizado em Melbourne, Austrália, mostrou que 79,8% das mulheres entre 45-55 anos procuraram serviço médico para problemas relacionados à menopausa. Os fatores que se correlacionaram à procura de serviço médico, neste estudo, foram o desemprego e o antecedente de saúde precária, fatores estes que antecederiam o início da transição climatérica. Observou, também, que as experiências destas mulheres tendem a ser mais relatadas na literatura médica e popular, já que a maioria dos estudos é realizada em clínicas especializadas e isto leva a uma visão distorcida de que a transição climatérica é um marcador de doença, inabilidade e estresse (MORSE et al., 1994).

Observou-se que os fatores relacionados à procura médica para as queixas climatéricas foram o nível socioeconômico, estado menopausal, tipo de menopausa, estado marital, uso de TRH e intensidade dos sintomas psicológicos.

O nível socioeconômico pode estar relacionado a maior acesso a serviços de saúde. É importante observar que a intensidade dos sintomas vasomotores não se correlacionou a uma maior procura por atenção médica.

McKINLAY, McKINLAY, BRAMBILLA, (1987), avaliaram a utilização de serviços de saúde no climatério e concluíram que mulheres com antecedente de menopausa cirúrgica são maiores usuárias de serviços de saúde do que mulheres com menopausa natural, talvez decorrente mais do próprio estado de saúde que indicou tal procedimento, do que o estado menopausal em si. Neste estudo as variáveis sociodemográficas não tiveram influência na procura por atenção médica.

Por outro lado, a principal causa para não procurar serviço médico foi considerar que os sintomas não mereciam atenção médica ou por serem considerados como naturais. Em estudo semelhante realizado por UTIAN & SCHIFF, (1994), a mesma resposta foi observada. Cabe ressaltar que a falta ou a dificuldade de acesso a serviços de saúde foram relatados por 8,4% a 14,8% das entrevistadas como a principal causa para a não procura por atenção médica.

A terapia de reposição hormonal foi indicada para 40% das mulheres e, destas, 50% estavam em uso atual de TRH, ou seja, 19,3% do total da amostra. Estas taxas são semelhantes às de países desenvolvidos do Ocidente, onde variam de 34% nos Estado Unidos (UTIAN & SCHIFF, 1994; BRETT & MADANS, 1997), 12% na Holanda (BARENTSEN, 1996), 10% no

Reino Unido (SPECTOR, 1989), 25% na Alemanha (ODDENS et al., 1992), 20% a 32% na Suécia (GRIFFITHS & JONES, 1995; STADBERG, MATTSON, MILSON, 1997), 22% na Dinamarca e Finlândia (TOPO et al., 1995) e 21% na Austrália (SHELLEY et al., 1995).

A prevalência de TRH na América Latina é muito baixa, mas está em progressivo aumento; em 1990 somente 2,8% das mulheres recebiam TRH, em 1996 esta taxa foi de 5,6% e espera-se que no ano 2000 aproximadamente 10% das mulheres na pós-menopausa receberão TRH. A América Latina ocupa o terceiro lugar, em nível mundial, em vendas de produtos farmacêuticos para o climatério. O rápido aumento na indicação de produtos para o climatério é conseqüente não só do aumento de mulheres na faixa etária acima dos 45 anos como também do incremento da expectativa de vida na América Latina. Outro fator que explicaria este aumento da prescrição de TRH é a grande influência médica que exercem os Estados Unidos e a Europa sobre os países latino-americanos e ao rápido desenvolvimento da indústria farmacêutica que introduziu em nossa região uma grande quantidade de produtos novos que permite adequar o tratamento a um maior número de usuárias, oferecendo uma variedade de tratamento tanto nas combinações hormonais como também nos diferentes preços (ARMENDÁRIZ, 1998).

Em países orientais a taxa de uso da TRH é menor, variando de 2,9% em estudo realizado em sete países do Sudeste Asiático (BOULET et al., 1994), 2,5% no Japão (NAGATA, MATSUSHITA, SHIMIZU, 1996), 10% na China (CHEN, VODA, MANSFIELD, 1998) e até 12% em Israel (BLUMBERG et

al., 1996), apesar da prevalência de sintomas climatéricos ser considerada alta nestes países, reafirmando ser o climatério um fenômeno universal.

A prevalência relativamente alta do uso de TRH encontrada neste estudo possivelmente pode ser devido à alta taxa de procura por serviço médico e pela alta prevalência de sintomas vasomotores e psicológicos. Mulheres que têm contato freqüente com serviços de saúde, têm maior chance de receber informações e recomendações para o uso de TRH (HUNSKAAR & BACKE, 1992; ODDENS et al., 1994; NAGATA et al., 1996).

O uso de TRH também tem sido relacionado à alta prevalência de sintomas climatéricos (VON MÜHLEN, et al., 1995) e, neste estudo, cerca de 96,9% das mulheres experimentaram pelo menos um dos sintomas climatéricos.

É ainda importante salientar que a TRH foi mais prescrita para o tratamento da irregularidade menstrual da perimenopausa (53,2%) do que para alívio dos sintomas climatéricos (19,0%). Quando a mulher procurou serviço médico para as queixas climatéricas, os tranqüilizantes foram a medicação de escolha (28,3%).

Em geral os tranqüilizantes são usados para alívio do nervosismo, ansiedade, irritabilidade e insônia. Próximo ao período da menopausa, estas queixas relacionadas ao humor podem estar associadas ao climatério. Isto sugere que a TRH pode aliviar as queixas relacionadas ao humor na mulher climatérica (DENNERSTEIN et al., 1979; DITKOFF et al., 1991; SHERWIN, 1991). Este efeito benéfico da TRH sobre o estado do humor parece não só ser

decorrente do alívio dos sintomas vasomotores, como também pode estar relacionado a um efeito direto dos hormônios sexuais femininos sobre o sistema nervoso central. Isto leva a crer que mulheres em uso de tranqüilizantes poderiam ser beneficiadas com a TRH. Especula-se que a alta taxa de uso de tranqüilizante em mulheres que consultaram um médico para as queixas climatéricas possa, em alguns casos, representar um diagnóstico errôneo em relação aos sintomas psicológicos, sem que se correlacionasse a presença destes sintomas com o estado menopausal (MARSH & WHITEHEAD, 1992). Isto poderia explicar porque os tranqüilizantes tivessem sido prescritos no lugar da TRH. Uma outra explicação poderia ser a falta de familiaridade, conhecimento ou insegurança por parte dos médicos a respeito da terapia de reposição hormonal e mesmo a falta de preocupação sobre os outros efeitos benéficos da TRH a longo prazo, prevenindo a osteoporose e as doenças cardiovasculares.

Por outro lado, a mulher menopausada que experimenta as ondas de calor e sua cascata de sintomas associados (sudorese noturna, levando à insônia e fadiga no próximo dia) pode melhorar de seus sintomas emocionais, se as ondas de calor forem aliviados pela TRH, mas não melhorará se lhe são prescritos antidepressivos ou tranqüilizantes. Entretanto, se a mulher não tem sintomas de deficiência estrogênica, mas tem sintomas emocionais ou físicos, não é possível que ela melhore com a TRH (ABRAHAM et al., 1995; POLO-KANTOLA, ERKKOLA, HELENIUS, 1998).

De fato, atualmente há uma tendência mundial de se oferecer, de forma indiscriminada, a TRH para mulheres de meia-idade que procuram serviços

médicos e isto pode ser um fator que contribui para a baixa aderência ao tratamento, devido à desilusão e desapontamento, particularmente, quando os sintomas são de natureza psicossocial (MORSE et al., 1994).

Ao mesmo tempo, os resultados deste estudo mostram que nem todas as mulheres climatéricas se encaixam no perfil popular, onde o climatério é visto como um severo distúrbio de saúde em mulheres de meia-idade. Neste estudo, apesar de alta prevalência dos sintomas, 56,2% de mulheres classificam sua saúde como excelente ou boa.

Observou-se que mulheres com sintomas vasomotores ou psicológicos mais intensos relataram uma pior autopercepção do seu estado de saúde, evidenciando o impacto destes sintomas no seu bem-estar. Estudos prévios também evidenciaram que a severidade dos sintomas vasomotores e psicológicos associaram-se a uma redução no bem-estar (OLDENHAVE et al., 1993; LEDÉSERT et al., 1995; AVIS & MCKINLAY, 1991b), independentemente do estado menopausal; portanto, medicações que aliviam os sintomas climatéricos podem melhorar a autopercepção do estado de saúde. Apesar disto, o uso da TRH não alterou a autopercepção do estado de saúde na população estudada. O mesmo também foi observado em estudos anteriores (LEDÉSERT et al., 1995). Ao contrário, dois estudos duplo-cego randomizados (WIKLUND, et al., 1992; WIKLUND, KARLBERG, MATTSON, 1993) e um estudo aberto (WIKLUND, HOLST, KARLBERG, 1992) mostraram que o uso de TRH melhorou a qualidade de vida.

A diferença observada neste estudo e nos estudos anteriores, a respeito da melhora da percepção do estado de saúde com o uso da TRH, pode ser explicado pelo método empregado. Naqueles, a mesma mulher era comparada antes e após o tratamento, enquanto neste a comparação foi feita com dois grupos distintos de uma mesma população, isto é, usuárias e não-usuárias de TRH. Observou-se que, neste estudo, as mulheres tinham características socioeconômicas e culturais distintas e estes fatores estão diretamente correlacionados à autopercepção do estado de saúde, tanto na análise bivariada como na de regressão logística. Pode também ter havido uma variação quanto às razões que levaram ou não ao uso de TRH: mulheres que optaram por não usar a TRH porque não se sentiam incomodadas pelos sintomas climatéricos e aquelas que optaram por usá-la por sofrer com estas alterações; sabe-se que a presença e a severidade dos sintomas afetam negativamente a autopercepção do estado de saúde.

Finalmente, podemos concluir que a menopausa e o climatério têm um grande impacto sobre as mulheres brasileiras. Preocupa-nos sobremaneira a idade de ocorrência da menopausa natural e, principalmente, seus fatores correlacionados, como o índice de massa corpórea e a paridade. Sabe-se da grande idolatria à magreza como padrão de juventude e beleza, divulgado principalmente pela mídia e mesmo por alguns profissionais da saúde. Em relação à baixa paridade, cabe lembrar as transformações no padrão de fecundidade, que claramente caminha para uma diminuição acentuada no número de filhos por família (ACEVEDO, 1998). Estas associações de fatores

permitem prever que, em um futuro próximo, a idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras poderá diminuir ainda mais, agravando as conseqüências do déficit estrogênico a curto, médio e longo prazo.

Destaca-se, também, a utilidade se ter traçada uma curva determinando o percentual de mulheres na pós-menopausa de acordo com a idade, pois esta é uma indagação muito freqüente das mulheres e nós, médicos, respondemos baseando-nos em dados internacionais, e o que é pior, muitas vezes solicitando dosagens hormonais, onerando os serviços de saúde e mesmo a paciente individualmente, quando sabemos da dificuldade de interpretação de tais exames. Espera-se que esta curva possa ser útil tanto às mulheres quanto aos profissionais de saúde.

Demonstraram-se também os efeitos do tabagismo influenciando a transição climatérica, ou seja, associando-se ao estado de pós-menopausa, o que, se utilizado corretamente no sentido de orientação através de ações educativas, poderá evitar os efeitos deletérios do fumo a longo prazo.

A importância dos sintomas climatéricos ficou evidente e demonstrou-se que os sintomas físicos são realmente conseqüentes ao déficit hormonal, enquanto os psicológicos têm origem multifatorial. A comprovação deste fato em mulheres brasileiras pode direcionar o uso da terapia de reposição hormonal, com indicação mais precisa, melhorando a aderência ao tratamento e possibilitando a real melhoria da qualidade de vida das usuárias. As principais razões de procura por serviço médico merecem prioridade no planejamento de

atendimento às mulheres, e ficou clara a importância dos tocoginecologistas, que prestam atendimento a estas mulheres, terem conhecimento não só das terapias hormonais, como também dos tratamentos complementares como os tranquilizantes, anti-hipertensivos e de outras drogas. As orientações sobre o climatério precisa e deve ser revisto, fugindo do consenso de que a TRH resolve todas as questões.

Salienta-se que 80% das mulheres na faixa etária entre 45 a 60 anos de idade procuraram serviço médico para as queixas decorrentes do climatério. Isto faz deste momento uma excelente oportunidade para o tocoginecologista promover uma investigação geral na saúde da mulher, identificando os fatores de risco para as doenças mais prevalentes, intervindo nestas condições de risco ou de doenças passíveis de modificações, através de estratégias locais que promovam a correção dos hábitos dietéticos e de vida, da atividade física e promovendo conhecimento sobre este período da vida e, deste modo, investindo no futuro bem-estar da mulher climatérica, tratando-a como uma pessoa e não como uma doente.

Dentre as razões para a não-procura por serviço de saúde, considera-se preocupante a falta de disponibilidade de serviços e a grande porcentagem de mulheres com disfunção sexual que não procura orientação. Chama a atenção que, a principal razão para não procurar por serviço de saúde para as queixas relacionadas ao climatério foi o fato de que os sintomas não necessitavam de atenção médica, sendo, portanto, considerados como naturais para esta fase da vida.

Um dos pontos que pode ser considerado fator limitante no presente estudo foi o de não termos avaliado somente mulheres nascidas em Campinas. Esta questão foi considerada quando da idealização e desenho da pesquisa, porém os custos seriam muito altos. Também refletimos sobre grupos minoritários, por exemplo, religiosos, mas acreditamos que estas considerações, apesar de importantes, não alteram o mérito, uma vez que a maioria está representada, haja vista as características demográficas da população e, principalmente, o predomínio de mulheres da região Sudeste.

Os resultados desta pesquisa, a primeira de base populacional com mulheres climatéricas brasileiras, ajudarão não só o planejamento de serviços e rotinas de assistência, como também o delineamento do ensino nas instituições pertinentes e, sobretudo, servirão de base para a necessidade de pesquisas fundamentadas em uma realidade brasileira.

Talvez um dos dados mais importantes deste estudo é que, apesar de mais da metade das mulheres climatéricas considerarem sua saúde como excelente ou boa, a percepção negativa do estado de saúde foi predominante em mulheres de classes sociais menos favorecidas e de baixa escolaridade. A interpretação destes resultados certamente extrapola o campo da Medicina.

6. Conclusões

1. A maioria das mulheres climatéricas do Município de Campinas é branca, de baixo nível escolar, sem emprego remunerado, católica e pertencente das classes socioeconômicas C e D.
2. A média etária de ocorrência da menopausa natural foi de 47,5 anos (±4,9). Aproximadamente 60% das mulheres de até 51 anos estão na pós-menopausa.
3. Mulheres de maior paridade e obesas apresentaram menopausa cerca de dois anos mais tarde.
4. Os fatores associados diretamente com a transição climatérica foram a idade e o tabagismo atual.
5. A prevalência de sintomas climatéricos foi alta. Os fogachos, a sudorese e a insônia foram significativamente mais prevalentes na peri e pós-menopausa. Aproximadamente um quarto das mulheres apresentavam incontinência urinária, sendo esta queixa mais prevalente na pré e perimenopausa. A

queixa de diminuição do interesse sexual não variou de acordo com o estado menopausal e foi relatada por um quinto das mulheres.

6. Houve nítida inter-relação dos sintomas vasomotores (fogachos/sudorese) sintomas psicológicos (nervosismo/depressão/irritabilidade) entre si. A insônia inter-relacionou-se tanto aos sintomas vasomotores quanto aos sintomas psicológicos.
7. As principais razões para a procura de serviço médico foram a irregularidade menstrual e os sintomas climatéricos. Mulheres com companheiro, em uso de terapia de reposição hormonal e com maior intensidade dos sintomas psicológicos foram as que mais procuraram por atenção médica.
8. A terapia de reposição hormonal foi prescrita para 40% das mulheres climatéricas que procuraram atenção médica. As principais indicações foram a irregularidade menstrual e o alívio dos sintomas climatéricos.
9. Mais da metade das mulheres classificaram seu estado de saúde como excelente ou bom e os fatores associados à autopercepção negativa foram o baixo nível socioeconômico, a baixa escolaridade e a maior intensidade tanto dos sintomas vasomotores como psicológicos.

7. Summary

It was carried out a descriptive, exploratory, cross-sectional, population-based study with the objective to study age at menopause and its associated factors, prevalence of symptoms, use of medical services, self perception of health status and socio-cultural, demographics and economics characteristics of climacteric women, living in Campinas, São Paulo State. It was selected through area cluster sample, 456 Brazilian women, between 45 to 60 years of age, living in Campinas, according to data obtained from the Brazilian Institute of Statistics and Geography (IBGE). The data were collected through home interviews using a structured, pre-tested questionnaires provided by the International Health Foundation/International Menopause Society and by the North American Menopause Society and adapted by the authors. The statistical analysis were performed through Qui-square test, Kruskal-Wallis test and linear and logistic multiple regression analysis, with statistic significance level of 0.05. Symptoms prevalence was analysed by a circulatory and a psychological index. Principal components analysis was carried out to determine the interrelationship among the climacteric symptoms. Cramer's ϕ coefficients were calculated to evaluate which climacteric symptoms were most closely related to a physician

consultation. Mean age at menopause was 47.5 years (SD=4.9). Factors associated to age at menopause were: parity and obesity. Factors associated to menopause transition (post-menopause) were age and smoking habits. The most prevalent climacteric symptoms were: nervousness (82%), hot flushes (70%), cephalgia (68%), irritability (67%), dizziness (59%) and sudoresis (59%). Hot flushes, sudoresis and insomnia were significantly more prevalent among peri and post-menopausal women. Interviewees had required medical care for complaints related to menopause, mainly menstrual irregularities (76%), climacteric symptoms (63%) and urogenital complaints (59%). Hormone replacement therapy was prescribed for 40% of women who seek for medical care, mainly for menstrual irregularities (53.2%) and for menopausal symptoms relief (19.0%). The main factors associated with medical care searching were the use of hormone replacement therapy, marital status and higher psychological index. More than half of women perceived their health status as excellent or good and the associated factors to a negative self health perception were low social economic status, lower educational level and higher intensity of both vasomotor as psychological symptoms.

8. Referências Bibliográficas

ABRAHAM, S.; LLEWELLYN-JONES, D.; PERZ, J. - Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climateric. **Maturitas**, **20**:121-8, 1995.

ACEVEDO, P.L.- Envejecimiento poblacional y menopausia en Latinoamérica. In: CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C.- **Menopausia y longevidad: perspectiva clinica e epidemiologica en Latinoamérica**. Santiago de Chile, Ed Bywaters, 1998. p.49-72.

ALMEIDA, P.M. & WICKERHAUSER, H. - **O critério ABA/ABIPEME - em busca de uma atualização**. São Paulo, 1991. p.22-3.

AMUNDSEN, D.W. & DIERS, C.J. - The age of menopause in medieval Europe. **Hum. Biol.**, **45**:605-12, 1973.

ANDREWS W.C.- The transitional years and beyond. **Obstet & Gynecol**, **85**:1-5, 1995.

ARMENDÁRIZ, M.P.- Realidad demográfica en Latinoamérica y tratamiento hormonal de reemplazo. In:CAMPOS, O . G.; URZUA, E.A.; CASTRO, P.C.- **Menopausia y longevidad: perspectiva clinica e epidemiologica en Latinoamérica**. Santiago de Chile, Ed Bywaters, 1998. p.73-88).

ARMITAGE, P.- **Statistical methods in medical reasearch**. New York, John Wiley and Sons, 1974.

AVIS, N.E. & McKINLAY, S.M. - A longitudinal analysis of women's attitude toward the menopause: results from the Massachusetts Women's Health Study. **Maturitas**, **13**:65-79, 1991a.

AVIS, N.E. & McKINLAY, S.M. - Health care utilisation among middle-aged women. **Ann. NY Acad. Sc.**, 1991b.

BACHMANN, G.A. & LEIBLUM, S.R. - Sexuality in sexagenarian women. **Maturitas**, **13**:43-50, 1991.

BAKER, T.G. - A quantitative and cytological study of germ cells in human ovaries. **Proc. R. Soc. Lond. (Biol)**, **158**:417-33, 1963.

BARBIERI, R.L.; McSHANE, P.M.; RYAN, K.J. - Constituents of cigarette smoke inhibit human granulosa cell aromatase. **Fertil. Steril.**, **46**:232-6, 1986.

BARENTSEN, R. - The climacteric in the Netherlands: a review of Dutch studies on epidemiology, attitudes and use of hormone replacement therapy. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.**, **64**:S7-S11, 1996.

BARON, J.A.; LA VECCHIA, C.; LEVI, F. - The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **162**: 502-14, 1990.

BENJAMIN, F. - The Age of the menarche and of the menopause in white Southern African women and certain factors influencing these times. **S. Afr. Med. J.**, **3**:316-20, 1960.

BERG, G.; GOTTGALL, T.; HAMMAR, M.; LINDGREN, R.- Climacteric symptoms among women aged 60-62 in Linköping, Sweeden, in 1986. **Maturitas**, **10**:193-9, 1988.

BISHOP, Y.M.M.; FIENBERG, S.E.; HOLLAND, P. W.- **Discrete multivariate analysis: theory and practice**. London, MIT Press, 1975.

BLUMBERG, G.; KAPLAN, B.; RABINERSON, D.; GOLDMAN, G.A.; KITAI, E.; NERI, A. - Women's attitudes towards menopause and hormone replacement therapy. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **54**:271-7, 1996.

BOULET, M.J.; ODDENS, B.J.; LEHERT, P.; VEMER, H.M.; VISSER, A. - Climacteric and menopause in seven South-east Asian countries. **Maturitas**, **19**:157-76, 1994.

BRAMBILLA, D.J. & McKINLAY, S.M. - A prospective study of factors affecting age at menopause. **J. Clin. Epidemiol.**, **42**:1031-9, 1989.

BRAMBILLA, D.J.; McKINLAY, S.M.; JOHANNES, C.B.- Defining the perimenopause for application in epidemiologic investigations. **Am. J. Epidemiol.**, **140**:1091-5, 1994.

BRAND, P.C. & LEHERT, P.H. - A new way of looking at environmental variables that may affect the age at menopause. **Maturitas**, **1**:121-32, 1978.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 196/96. Informe Epidemiológico do SUS- Ano V no. 2, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Controle das doenças não transmissíveis no Brasil**. Brasília, 1988. 231p.

BRENNER, D.F. - The menopausal syndrome. **Obstet. Gynecol.**, **72**:6-11, 1988.

BRETT, K.M. & MADANS, J.H. - Use of postmenopausal hormone replacement therapy: estimates from a nationally representative cohort study. **Am. J. Epidemiol.**, **145**:536-45, 1997.

- BRINTON, L.A.; SCHAIRER, C.; STANFORD, J.L.; HOOVER, R.N. - Cigarette smoking and breast cancer. **Am. J. Epidemiol.**, **123**:641-22, 1986.
- BROMBERGER, J.T.; MATTHEWS, K.A.; KULLER, L.H.; WING, R.R.; MEILAHN, E.N.; PLANTINGA, P. – Prospective study of the determinants of age at menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **145**:124-33, 1997.
- BUNGAY, G.T.; VESSEY, M.P.; McPHERSON, C.K. - Study of symptoms in middle life with special reference to the menopause. **Br. Med. J.**, **281**:181-3, 1980.
- CHAPMAN, S. - Advertising and psychotropic drugs: the place of myth in ideological production. **Soc. Sci. Med.**, **13A**:751-64, 1979.
- CHEN, Y.L.D.; VODA, A. M.; MANSFIELD, P.K.- Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause. **Menopause**, **5**:28-34, 1998.
- CHOMPOOTWEEP, S.; TANKEYOON, M.; YAMARAT, K.; POOMSUWAN, P.; DUSITSIN, N. - The menopausal age and climateric complaints in Thai women in Bangkok. **Maturitas**, **17**:63-71, 1993.
- COLDITZ, G.A.; STAMPFER, M.J.; WILLETT, W.C.; STASON, W.B.; ROSNER, B.; HENNEKENS, C.H.; SPLIZER, F.E. - Reproducibility and validity of self-reported menopausal status in a prespective cohort study. **Am. J. Epidemiol.**, **126**:319-25, 1987.
- COOPER, R.K. - **Inteligência emocional na empresa**. INOJOSA, R.& COSTA, S.T.M. (trad.) Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- COSTA-PAIVA, L.H.S.; PINTO-NETO, A. M.; PERROTI, M.;ZABAGLIA, S.; PEDRO, A. O .; LANE, E.- Fatores de risco associados a diminuição da massa óssea em mulheres climatéricas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **18**: 625-31, 1996.

- CRAMER, D.W.; HARLOW, B.L.; XU, H.; FRAER, C.; BARBIERI, R. - Cross-sectional and case-controlled analyses of the association between smoking and early menopause. **Maturitas**, **22**:79-87, 1995.
- DANIEL, H.W. - Smoking, obesity and the menopause. **Lancet**, **1**:373, 1978.
- DENNERSTEIN, L.; BURROWS, G.D.; HYMAN, G.J.; SHARPE, K. - Hormone Therapy and affect. **Maturitas**, **1**:247-59, 1979.
- DENNERSTEIN, L.; SMITH, A.M.; MORSE, C.A.; BURGER, H.G. - Sexuality and the menopause. **J. Psyc. Obstet, Gynnaecol.**, **15**:59-66, 1994.
- DEN TONKELAAR. I. - Validity and reproducibility of self-reported age at menopause in women participating in the DOM-project. **Maturitas**, **27**:117-123, 1997.
- DITKOFF, E.C.; CRARY, W.G.; CRISTO, M.; LOBO, R.A. - Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. **Obstet. Gynecol.**, **78**:991-5, 1991.
- DONALDSON, J.F. - How did the human menopause arise ? **Menopause**, **4**:211-21, 1994.
- DRAPER, N.R. & SMITH, H.- **Applied regression analysis**. New York, John Wiley and Sons, 1981. 709p.
- DUDLEY, E.C.; HOPPER, J.L.; TAFFE, J.; GUTHRIE, J.R.; BURGER, H.G.; DENNERSTEIN, L. – Using longitudinal data to define the perimenopause by menstrual cycle characteristics. **Climateric**, **1**:18-25, 1998.
- DUNN, O .J. & CLARK, V. A .- **Applied statistics: analysis of variance and regression**. New York, John Wiley and Sons, 1987. 445p.

- FERGUSON, K.J.; HOEGH, C.; JOHNSON, S. - Estrogen replacement therapy: a survey of women's knowledge and attitudes. **Arch. Intern. Med.**, **149**:133-6, 1989.
- FONSECA, A . M.; HEGG, R.; GUARNIERI-NETTO, C.D.; MELO, N.R.; FILASSI, J.R.; SALVATORE, C.A .- Climatério: aspectos epidemiológicos e clínicos. **Rev. Bras. Terap.**, **14**:345-89, 1985.
- FRIES, J.F. & CRAPO, L.M. - The rectangularization of life. In: BYYNY, R.L. & SPEROFF, L. - **A clinical guide for the care of older women**. Baltimore, Willians & Wilkins, 1990. p.1-28.
- FRISCH, R.E. - Body fat, menarche, fitness and fertility. **Hum. Reprod.**, **2**:521-33, 1987.
- GATH, D.; OSBORNE, M.; BUNGAY, G. - Psychiatric disorder and gynaecological symptoms in middle aged women. **Br. Med. J.**, **294**:213-8, 1987.
- GINSBURG, J. What determines the age of menopause? **Br. Med. J.**, **302**:1288-9, 1991.
- GLASS, A.; SWERDLOFF, R.; BRAY, G.; DAHMS, W.; ATKINSON, R. - Low serum testosterone and sex-hormone-binding-globulin in massively obese men. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **45**:1211, 1977.
- GREENE, J.G. & COOKE, D.J. - Life stress and symptoms at the climacterium. **Br. J. Psychiatry**, **136**:486-91, 1980.
- GRIFFITHS, F & JONES, K. The use of hormone replacement therapy; results of a community survey. **Family Practice**, **12**: 163-5, 1995.

- GROENEVELD, F.P.M.J.; BAREMAN, F.R.; BARENTSEN, R.; DOKTER, H.J.; DROGENDIJK, A.C.; HOES, A.W. - Relationships between attitude towards menopause, well-being and medical attention, among women aged 45-60 years. **Maturitas**, **17**:77-88, 1993.
- GUARISI, T. - **Fatores Associados com a prevalência de sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas**. Campinas 1996. [Tese-Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP].
- GUARISI, T.; PINTO-NETO, A .M.; COSTA-PAIVA, L..H.S.; PEDRO, A.O ; FAUNDES, A .- Sintomas urinários e genitais em mulheres climatéricas. **J. Bras. Ginecol.**, **108**:125-30, 1998.
- HAHN, R.A.; EAKER, E.; ROLKA, H. - Reliability of reported age at menopause, **Am. J. Epidemiol.**, **146**:771-5,1997.
- HAINES, C..J.; CHUNG, T.K.H.; LEUNG, D.H.Y.- A prospective study of frequency of acute menopausal symptoms in Hong Kong Chinese women. **Maturitas**, **18**:175-81, 1994.
- HALBE, H.W.; FONSECA, A.M.; ASSIS, J.S.; VITÓRIA, S.M.; ARIE, M.H.A.; ELIAS, D.S.; MELO, N.R.; BAGNOLI, V.R. - Aspectos epidemiológicos e clínicos em 1.319 pacientes climatéricas. **Rev. Ginecol. Obstet.**, **1**:182-94, 1990.
- HAMMOND, C.B. - Estrogen replacement therapy: what the future holds. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **161**:1864-8, 1989.
- HARDY, E.; ALVES, G.; OSIS, M.J.D. - Climatério - Implicações sociais . **Femina** **20**:313-20, 1992.

- HARTZ, A.J.; BARBORIAK, P.N.; WONG, A.; KATAYAMA, K.P.; RIMM, A.A. - The association of obesity with infertility and related menstrual abnormalities in women. **Int. J. Obesity**, **3**:57, 1979.
- HOLTE, A. & MIKKELSEN, A. - Menstrual coping style, Social back-ground and climacteric symptoms. **Psyc. Social. Sci.**, **2**:41-5, 1982.
- HOLTE, A. & MIKKELSEN, A. - Psychosocial determinants of climacteric complaints. **Maturitas.**, **13**:205-15, 1991a.
- HOLTE, A. & MIKKELSEN, A. - The menopausal syndrome: A factor analytic replication. **Maturitas.**, **13**:193-203, 1991b.
- HOLTE, A. - Influences of natural menopause on health complaints: a prospective study of healthy Norwegian women. **Maturitas**, **14**:127-41, 1992.
- HOLTEDAHL, K. & HUNSKAAR, S.- Prevalence, 1-year incidence and factors associated with urinary incontinence: a population based study of women 50-74 years of age in primary care. **Maturitas**, **28**:295-11, 1998.
- HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S.- **Applied logistic regression**. New York, John Wiley and Sons, 1989. 307p.
- HOWELL, M.C. - What medical schools teach about women. **N. Engl. J Med.**, **291**:304-7, 1974.
- HUNSKAAR S. & BACKE, B.-Attitudes towards and level of information on perimenopausal and postmenopausal hormone replacement therapy among Norwegian women. **Maturitas**, **15**: 183-94,1992.
- HUNTER, M.S. - Emotional well-being, sexual behaviour and hormone replacement therapy. **Maturitas**, **12**:299-314, 1990.

- HUNTER, M. - The south-east England longitudinal study of the climacteric and postmenopause. **Maturitas**, **14**:117-26, 1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - (IBGE) -
Ressenciamento Geral da População, 1991. Rio de Janeiro, IBGE Ed., 1994.
- IOSIF, C.S. & BEKASSY, Z. - Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **63**:257-6, 1984.
- JASZMANN, L. - Epidemiology of climacteric and post-climacteric complaints. In:
VAN KEEP, P.A. & LAURITZEN, C. (eds.) - **Ageing and estrogens. Front Hormone Res.** Basel: Karger, 1973. p.22-34.
- JICK, H.; PORTER, J.; MORRISON, A.S. - Relation between smoking and age of natural menopause. **Lancet**, **1**:1354-1355, 1977.
- JOHANSSON, S.; VEDIN, A.; WILHELMSSON, C. - Myocardial infarction in women. **Epidemiol. Rev.**, **5**:67-95, 1983.
- JOHSON, R.A. & WICHERN, D.W.- **Applied multivariate statistical analysis. prentice-hall.** New Jersey, Englewood Cliffs, 1982. 582p.
- JUDD, H.; DAVIDSON, B.; FRUMAR, A.; SHAMONKI, I.; LA GASSE, L.; BALLON, S. - Serum androgens and estrogens in postmenopausal women with and without endometrial cancer. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **136**:859-61, 1980.
- KATO, I.; TONIOLO, P.; AKHNEDKHANOV, A.; KOENIG, K.L.; SHORE, R.; ZELENIUCH-JACQUOTTE, A. - Prospective study of factors influencing the onset of natural menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **51**:1271-6, 1998.
- KAUFERT, P.; LOCK, M.; MCKINLAY, S. - Menopause research: the Korpilamp workshop. **Soc. Sci. Med.**, **22**:1285-9, 1986.

- KAUFERT, P.A.; GILBERT, P.; TATE, R. - The manitoba project: a re-examination of the he link between menopause and depression. **Maturitas**, **14**:143-55, 1992.
- KAUFMAN, D.W.; SLONE, D.; ROSENBERG, F.; MIETTINEN, O.S.; SHAPIRO, S. - Cigarrete smoking and age at natural menopause. **Am. J Public. Health.**, **70**:420-2, 1980.
- KELSEY, J.L. - A review of the epidemiology of human breast cancer. **Epidemiol. Rev.**, **1**:74-109, 1979.
- KESTLOOT, H.; YUAN, X.Y.; JOOSSENS, J.V. - Changing mortality patterns in men. **Acta Cardiol.**, **43**:133-9, 1988.
- KHAW, K.T. - Epidemiology of the menopause. In: KHAW, K.T. (eds) - **Hormone replacement therapy**. New York, ChurChill Livingstone Inc, 1992. p.249-61.
- KHOSLA, T. & LOWE, C.R. - Obesity and smoking habits. **Br. Med. J.**, **4**:10-3, 1971.
- KISH, L. - Muestreo de conglomerado y submuestreo. In: Kish Leslie - **Muestreo de encuestas**. México, Editorial Trillas, 1972. p.182-219.
- KOLPEMAN. P.G.- Investigation of obesity. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **41**: 703-8, 1994.
- KOSTER, A. & GARDE, K.. - Sexual desire and menopausal development. A prospective study of Danish women born in 1936. **Maturitas**, **16**:49-60, 1993.
- KWAWUKUME, E..Y.; GHOSH T.S.; WILSON, J.B.- Menopausal age of Ghanaian women. **Int. J. Gynecol. Obstet.**, **40**:151-5, 1993.

- LA VECCHIA, C.; DECARLI, A.; FRANCESCHI, S.; GENTILE, A.; NEGRI, E.; PARAZZINI, F. - Menstrual and reproductive factors and the risk of myocardial infarction in women under fifty-five years of age. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **157**:1108-12, 1987.
- LARSON, B.; COLLINS, A. ; LANDGREN, B.M.- Urogenital and vasomotor symptoms in relation to menopausal status and the use of hormone replacement therapy (HRT) in healthy women during transition to menopause. **Maturitas**, **28**:99-105, 1997
- LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.L.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. - População: recenseamento e estimativas. In: LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.L.P.; LEBRÃO, M.L.; GOTLIEB, S.L.D. (eds.) **Estatística de Saúde**. 2ª edição, São Paulo: EPU, 1987. p.9-38.
- LEDÉSSERT, B; RINGA, V.; BRÉART, G. - Menopause and perceived health status among the women of the French GAZEL cohort. **Maturitas**, **20**:113-20-1995.
- LEE, E. T.- **Statistical methods for survival data analysis**. Belmont, lifetime Learning Publications, 1980.
- LEIBLUM, S.R. & SWARTZMAN, L.C. - Women's attitudes toward the menopause: an update. **Maturitas**, **8**:47-56, 1986.
- LEIDY, L.E.; CANALI, C.; CALLAHAN, W.E.- Reconsidering the assumption that clinical populations are nonrepresentative for studies of menopause: initial inquiries. In: 9th ANNUAL MEETING OF THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY, Toronto, 1998. **Anais**. Toronto, 1998. p.59.
- LINQUIST, O.; BENGTSSON, C.; HANSSON, T. - Age at menopause and its relation to osteoporosis. **Maturitas**, **1**:175-81, 1979.

- LOCK, M. - Models and practice in medicine: menopause as syndrome or life transition ? In: HAHN, R.A. & GAINES, A.D. (eds) - **Physicians of western medicine**. Boston: Reidel, 1985.
- LOCK, M.; KAUFERT, P.; GILBERT, P. - Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. **Maturitas**, **10**:317-22, 1988.
- LOCK, M. - Contested meanings of the menopause. **Lancet**, **337**:1270-2, 1991.
- MARSH, M.S. & WHITEHEAD, M.I. - Management of the menopause. **Br. Med. Bull.**, **48**:426-57, 1992.
- MATTISON, D.R. & THORGEIRSSON, S.S. - Smoking and industrial pollution, and their effects on menopause and ovarian cancer. **Lancet**, **i**:187-8, 1978.
- McCREA, F. - The politics of menopause: the discovery of a deficiency disease. **Soc. Prob.**, **31**:111-23, 1983.
- McKINLAY, S.; JEFFERYS, M.; THOMPSON, B. - An investigation of the age at menopause. **J. Biosoc. Sci.**, **4**:161-73; 1972.
- McKINLAY, S.M. & JEFFERYS, M. - The menopausal syndrome. **Br. J. Prev. Soc. Med.**, **28**:108-15, 1974.
- McKINLAY, S.M., BIFANO, N.L., McKINLAY, J.B. - Smoking and age at menopause in women. **Ann. Intern. Med.**, **103**:350-6, 1985.
- McKINLAY, J.B., McKINLAY, S.M., BRAMBILLA, D.J. - Health status and utilization behaviour associated with menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **125**:110-21, 1987.
- McKINLAY, S.; BRAMBILLA, D.J.; POSNER, J.G. The normal menopause transition. **Maturitas**, **14**:103-115, 1992.

- McLEAN, B.K., RUBEL, A.; NIKITOVITCH-WINER, M.B. - The differential effects of exposure to tobacco smoke on the secretion of luteinizing hormone and prolactin in the proestrous rat. **Endocrinology**, **100**:1566-70, 1977.
- MICHNOVICZ, J.L.; HERSHCOPF, R.J.; NAGANUMA. H. - Increased 2-hydroxylation of estradiol as a possible mechanism for the anti-estrogenic effect of cigarette smoking. **N. Engl. J. Med.**, **315**:1305-8, 1986.
- MOLANDER, U. - Urinary incontinence and related urogenital symptoms in elderly women. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **72**:1-17, 1993.
- MOORE, B. & KOMBE, H. - Climateric symptoms in a Tanzanian community. **Maturitas**, **13**:229-234, 1991.
- MORSE, C.A.; SMITH, A.; DENNERSTEIN, L.; GREEN, A.; HOPPER, J.; BURGER, H. - The treatment-seeking woman at menopause. **Maturitas** **18**:161-73, 1994.
- NAGATA, C.; MATSUSHITA, Y.; SHIMIZU, H. - Prevalence of hormone replacement therapy and user's characteristics: a community survey in Japan. **Maturitas**, **25**:201-7, 1996.
- NEGRI, E.; LA VECCHIA, C.; BRUZZI. - Risk factors for breast cancer: Pooled results from three italian case-control studies. **Am. J. Epidemiol.**, **128**:1207-15, 1988.
- NILSSON, K. & HEIMER, G.- Endogenous estrogen levels in postmenopausal women with severe urogenital atrophy. **Gynecol. Obstet. Invest.**, **34**:234-6, 1992.
- NOVAES,C.; ALMEIDA, O . P.; MELO, N.R.- Mental health among perimenopausal women attending a menopause clinic: possible association with premenstrual syndrome? **Climacteric**, **1**:264-70,1998.

- ODDENS, B.J.; BOULET, M.J.; LEHERT, P.; VISSER, A.P. - Has the climacteric been medicalized? A study on the use of medication for climateric complaints in four countries. **Maturitas**, **15**:171-181, 1992.
- ODDENS, B.J.; BOULET, M.J.; LEHERT, P.; VISSER, A.P. - A study on the use of medication for climateric complaints in Western Europe - II. **Maturitas**, **19**:1-12, 1994.
- OLDENHAVE, A.; JASZMANN, L.J.B.; HASPELS, A.A.; EVERAERD, W.TH.A.M. - Impact of climacteric on well-being. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **168**:772-80, 1993.
- OLIVEIRA, M.C.F.A. - Às mulheres, os hormônios! **Rev Bras Estudos Pop**, **9**:184-8, 1992.
- PARAZZINI, F.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; GENTILE, A. - Menstrual factors and the risk of epithelial ovarian cancer. **J. Clin. Epidemiol.**, **42**:443-8, 1989.
- PARAZZINI, F.; LA VECCHIA, C.; NEGRI, E.; FEDELE, L.; BALOTTA, F. - Reproductive factors and risk of endometrial cancer. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **164**:522-7, 1991.
- PARAZZINI, F.; NEGRI, E.; LA VECCHIA, C. - Reproductive and general lifestyle determinants of age at menopause. **Maturitas**, **15**:141-9, 1992.
- PEDRO, A.O.; PINTO-NETO A.M.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; ZABAGLIA, S.F.C.; SALINAS, J.R.; MASETTO, D.C.L.; DANTAS, F.J.- The role of routine ultrasound in assistance of postmenopausal women with emphasis on adenexal mass. **Maturitas**, **27**:332-7, 1996.
- PINTO-NETO, A .M.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; MIRANDA, W.A .; ZABAGLIA, S.F.C.; NASCIMENTO, F.L.B.; CAIRO, A.A.A.; PETTA, C.A ; LANE, E.- Patologia mamária na mulher climatérica. **J.B.G.**, **102**:309-12, 1992.

- PINTO-NETO, A .M.; PEDRO, A.O .; COSTA-PAIVA, L.H.S.; MAIA, C.A .T.; VEIRA, M.J.N.; LIMA Jr, J.A.T.; LANE, E.- Repercussões biopsicossociais da transição climatérica: a visão da mulher. **J. Bras. Ginecol.**, **104**:307-10, 1994.
- POLO-KANTOLA, P.; ERKKOLA, R.; HELENIUS, H.- When does estrogen replacement therapy improve sleep quality? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **5**:1002-9, 1998.
- PRATHER, J. & FIDELL L. - Sex differences in the content and style of medical advertisements. **Soc. Sci. Med.**, **9**:23-6, 1975.
- REKERS, H.; DROGENDIJK, A.C.; VALKENBURG, H.A.; RIPHAGEN, F. - The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract. **Maturitas**, **15**:101-11, 1992.
- RIZK, D.E.E.; BENER, A .; EZIMOKHAI, M.; HASSAN, M. Y.; MICALLEF, R.- The age and symptomatology of natural menopause among United Arab Emirates women. **Maturitas**, **29**:197-202, 1998.
- RODRIGUES DE LIMA, G. & BARACAT, E.C.- Síndrome do Climatério. In: RODRIGUES DE LIMA, G. & BARACAT, E.C. - **Ginecologia Endócrina**. São Paulo, Atheneu, 1995. p.253-98.
- SAMSIOE, G.- Urogenital aging: a hidden problem. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **5**: 245-9, 1998
- SARREL, E.P. - Sexuality and Menopause. **Obstet. Gynecol.**, **75**:265-8, 1990.
- SHELLEY, J.M.; SMITH, A.M.A.; DUDLEY, E.; DENNERSTEIN, L. - Use of hormone replacement therapy by melbourne women. **Aust. J. Public Health**, **19**:387-92, 1995.

- SHERMAN, B.; WALLACE, R.; BEAN, J.; SCHALABAUGH, L. - Relation of body weight to menarcheal and menopausal age: implications for breast cancer risk. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **52**:488-93, 1981.
- SHERWIN, B.B. - The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **72**:336-43, 1991.
- SIEGEL, S.- **Non-parametric Statistics For The Behavioral Sciences.** McGraw-Hill, Inc., 1956.
- SNIEDER, H.; MACGREGOR, A. J.; SPECTOR, T.D.- Genes control the cessation of a woman's reproductive life: A twin study of hysterectomy and age at menopause. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, **6**:1875-80, 1998.
- SOBERON, J.; CALDERON, J.J.; GOLDZIEHER, J.W. - Relation of parity to age at menopause. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **96**:96-100, 1966.
- SPECTOR, T.D.- Use of oestrogen replacement therapy in high risk groups in the United Kingdom. **Br. Med. J.**, **229**: 434-5, 1989.
- SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. - **Clinical gynecologic endocrinology and infertility.** 4th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1989. p.134-55.
- STADBERG, E.; MATTSSON, L.; MILSOM, I.- Womens attitudes and knowledge about the climacteric period and its treatment. A Swedish population -based study. **Maturitas** **27**: 109-16,1997.
- STANFORD, J.L.; HARTGE, P.; BRINTON, L.A.; HOOVER, R.N.; BROOKMEYER, R. - Factors influencing the age at natural menopause. **J. Chron. Dis.**, **40**:995-1002, 1987.
- STANTON, S.L. & CARDOZO, L.D. - Surgical treatment of incontinence in elderly women. **Surg. Gynecol. Obstet.**, **150**:555-7, 1980.

- STUDD, J.W.W. & WHITEHEAD, M.I. (eds.) - **The menopause**. Boston: Blackwell Scientific Publications, 1988.
- STUDD, J.W.W.; CHAKRAVARTI, S.; ORAM, D. - The climateric. **Clin. Obstet. Gynecol.**, **4**:3-29, 1977.
- SUKWATANA, P.; MEEKHANGUAN, J.; TAMRONGTERAKUL, T.; TANAPAT, Y.; ASAVARAIT, S.; BOONJITRPIMON, P.- Menopausal symptoms among Thai women in BangKok. **Maturitas**, **13**:217-28, 1991.
- TEASDALE, T.A.; TAFFET, G.E.; LUCHI, R.J.; ADAM, E. - Urinary incontinence in a community - resideng elderly population . **JAGS**, **36**:600-6, 1988.
- THACKER, H.L.- Menopause. **Primary care**, **24**:205-21, 1997.
- TOPO, P.; KOSTER, A.; HOLTE, A.; COLLINS, A.; LANDGREN, B.M.; HEMMINKI, E.; UUTELA, A. - Trends in the use of climacteric and postclimacteric hormones in Nordic countries. **Maturitas**, **22**:89-95, 1995.
- TORGERSON, D.J.; AVENELL, A.; RUSSELL, I.T.; REID, D.M. - Factors associated with onset of menopause in women aged 45-49.**Maturitas**, **19**:83-92, 1994.
- UTIAN, W. - Consensus Workshop: The Climacteric syndrome. In:VAN KEEP, P.A., (ed.) - **Consensus on Menopause Research**. Lancaster, MTP, 1976. p.1-4.
- UTIAN, W.H. & SCHIFF, I. NAMS - Gallup survey on women's knowledge, information sources, and attitudes to menopause and hormone replament therapy. **Menopause**, **1**:39-48, 1994.
- UTIAN, W. H.- Menopause- a modern perspective from a controversial history. **Maturitas**, **26**: 73-82, 1997.

- VAN KEEP, P.A.; GREENBLATT, R.B.; ALBEAUX-FERNET, M. (eds.) - In: FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON THE MENOPAUSE. 1976, Lancaster. **Proceedings**. MTP. Press 1976. p.1.
- VAN KEEP, P.A.; BRAND, P.C.; LEHERT, P.H. - Factor affecting the age at menopause. **J. Biosoc. Sci.**, **6**:37-55, 1979.
- VAN NOORD, P.A.H.; DUBAS, J.S.; DORLAND, M.; BOERSMA, H.; VELDE, E.T. - Age at natural menopause in population-based screening cohort: the role of menarche, fecundity, and lifestyle factors. **Fertil. Steril.**, **68**:95-102, 1997.
- VON MÜHLEN, D.G.; KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BARRET-CONNOR, E. A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. **Maturitas**, **22**:71-8, 1995.
- WANDERLEY, M.S.; GONÇALVES, C.R.; BATISTA, F. C.; OLIVEIRA, M.A. - Aspectos epidemiológicos das pacientes atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universtário de Brasília (HUB). In: II CONGRESSO LATINO AMERICANO DE CLIMATÉRIO E MENOPAUSA. Brasília, 1998. **Anais**. Brasília, 1998. p.65.
- WASTI, S.; ROBINSON, S.C.; AKHTAR, Y.; KHAN, S.; BADARUDDIN, N. - Characteristics of menopause in three socioeconomic urban groups in Karachi, Pakistan. **Maturitas**, **16**:61-9, 1993.
- WEHBA, S.; FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; FERREIRA, J.A.S.; FARIA-Jr, D; ROUCOURT, S.- Aspectos epidemiológicos, clínicos e de diagnóstico do Climatério. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; SOARES, C.N.; WEHBA, S.- **Hormonioterapia e psicofarmacoterapia na saúde da mulher**. SOBRAC, São Paulo, 1998. p. 15-22.

- WHELAN, E. A.; SANDLER, D.P.; McCONNAUGHEYD, R.; WEINBERG, C.R. - Menstrual and reproductive characteristics and age at natural menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **131**:625-32, 1990.
- WIKLUND, I.; BERG G.; HAMMAR, M.; KARLBERG, J.; LINDGREN R.; SANDIN, K. - Long-term effect of transdermal hormonal therapy on aspects of quality of life in postmenopausal women. **Maturitas**, **14**:225-36, 1992.
- WIKLUND, I.; HOLST, J.; KARLBERG, J. - A new methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. **Maturitas**, **14**:211-24, 1992.
- WIKLUND, I.; KARLBERG, J.; MATTSON, L.A. - Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **168**:824-30, 1993.
- WILBUR, J.; MILLER, A.M.; MONTGOMERY, A.; CHANDLER, P.- Sociodemographic characteristics, biological factors, and symptom reporting in midlife women. **Menopause**, **5**:43-51, 1998.
- WILLETT, W.; STAMPFER, M.L.; BAIN, C. - Cigarette smoking, relative weight and menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **117**:651-8, 1983.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Research on the menopause**. Geneva, WHO, Technical Report Series, 1981. 670p.
- WRIGHT, H.J.- The female perspective: women's attitudes towards urogenital aging. In: WREN, B.G. (ed.) - Progress in the management of the menopause. In: 8th INTERNATIONAL CONGRESS ON THE MENOPAUSE. Sydney, 1996. **Proceedings**. Sydney, Austrália. Press. p.476-80. 1996.

9. *Bibliografia de Normatizações*

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/
PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

Sumário - Volume II

<i>Anexo 1</i>	EXEMPLO DO MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO	<i>1</i>
<i>Anexo 2</i>	FICHA DE ITINERÁRIO	<i>2</i>
<i>Anexo 3</i>	INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ITINERÁRIO	<i>3</i>
<i>Anexo 4</i>	<i>Check List</i>	<i>5</i>
<i>Anexo 5</i>	CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO ORAL	<i>6</i>
<i>Anexo 6</i>	QUESTIONÁRIO	<i>7</i>
<i>Anexo 7</i>	PROGRAMA DE TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS E SUPERVISORAS	<i>33</i>
<i>Anexo 8</i>	MANUAL DA ENTREVISTADORA	<i>37</i>
<i>Anexo 9</i>	MANUAL DA SUPERVISORA	<i>67</i>

1.

2.

5 4 3
6 7 2
8 9 1

Anexo 2

3. FICHA DE ITINERÁRIO

4. Entrevistadora _____ Setor _____

5. Página _____ de _____

6. Rua/Av. e número	7. Nome	8. Idad e (45-60)	9. N.º CL	10. C L	11. N.º Quest.	12. OBS.
13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.
27.	28.	29.	30.	31.	32.	33.
34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.
41.	42.	43.	44.	45.	46.	47.
48.	49.	50.	51.	52.	53.	54.

Anexo 3

55. INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ITINERÁRIO

56. Cada um dos campos em brancos da Ficha de Itinerário estava reservado para uma informação específica:
57. A entrevistadora anotava o seu nome no campo referente à “ENTREVISTADORA”.
58. Anotava, no campo para “SETOR”, o número que vem marcado no mapa.
59. Numerava as páginas no momento de começar a preencher cada uma, usando o espaço designado “PÁGINA”.
60. Ao terminar o trabalho no setor, a entrevistadora contava quantas páginas usou e anotava esse número no espaço “DE”. Assim, por exemplo, as Fichas de Itinerário foram numeradas: 1 de 3, 2 de 3 ou 3 de 3.
61. Na coluna “RUA/AV. e NÚMERO”, anotou-se o nome da rua, o número do endereço e, quando houvesse, o complemento (apto, fundos ou outro), ou se estava desocupado, se era comércio, terreno, construção, ou fábrica.
62. Na coluna “NOME”, anotou-se o primeiro nome das mulheres elegíveis, moradoras daquele domicílio. Morar no domicílio significa que a mulher não estava de visita. Anotou-se também, se houvesse, o apelido das mulheres, entre parênteses. Essa informação a entrevistadora obtinha perguntando: “Quantas mulheres moram na casa?”, “Qual o nome de cada uma?” e “Qual a idade delas?”. Para anotar essa informação, era obedecida rigorosamente a ordem alfabética dos nomes.

63. No caso de um domicílio onde não morava nenhuma mulher com idade entre 45 a 60 anos, a entrevistadora colocava um traço (-) na coluna dos nomes.
64. Na coluna referente à “IDADE 45-60”, anotava a idade das mulheres ao lado dos respectivos nomes.
65. Na coluna “N.º CL”, anotava o número do *chek-list* (Anexo3) que foi preenchido para cada mulher elegível.
66. Para as colunas até aqui citadas, a entrevistadora obtinha as informações com qualquer morador do domicílio. Para as colunas seguintes, a entrevistadora só obtinha as informações perguntando diretamente para cada uma das mulheres moradoras nos domicílios visitados.
67. Na coluna “CL”, a entrevistadora anotava A ou R após aplicar o *chek-list* diretamente a cada uma das mulheres elegíveis. Se o resultado do *chek-list* fosse ACEITA, a entrevistadora anotava “A”, e se fosse REJEITADA, anotava “R”. Quando não era possível nesse instante aplicar o *check-list*, era anotado um sinal de interrogação (?), a lápis, no campo correspondente, até que entrevistadora conseguisse aplicá-lo.
68. A entrevistadora só poderia selecionar uma mulher em cada casa, que deveria ser a primeira na lista daquele domicílio, segundo a ordem alfabética.
69. Na coluna “N.º QUEST.”, era anotado o número do questionário, depois de realizada a entrevista. Se a entrevista ficasse pendente, era feito um sinal de interrogação (“?”) a lápis. Se a mulher desta linha não fosse selecionada, era colocado uma traço (-).
70. Na coluna do “OBSERVAÇÕES” eram anotadas, se necessário, informações sobre as outras colunas. Por exemplo, algum telefone para contato, ou melhor horário para encontrar em casa uma determinada mulher.

Anexo 4

71. Check List

72. Nome: _____

73. Endereço: _____ Tel _____

74. Nº estudo _____

75. Idade: |__| |__|

76. Nacionalidade - Nato:

77. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO ORAL

78. Prezada Sra. estamos realizando uma pesquisa sobre menopausa, com mulheres residentes na cidade de Campinas, que tem o seguinte nome “Pesquisa sobre a saúde da mulher em Campinas”. A pessoa responsável pela pesquisa é a Dra. Adriana Orcesi Pedro, do Departamento de Ginecologia da UNICAMP. Gostaríamos de convidá-la a participar do estudo. Se aceitar este convite, sua participação consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre a senhora e sobre suas opiniões acerca de diversos assuntos relacionados à menopausa. O tempo aproximado para responder ao questionário é de 30 a 40 minutos.

79. Sua participação e opinião são muito importantes para nosso estudo. A Sra. tem a liberdade de aceitar ou recusar a participar do estudo, bem como a de não responder alguma (s) das perguntas do questionário, se assim desejar.

80. Asseguramos-lhe que o seu nome não aparecerá no questionário, que receberá apenas um número pelo qual será identificado. De igual modo, quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, nunca será mencionado o nome de qualquer pessoa que tiver respondido o questionário.

81. A Sra. aceita participar do estudo respondendo o questionário ?

82. **Entrevistadora:** para todas as mulheres que aceitarem participar, aplicar o questionário.

Anexo 6

83. QUESTIONÁRIO

84. PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS

85. Nº. DO SETOR ||| Nº.

86. CPS BG NA JE SZ

87. ENTREVISTADORA:

88. DATA: _____

89. OBSERVAÇÕES:

90. _____

91. _____

92. _____

93. _____

94. _____

95. =====

113. SEÇÃO 1

114. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS E REPRODUTIVOS

115. **I.1.1 ENTR. DIGA:** Gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua vida em geral.

116. _____ ANOS 1.1 Qual é a sua idade?

116.1 Há quanto tempo a Sra. mora em Campinas?

117. _____ MESES OU _____ ANOS [88] SEMPRE MOREI

118. PASSE A 1.4

118.1 Antes de morar em Campinas, em que cidade e Estado a Sra. morou por mais tempo?

119. CIDADE: _____ ESTADO:

119.1 Foi à escola?

120. [1] SIM

[2] NÃO

121. PASSE À 1.6

121.1 Qual a última série que completou?

122. _____ SÉRIE DO _____ GRAU [88] NÃO SABE/

123. NÃO LEMBRA

123.1 Qual a sua religião?

124. [1] CATÓLICA ROMANA

[5] RELIGIÕES ORIENTAIS

125. [2] PROTESTANTE TRADICIONAL

[6] EVANGÉLICA (CRENTE,

126. (PRESBITERIANA, BATISTA,

ASSEMBLÉIA, CONGREGAÇÃO,

127. METODISTA)

UNIVERSAL)

128. [3] ESPÍRITA KARDECISTA

[7] JUDAICA / ISRAELITA

129. [4] UMBANDA / CANDOMBLÉ

[10] OUTRA. Qual? _____ |____|

130. [8] NENHUMA ==> PASSE À 1.9

130.1 Desde quando a Sra. segue essa religião?

131. [1] DESDE QUE NASCI

[3] HÁ MAIS DE 1 ANO ATÉ 5 ANOS

132. [2] HÁ MENOS DE 1 ANO

[4] HÁ MAIS DE 5 ANOS

132.1 a(o) _____ ? (VER 1.6 - IGREJA, CULTO,

Com que freqüência a Sra. vai

133.

TERREIRO)

134. [1] PELO MENOS UMA VEZ POR SEMANA [4] ESPORADICAMENTE
 135. [2] DUAS VEZES POR MÊS [5] NÃO FREQUENTA
 136. [3] UMA VEZ POR MÊS [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

136.1 A Sra. trabalha o dia todo, meio período, menos de meio período ou não trabalha?

137. [1] O DIA TODO
 138. [2] MEIO PERÍODO
 139. [3] MENOS DE MEIO PERÍODO
 140. [4] NÃO TRABALHA

140.1 A Sra. fuma atualmente, já fumou no passado ou nunca fumou?

141. [1] FUMA ATUALMENTE ==> PASSE À 1.12
 142. [2] FUMOU NO PASSADO
 143. [3] NUNCA FUMOU ==> PASSE À 1.14

143.1 Há quanto tempo a Sra. parou de fumar?

144. |____|____| MESES OU |____|____| ANOS

144.1 Quantos cigarros a Sra. fuma/fumava por dia?

145. |____|____| CIGARROS [88] OUTROS: _____
 146. _____ |____|____|

146.1 Há quanto tempo a Sra. fuma/ Por quanto tempo fumou?

147. |____|____| MESES OU |____|____| ANOS

147.1 Entre estas que eu vou ler, qual a Sra. considera que é a sua cor ou raça: branca, parda, mulata, preta, oriental ou indígena?

148. [1] BRANCA [5] ORIENTAL
 149. [2] PARDA [6] ÍNDIGENA
 150. [3] MULATA [7] OUTRA. Qual? _____
 151. [4] PRETA _____ |____|

152. Atualmente a Sra. é solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva?

- | | | |
|--------------------------------|----|------------|
| 153. [1] SOLTEIRA | 15 | 155. |
| 156. [2] CASADA | 15 | 158. |
| 159. [3] AMASIADA/VIVE JUNTO | 16 | 161. PASSE |

162. [4] 16 | 164. À 1.17
SEPARADA/DIVORCIADA

165. [5] VIÚVA 16 | 167.

167.1 A Sra. alguma vez viveu com um marido/companheiro?

168. [1] SIM [2] NÃO

169. PASSE À 1.21

169.1 Com que idade a Sra. começou a viver com um marido/companheiro pela primeira vez?

170. |____|____| ANOS

170.1 Atualmente a Sra. mora com um marido/companheiro?

171. [1] SIM [2] NÃO

172. PASSE À 1.20

172.1 A Sra. teve um marido/companheiro antes desse com quem vive atualmente?

173. [1] SIM [2] NÃO

173.1 No total, quanto tempo a Sra. vive/viveu junto com um marido ou companheiro?

174. |____|____| ANOS OU |____|____| MESES OU |____|____| DIAS

175. 1.21 Quantas vezes a Sra. já ficou
grávida? |____|____| [88] NENHUMA

176. PASSE À 1.1.3

177. 1.22 Quantos abortos a Sra. teve?
|____|____| [88] NENHUM

178. 1.23 Quantos filhos nasceram vivos?
|____|____| [88] NENHUM

179. 1.24 Quantos filhos nasceram mortos?
|____|____| [88] NENHUM

180. 1.25 Quantos filhos estão vivos hoje?
|____|____| [88] NENHUM

180.1 Atualmente está grávida?

181. [1] SIM [2] NÃO

182. PASSE À F.1.1

182.1 A Sra. esteve grávida nos últimos 12 meses?

183. [1] SIM [2] NÃO

184. **I.1.2 ENTR.** VERIFICAR O NÚMERO DE GRAVIDEZES COM 1.22, 1.23, 1.24, 1.25 E 1.26. EM CASO DE INCONSISTÊNCIA REPITA AS PERGUNTAS E CORRIJA A QUE ESTIVER INCONSISTENTE.

185. **F.1.1 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.25:

186. [1] 1.25 ? 88

[2] 1.25 = 88

187. PASSE À I.1.3

187.1 Qual é a idade do seu filho ou filha mais novo(a)?

188. |____|____| ANOS

OU

|____|____| MESES

188.1 Quantos filhos estão atualmente morando com a Sra. na sua casa?

189. |____|____| FILHOS

[88] NENHUM

189.1 Tem algum neto morando com a Sra.?

190. [1] SIM

[2] NÃO

191. **I.1.3 ENTR. DIGA:** Vamos conversar um pouco sobre métodos anticoncepcionais, para evitar filhos.

192.1.31 A Sra. já usou alguma vez?	193. 1 SIM	194. 2 NÃO O
195.a) Pílula (comprimido)	196.	197.
198.b) DIU (aparelho)	199.	200.
201.c) Injeção	202.	203.
204.d) Laqueadura (operação da mulher)	205.	206.
207.e) Vasectomia (operação do homem)	208.	209.
210.f) Camisinha	211.	212.
213.g) Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré)	214.	215.
216.h) Diafragma	217.	218.
219.i) Tabela	220.	221.
222.j) Outro: Qual? _____ ____	223.	224.

224.1 Qual método para evitar filhos está usando atualmente?

225. TEXTUAL: _____ |__|__| [88] NENHUM

226. **I.1.4 ENTR. DIGA:** Agora vamos falar sobre outros assuntos.

227. 1.33 Com que idade a Sra. teve sua primeira menstruação? |__|__| ANOS

227.1 Com que idade a Sra. teve sua primeira relação sexual?

228. |__|__| ANOS [3] NUNCA TEVE

229. PASSE À 1.39

229.1 Nos últimos 12 meses a Sra. está tendo relações sexuais?

230. [1] SIM [2] NÃO

231. PASSE À 1.37

231.1 Por que a Sra. não está tendo relações sexuais?

232.	[1] NÃO TEM PARCEIRO	23	234.
235.	[2] O PARCEIRO É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE	23	237.
238.	[3] ELA É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE	23	240.
241.	[4] IMPOTÊNCIA DO PARCEIRO	24	243.
244.	[5] PARCEIRO NÃO PROCURA MAIS	24	246.
247.	[6] ELA NÃO PROCURA MAIS O PARCEIRO	24	249. P ASS E
250.	[7] POR QUE SENTE DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL	25	252. À 1.39
253.	[10] NÃO SENTE DESEJO DE TER RELAÇÕES	25	255.
256.	[11] O CASAL NÃO SE DÁ BEM	25	258.
259.	[12] POR QUE TEM MEDO DE ENGRAVIDAR	26	261.
262.	[13] OUTRO. Qual? _____	26	264.
265.	_____ __	26	267.

267.1 Atualmente, quantas vezes por mês a Sra. tem relações sexuais?

268. |__|__| VEZES

268.1 Atualmente a Sra. tem prazer nas relações, sempre, às vezes ou nunca?

269. [1] SEMPRE [2] ÀS VEZES [3] NUNCA

269.1 A Sra. fez alguma dessas cirurgias ginecológicas que eu vou ler?

270. CIRURGIA	271. S I M	272. N Ã O	273. 8. NÃO SABE / NÃO LEMBRA
274.a) Laqueadura (operação da mulher)	275.	276.	277.
278.b) Retirada do útero	279.	280.	281.
282.c) Retirada de um ovário	283.	284.	285.
286.d) Retirada de dois ovários	287.	288.	289.
290.Outras. Quais? _____	292.	293.	294.
291. _____			

295. **F.1.2 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.39b:

296. [1] 1.39 b = 1

[2] 1.39 b = 2

297. PASSE À 1.41

297.1 Quando a Sra. tirou o útero, ainda estava menstruando todos os meses, estava irregular ou já não estava menstruando?

298. [1] MENSTRUAVA TODOS OS MESES

299. [2] ESTAVA IRREGULAR

300. [3] JÁ NÃO ESTAVA MENSTRUANDO

301. [8] NÃO LEMBRA

302. 1.41 Qual é a sua altura? _____|_____|_____| CM

303. **I.1.5 ENTR.** SE A ENTREVISTADA NÃO SOUBER QUAL É A SUA ALTURA, PEÇA SEU CONSENTIMENTO E FAÇA A MEDIDA.

304. 1.42 Qual é o seu peso?
 _____|_____|_____|_____| kg

305. SEÇÃO 2
306. ATITUDE FRENTE À MENOPAUSA

307. **I.2.1 ENTR. DIGA:** Agora gostaria de conversar um pouco sobre a menopausa. Eu irei ler algumas afirmações sobre a menopausa e vou pedir que a Sra. dê sua opinião pensando nas mulheres em geral. Por favor, diga se concorda ou discorda do que eu irei ler.

308.PENSANDO NAS MULHERES EM GERAL ...	309. 1.CONCORDO	310. 2. DISCORDO	311. 3. MAIS OU MENOS
312.2.1 A mulher sente-se mais velha após a menopausa.	313.	314.	315.
316.2.2 Na menopausa a mulher pode ficar mais estressada (esgotada).	317.	318.	319.
320.2.3 Na menopausa aparecem sintomas que incomodam.	321.	322.	323.
324.2.4 Na menopausa a mulher freqüentemente tem mais problemas emocionais (depressão, tristeza, nervosismo, irritabilidade).	325.	326.	327.
328.2.5 Os parceiros de mulheres que estão na menopausa acham que elas ficam menos atraentes ("bonita").	329.	330.	331.
332.2.6 Para a mulher, a fase da menopausa é um período desagradável ("ruim").	333.	334.	335.
336.2.7 Durante a menopausa a mulher sente-se menos feminina ("mulher").	337.	338.	339.
340.2.8 Na menopausa a mulher freqüentemente não se sente bem.	341.	342.	343.
344.2.9 A mulher sente-se menos atraente após a menopausa ("bonita").	345.	346.	347.
348.2.10 Após a menopausa, as mulheres têm menos vontade de ter relações sexuais.	349.	350.	351.
352.2.11 As mulheres não podem controlar aquilo que causa todos os problemas na menopausa.	353.	354.	355.
356.2.12 A menopausa traz coisas boas.	357.	358.	359.

360.2.13 Os problemas da menopausa desaparecem sozinhos.	361.	362.	363.
364.	365.	366.	367.
368.PENSANDO NAS MULHERES EM GERAL ...	369. 1.CONCORDO	370. 2. DISCORDO	371. 3. MAIS OU MENOS
372.2.14As mulheres que ficam imaginando que vão ter sintomas na menopausa, acabam tendo.	373.	374.	375.
376.2.15É agradável saber que a gravidez não é possível após a menopausa.	377.	378.	379.
380.2.16Após a menopausa, a mulher acha o sexo mais prazeroso.	381.	382.	383.
384.2.17Em geral, as mulheres na menopausa acham que as mudanças físicas são normais.	385.	386.	387.
388.2.18A mulher sente-se mais madura e autoconfiante na menopausa.	389.	390.	391.
392.2.19Após a menopausa, as relações sexuais ficam melhores.	393.	394.	395.
396.2.20Para os problemas da menopausa, a mulher deve preferir tratamentos naturais (isto é: dieta, exercícios, vitamina) ao invés dos hormonais.	397.	398.	399.
400.2.21A ausência de menstruação após a menopausa é um alívio.	401.	402.	403.
404.2.22Após a menopausa, a mulher se sente mais livre e mais independente.	405.	406.	407.
408.2.23As mulheres na menopausa deveriam consultar um médico.	409.	410.	411.
412.2.24Os sintomas da menopausa não devem ser tratados com medicação.	413.	414.	415.
416.2.25As mulheres com sintomas da menopausa devem tomar hormônios.	417.	418.	419.
420.2.26O tratamento hormonal traz mais vantagens que desvantagens.	421.	422.	423.

424.2.27A menopausa deve ser tratada com medicação.	425.	426.	427.
---	------	------	------

428.SEÇÃO 3
429.ESTADO MENOPAUSAL E SINTOMAS

430. **I.3.1. ENTR. DIGA:** Agora vou fazer algumas perguntas sobre suas menstruações.

430.1 A Sra. tem menstruações todos os meses?

431. [1] SIM [2] NÃO

432. PASSE À I.3.3

432.1 Sempre foi assim ou mudou de uns tempos prá cá?

433. [1] SEMPRE FOI ASSIM [2] MUDOU

434. PASSE À 3.4

434.1 Por que a Sra. acha que mudou?

435. [1] PORQUE ESTÁ PERTO DA MENOPAUSA/JÁ ESTÁ NA MENOPAUSA

436. [2] PORQUE FEZ UMA CIRURGIA

437. [3] PORQUE ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO/ ANTICONCEPCIONAL

438. [8] NÃO SEI

439. [4] OUTRO. Qual? _____ |__|__|

439.1 Há quanto tempo foi a sua última menstruação natural (sem que precisasse tomar remédios para menstruar)?

440. |__|__| ANOS OU |__|__| MESES OU |__|__| DIAS

441. PASSE À 3.6

441.1 Com que idade a Sra. teve sua última menstruação?

442. |__|__| ANOS

443. **I.3.2. ENTR. CONFERIR A IDADE COM P1.1. E CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA.**

443.1 A Sra. já consultou um médico por causa dessas mudanças em sua menstruação?

444. [1] SIM [2] NÃO

445. PASSE À 3.8

446. Por que a Sra. nunca consultou um médico?

447. [1]

450. [2]

453. [3]

456. [4]

459. [5]

462. [6]

465. [7]

468. [8]

471. [10]

474. _____ |

44 449.

45 452.

45 455.

45 458.

46

461. P
ASS
E

464. À
.
1.3.3

46

46 467.

46 470.

47 473.

47 476.

476.1 O médico receitou alguma medicação?

477. [1] SIM [2] NÃO

478. PASSE À 1.3.3

478.1 Qual?

479. TEXTUAL _____ |

480. _____ |

480.1 A Sra. toma essas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

481. [1] TOMA ATUALMENTE [2] JÁ PAROU [3] NUNCA TOMOU

482. **I.3.3 ENTR. DIGA:** Eu vou ler alguns sintomas e gostaria que a Sra. me dissesse se alguma vez sentiu cada um deles.

483. **ENTR:** FAÇA A PERGUNTA 3.11 PARA CADA ITEM, DE “a “ ATÉ “ i ”. PARA CADA ITEM QUE A MULHER RESPONDER SIM, FAÇA A 3.12

484.SINTOMAS	485.3.11 Alguma vez sentiu?	486.3.12 Durante o último mês, quantas vezes sentiu?
487.a) Ondas de calor? (fogacho)	488. 1 SIM 2 NÃO	489. _ _ VEZES 88 NENHUMA
490.b) Suor intenso? (sudorese)	491. 1 SIM 2 NÃO	492. _ _ VEZES 88 NENHUMA
493.c) Batedeira? (palpitação)	494. 1 SIM 2 NÃO	495. _ _ VEZES 88 NENHUMA
496.d) Tontura?	497. 1 SIM 2 NÃO	498. _ _ VEZES 88 NENHUMA

499.SINTOMAS	500.3.11 Alguma vez sentiu?	501.3.12 Durante o último mês, quantos dias sentiu?
502.e) Nervosismos/ ansiedade?	503. 1 SIM 2 NÃO	504. _ _ DIAS 88 NENHUM
505.f) Irritabilidade?	506. 1 SIM 2 NÃO	507. _ _ DIAS 88 NENHUM
508.g) Dor de cabeça? (cefaléia)	509. 1 SIM 2 NÃO	510. _ _ DIAS 88 NENHUM
511.h) Depressão (tristeza, melancolia)	512. 1 SIM 2 NÃO	513. _ _ DIAS 88 NENHUM
514.i) Insônia? (dificuldade para dormir)	515. 1 SIM 2 NÃO	516. _ _ DIAS 88 NENHUM

517. **F.3.1 ENTR.** MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.11 E 3.12:

518. [1] PELO MENOS 1 ITEM DE 3.11 = 1

519. [2] TODOS OS ITENS DE 3.11 = 2 =====> PASSE À 3.19

520. **I.3.5 ENTR.** VEJA O QUE A MULHER RESPONDEU NA 3.11, **então diga:** A Sra. me disse que alguma vez já sentiu (CITE OS SINTOMAS QUE ELA SENTIU). DEPOIS FAÇA A 3.13.

520.1 Quando começou a sentir esses sintomas, a Sra. consultou um médico por causa de algum deles?

521. [1] SIM [2] NÃO

522. PASSE À 3.15

522.1 Qual desses sintomas foi o principal que a levou a consultar o médico?

523. TEXTUAL _____

524. PASSE À 3.16

525. Por que a Sra. nunca consultou o médico?

526. [1]

52 528.

529. [2]

53 531.

532. [3]

53 534.

535. [4]

53 537.

538. [5]

53 540. P
ASS
E

541. [6]

54 543. À
3.19

544. [7]

54 546.

547. [8]

54 549.

550. [10]

55 552.

553. [11]

55 555.

556. _____

55 558.

558.1 O médico receitou alguma medicação?

559. [1] SIM [2] NÃO

560. PASSE À 3.19

560.1 Qual?

561. TEXTUAL _____

562. _____

562.1 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

563. [1] TOMA ATUALMENTE [2] JÁ PAROU [3] NUNCA TOMOU

563.1 A Sra. sofre de perda da urina quando tosse, ri ou levanta peso, sempre, às vezes ou nunca?

564. [1] SEMPRE [2] ÀS VEZES [3] NUNCA

565. PASSE À F.3.2

565.1 Desde quando?

566. [1] COMEÇOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES (PERGUNTAR SE HOUE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

567. [2] DESDE 2-3 ANOS (PERGUNTAR SE HOUE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

568. [3] HÁ MAIS DE 3 ANOS (PERGUNTAR SE HOUE ALGUM ACONTECIMENTO ASSOCIADO A ISSO)

569. [4] DESDE O PARTO DE ALGUM DOS MEUS FILHOS

570. [5] DESDE UMA CIRURGIA (GINECOLÓGICA)

571. [6] SOFREU DISTO A VIDA INTEIRA / TEM PREGUIÇA DE IR AO BANHEIRO

572. [8] NÃO LEMBRA

572.1 A Sra. já consultou um médico por esta perda da urina?

573. [1] SIM [2] NÃO

574. PASSE À 3.23

574.1 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

575. [1]

578. [2]

581. [3]

584. [4]

587. [5]

57	577.
57	580.
58	583.
58	586.
58	
	589. P
	ASS
	E

590.	[6]	59	592. À
			F.3.2
593.	[7]	59	595.
596.	[8]	59	598.
599.	[10] NÃO TEM TEMPO / TEM MUITO TRABALHO	60	601.
602.	[11]	60	604.
605.	_____ __	60	607.

607.1 O médico receitou alguma medicação?

608. [1] SIM [2] NÃO

609. PASSE À F.3.2

609.1 Qual?

610. TEXTUAL _____ |__|

611. _____ |__|

611.1 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

612. [1] TOMA ATUALMENTE [2] JÁ PAROU [3] NUNCA TOMOU

613. F.3.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.35 (pág. 5):

614. [1] 1.35 = 1 OU 2 [2] 1.35 = 0

615. PASSE À 3.33

615.1 A Sra. notou alguma mudança em sua vida sexual nos últimos 12 meses?

616. [1] SIM [2] NÃO

617. PASSE À 3.33

617.1 Que mudanças a Sra. sentiu?

618. [1] DIMINUIÇÃO NO INTERESSE SEXUAL

619. [2] AUMENTO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

620. [3] DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

621. [4] SECURA VAGINAL

622. [5] DEPRESSÃO / TRISTEZA

623. [6] ANSIEDADE

624. [7] SENTIMENTO DE NÃO SE SENTIR ATRAENTE

625. [10] DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL

626. [11] OUTRO. QUAL? _____ |__|

627. _____ |__|

627.1A Sra. já consultou um médico por causa dessas mudanças?

628. [1] SIM [2] NÃO

629. PASSE À 3.30

630. Por que a Sra. nunca consultou um médico?

631. [1]

634. [2]

637. [3]

640. [4]

643. [5]

646. [6]

649. [7]

652. [8]

655. [10]

658. _____ |__|

63	633.
63	636.
63	639.
64	642.
64	645. P ASS E
64	648. À 3.33
65	651.
65	654.
65	657.
65	660.

660.1 O médico receitou alguma medicação?

661. [1] SIM [2] NÃO

662. PASSE À 3.33

662.1 Qual?

663. TEXTUAL _____ |__|

664. _____ |__|

664.1 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

665. [1] TOMA ATUALMENTE [2] JÁ PAROU [3] NUNCA TOMOU

665.1 De modo geral, hoje como a Sra. classifica sua saúde: excelente, boa, não muito boa ou péssima?

666. [1] EXCELENTE

667. [2] BOA

668. [3] NÃO MUITO BOA

669. [4] PÉSSIMA

670. SEÇÃO 4
671. CONHECIMENTO SOBRE MENOPAUSA

672. I.4.1 ENTR. DIGA: Vamos falar novamente sobre a menopausa.

672.1 O que é a menopausa para a Sra.?

673. [1] PARADA DA MENSTRUÇÃO
674. [2] SÃO AS ONDAS DE CALOR
675. [3] NERVOSISMO / IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO / TRISTEZA / ANSIEDADE
676. [4] DISTÚRBIOS/DESEQUILÍBRIOS HORMONAIIS
677. [5] ENVELHECIMENTO / PASSAGEM / TRANSFORMAÇÃO / MUDANÇA
678. [6] NÃO PODER ENGRAVIDAR
679. [8] NÃO SABE
680. [7] OUTROS. O que? _____ |__|
681. _____ |__|

681.1 A Sra. acha que está na menopausa ou não?

682. [1] SIM [2] NÃO [8] NÃO SEI

682.1 A Sra. acha que pode engravidar?

683. [1] SIM [3] NUNCA PENSEI NISSO
684. [2] NÃO [8] NÃO SEI

684.1 Onde a Sra. recebeu a maioria das informações sobre menopausa? (UMA ALTERNATIVA SÓ)

685. [1] MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE
686. [2] REVISTAS / JORNAIS / LIVROS
687. [3] TELEVISÃO / RÁDIO
688. [4] AMIGOS / PARENTES / CONHECIDOS
689. [5] NUNCA RECEBEU INFORMAÇÕES

689.1 O médico alguma vez lhe deu informações sobre algum dos seguintes aspectos da menopausa.

690.O médico deu informações sobre:	691.1. SIM	692.2. NÃO O	693.3. NÃO LEMBRA
694.a) Sintomas físicos como ondas de calor ou suores noturnos?	695.	696.	697.
698.b) Mudanças que as mulheres podem sentir em sua vida sexual como: diminuição do interesse sexual, relações dolorosas ou secura vaginal?	699.	700.	701.
702.c) Sintomas emocionais como irritabilidade, nervosismo, depressão?	703.	704.	705.
706.d) Menstruações irregulares?	707.	708.	709.
710.e) Tratamentos que podem ajudá-la em relação aos sintomas da menopausa?	711.	712.	713.
714.f) Osteoporose ou problemas com os ossos?	715.	716.	717.
718.g) Doenças do coração/circulação?	719.	720.	721.

722. **F.4.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 4.5**

723. [1] PELO MENOS 1 ITEM DE 4.5 = 1

724. [2] TODOS OS ITENS DE 4.5 ? 1 ==> PASSE À 4.7

724.1 Em relação a essas informações que o médico lhe deu, a Sra. se sentiu bastante esclarecida, esclarecida, pouco esclarecida ou nem um pouco esclarecida?

725. [1] BASTANTE ESCLARECIDA

726. [2] ESCLARECIDA

727. [3] POUCO ESCLARECIDA

728. [4] NEM UM POUCO ESCLARECIDA

728.1 Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios, ou fica igual?

729. [1] MAIS HORMÔNIOS

730. [2] MENOS HORMÔNIOS

731. [3] FICA IGUAL

732. [8] NÃO SABE DIZER

733. **I.4.2 ENTR. DIGA:** Eu irei ler alguns dos possíveis efeitos que podem estar associados a menopausa. (APÓS LER, MOSTRE À ENTREVISTADA O CARTÃO COM A LISTA DE SINTOMAS).

734. Risco de osteoporose ou perda óssea.

735. Aumento do risco para as doenças do coração/circulatórias.

736. Diminuição do interesse sexual ou problemas relacionados ao sexo.

737. Depressão ou irritabilidade.

737.1 Do
que a Sra. tem ouvido falar ou leu, qual desses efeitos mais a preocupa?

738. 4.9 E
qual o segundo efeito que mais a preocupa?

738.1 O médico alguma vez falou sobre o tratamento da menopausa?

739. [1] SIM [2] NÃO

740. PASSE À 4.12

740.1 Sobre que tipos de tratamento o médico falou para a Sra.?

741. [1] REPOSIÇÃO HORMONAL

742. [2] EXERCÍCIOS

743. [3] DIETA

744. [4] VITAMINAS/CÁLCIO

745. [5] TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

746. [6] CREMES VAGINAIS

747. [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

748. [7] OUTRO. Quais? _____

748.1 Alguma vez a Sra. pediu para tomar hormônios ou o médico que lhe receitou?

749. [1] O MÉDICO RECEITOU

750. [2] ELA PEDIU

751. [3] ELA PEDIU E O MÉDICO RECEITOU

752. [4] NUNCA PEDIU E NEM O MÉDICO RECEITOU ==> PASSE À 4.16

753. [8] NÃO LEMBRA ==> PASSE À 4.16

753.1 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

754. [1] TOMA ATUALMENTE ==> PASSE À 4.16

755. [2] JÁ PAROU

756. [3] NUNCA TOMOU ==> PASSE À 4.15

757. Por que a Sra. parou de usar essa medicação?

- | | | | |
|---|----|------|-----------|
| 758. [1] DEVIDO AOS EFEITOS COLATERAIS | 75 | 760. | |
| 761. [2] DEVIDO A PREOCUPAÇÃO COM O RISCO DE CÂNCER | 76 | 763. | |
| 764. [3] DEVIDO A MELHORA DOS SINTOMAS | 76 | 766. | PASS
E |
| 767. [4] PELO CUSTO DOS REMÉDIOS | 76 | 769. | À
4.16 |
| 770. [5] PORQUE ENGORDOU | 77 | 772. | |
| 773. [6] OUTRO. Qual? _____ | 77 | 775. | |

775.1 Por que a Sra. decidiu não tomar essa medicação?

776. [1] DEVIDO AOS EFEITOS COLATERAIS
777. [2] RISCO DE CÂNCER
778. [3] NÃO QUERIA TOMAR REMÉDIOS DIARIAMENTE
779. [4] ACHAVA QUE NÃO ERA NECESSÁRIO
780. [5] ACHAVA QUE NÃO IRIA RESOLVER SEUS PROBLEMAS
781. [6] MEDO DE ENGORDAR
782. [7] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES
783. [10] NÃO QUERIA VOLTAR A MENSTRUAR
784. [11] OUVIU FALAR COISAS RUINS SOBRE ESSES REMÉDIOS
785. [12] MENOPAUSA É NATURAL E NÃO NECESSITA TRATAMENTO
786. [13] NÃO TINHA DINHEIRO PARA COMPRAR
787. [14] O MÉDICO ACHOU QUE NÃO SERIA NECESSÁRIO
788. [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

788.1 Agora eu vou ler para a Sra. o nome de alguns medicamentos hormonais usados para a menopausa. Por favor, diga se os conhece ou ouviu falar:

789. MEDICAMENTOS	790. 1 SIM	791. 2 NÃO O
-------------------	---------------	--------------------

792.	a)	Premarim	793.	794.
795.	b)	Dilena; Climene; Premarin + Provera; Premelle; Premarim MPA	796.	797.
798.	c)	Hormônios masculinos (andrógenos)	799.	800.
801.	d)	Estracomb; Ginedisc; Estraderm; System; Climaderm	802.	803.

803.1 Quais seriam, na sua opinião, as principais razões para as mulheres tomarem hormônios na menopausa? (ATÉ 3 RESPOSTAS)

804. [1] ALÍVIO DOS SINTOMAS

805. [2] PREVENIR A FRAQUEZA NOS OSSOS (OSTEOPOROSE)

806. [3] PREVENIR AS DOENÇAS DO CORAÇÃO / CIRCULATÓRIAS

807. [4] PREVENIR OS PROBLEMAS DE BEXIGA

808. [5] PREVENIR A SECURA VAGINAL

809. [6] MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

810. [8] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

811. [7] OUTROS. Quais? _____ | | |

812. SEÇÃO 5
813. CLASSIFICAÇÃO DE STATUS SOCIOECONÔMICO

814. **I.5.1 ENTR. DIGA:** Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua casa.

815. 5.1 Quem é o chefe-da-
família na sua casa?

816. | 1 | A PRÓPRIA ENTREVISTADA | 2 | OUTRA PESSOA. Quem? _____

816.1
 Qual é o último ano de escola que _____ (ver 5.1. chefe-da-família) cursou?

817. 1) Não estudou / primário incompleto..... 0 pontos
 818. 2) Primário completo / ginásial incompleto..... 5 pontos
 819. 3) Ginásial completo / colegial incompleto..... 10 pontos
 820. 4) Colegial completo / universitário incompleto 15 pontos
 821. 5) Universitário completo 21 pontos
 822. **TOTAL DE PONTOS =** _____

822.1 Na sua casa tem:

823. a) Aparelho de vídeo cassete/VCR? | 1 | Não | 2 | Sim (10 pontos) _____
 824. b) Máquina de lavar roupa? | 1 | Não | 2 | Sim (8 pontos) _____
 825. c) Geladeira? | 1 | Não | 2 | Sim (7 pontos) _____
 826. d) Aspirador de pó? | 1 | Não | 2 | Sim (6 pontos) _____
 827. **TOTAL DE PONTOS =** _____

827.1 Quantos _____ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem
em casa?

828. Números de item possuídos/pontos

829. Item	Nenhum	1	2	3	4	5	6 ou +	
PONTOS								
830. a) Carro	0	4	9	13	18	22	26	___
831. b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	___
832. c) Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	___
833. d) Empregada mensalista		0	5	11	16	21	26	
32								___
834. e) Rádios	0	2	3	5	6	8	9	___

835.

TOTAL DE PONTOS =

836. ENCERRE A ENTREVISTA

837. **I.5.2 ENTR.:** SOME O TOTAL DE PONTOS DA PERGUNTA 5.2, 5.3, 5.4.

838. TOTAL GERAL DE PONTOS = _____ + _____ + _____ = _____ PONTOS

839. **I.5.3 ENTR.:** Utilizando o total de pontos, assinale a alternativa correta:

840. | 1 | CLASSE A: = 89 PONTOS OU MAIS

841. | 2 | CLASSE B = 59-88 PONTOS

842. | 3 | CLASSE C = 35-58 PONTOS

843. | 4 | CLASSE D = 20-34 PONTOS

844. | 5 | CLASSE E = 0-19 PONTOS

Anexo 7

845. PROGRAMA DE TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS E SUPERVISORAS

846. PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS **847. PROGRAMA DE TREINAMENTO PARA ENTREVISTADORA**

848. Dia 29/09/97		849.
850. 8:30 a 9:15	851. Maria José	852. Apresentação da equipe. 853. Assuntos administrativos: frequência, reembolso do transporte. 854. Apresentação das candidatas
855. 9:15 a 10:00	856. Maria José	857. Objetivo e método do projeto 858. Características e propósitos do treinamento. 859. Requisitos para seleção das entrevistadoras e supervisora.

860.	861. Márcia Alice	862. Condições da contratação
863. 10:00 10:30	a 864.	865. Intervalo
866. 10:30 12:30	a 867. Dra. Adriana	868. Palestra sobre a menopausa
869. Dia 30/09/97		870.
871. 8:30 10:00	a 872. Graciana/ Cláudia	873. Dinâmica de grupo 874. O papel da entrevistadora. Técnica de entrevista
875. 10:00 10:20	a 876.	877. Intervalo
878. 10:20 12:30	a 879. Simone/ Cláudia	880. Seleção dos sujeitos a serem entrevistados 881. Ficha de itinerário

882.Dia 01/10/97		883.
884.8:30 a 9:30	885.Simone/ Cláudia	886. Dinâmica de grupo 887.Exercício sobre o itinerário
888.9:30 10:00	a 889.Karla	890.Primeira abordagem do questionário
891.10:00 10:20	a 892.	893.Intervalo
894.10:20 11:30	a 895.Silvana	896.Leitura da seção 1
897.11:30 12:30	a 898.Graciana	899.Leitura da seção 2
900.Dia 02/10/97		901.
902.8:30 10:00	a 903.Graciana/ Cláudia	904. Dinâmica de grupo 905.Leitura seção 3
906.	907.Simone/ Cláudia	908.Leitura seção 4
909.10:00 10:20	a 910.	911.Intervalo
912.10:20 12:30	a 913.Ana/Cláudia/ Graciana/ Silvana	914.Prática do questionário - entrevista simulada.
915.	916.Simone	917.Tarefa de casa - aplicar o Termo de Consentimento Pós- Informação Oral e um questionário a alguma mulher conhecida.
918.Dia 03/10/97		919.
920.8:30 a 9:15	921.Karla	922.Classificação de status socioeconômico e exercício dessa seção.
923.9:15 10:00	a 924.Simone	925.Correção da tarefa de casa
926.10:00 10:20	a 927.	928.Intervalo
929.10:20	a 930.Simone/	931. Prática de entrevista em duplas

12:15		Silvana	932. Tarefa de casa (um questionário e um exercício de itinerário)
933. 12:15 12:30	a	934. Simone	935. Instruções sobre o treinamento no campo
936. Dia 06/10/97		937.	
938. 8:30 12:00	a	939. Simone	940. Prática no campo - setor 8
941.		942. Telma	943. Prática no campo - setor 22
944.			945.
946. Dia 07/10/97		947.	
948. 8:30 12:00	a	949. Simone	950. Prática no campo - setor 8
951.		952. Telma	953. Prática no campo - setor 22
954. Dia 08/10/97		955.	
956. 8:30 10:00	a	957. Simone	958. Recolhimento da tarefa de casa 959. Esclarecimento de dúvidas
960. 10:00 10:20	a	961.	962. Intervalo
963. 10:20 12:30	a	964. Simone	965. Prova e recolhimento do material
966. Dia 09/10/97		967.	
968. 9:00 12:00	a	969. Simone/T elma Graciana/ Karla Maria José	970. Seleção
971. 14:00 17:00	a	972. Miriam	973. As candidatas devem telefonar para saberem da seleção
974. Dia 08/10/97		975.	
976. 8:30 10:00	a	977. Simone	978. Recolhimento da tarefa de casa 979. Esclarecimento de dúvidas
980. 10:00 10:20	a	981.	982. Intervalo

983.10:20 a 984.Simone 985.Prova e recolhimento do material
12:30

986.Dia 13/10/97 987.Início do trabalho de campo

988.PESQUISA SOBRE SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS
989.PROGRAMA DE TREINAMENTO PARA SUPERVISORA

990.Dia 10/10/97 991.

992.8:30 a 993.Simone 994.Organização do trabalho de campo
10:00

995.10:00 a 996. 997.Intervalo
10:15

998.10:30 a 999.Simone 1000. Planejamento do trabalho
12:00

1001. 1002. 1003.

Anexo 8

1004. MANUAL DA ENTREVISTADORA



**1005. PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM
CAMPINAS**

1006. MANUAL DA ENTREVISTADORA

1007. CEMICAMP

1008. Campinas, setembro de 1997

1009.	ÍNDICE	
1010.		pág
1011.		1
	. INTRODUÇÃO .	1
1012.		2
	. OBJETIVO DO ESTUDO	1
1013.		3
	. ENTREVISTADORA	2
1014.		3
	.1 Seu papel.....	2
1015.		3
	.2 Seu treinamento	2
1016.		3
	.3 O material	3
1017.		4
	. A ENTREVISTA	3

1018.		5
	. TÉCNICA DE ENTREVISTA	3
1019.		5
	.1 Forma de abordar as mulheres	4
1020.		5
	.2 Privacidade	5
1021.		5
	.3 Neutralidade	5
1022.		5
	.4 Controle da entrevista	5
1023.		5
	.5 A arte de fazer perguntas	6
1024.		5
	.6 Explicando ou mudando palavras	7
1025.		5
	.7 Aprofundamento	7
1026.		5
	.8 Evitando preconceitos	8
1027.		6
	. METODOLOGIA DA PESQUISA	9
1028.		6
	.1 Seleção de mulheres	9
1029.	A. Seu itinerário	9
1030.	B. Instruções para preencher a Ficha de Itinerário	11
1031.		6
	.2 Identificação e listagem das mulheres	13
1032.		7
	. QUESTIONÁRIO	15
1033.		7
	.1 Características do questionário	15
1034.		7
	.2 Instruções no questionário	15
1035.		7
	.3 Completando o questionário	16
1036.		7
	.4 Encerrando a entrevista	17
1037.		7
	.5 Revisão dos questionários completos	17
1038.		8
	. CONTROLE DE QUALIDADE	18
1039.		9
	. PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO	18
1040.		9
	.1 A capa do questionário	18
1040.1		C
	como responder cada pergunta do questionário	
1041.		S
	questão 1	18
1042.		S
	questão 2	25

1043.	S
eção 3	26
1044.	S
eção 4	31
1045.	S
eção 5	33
1046.	A
NEXOS	
1047.	A
NEXO 1 - Questionário	
1048.	A
NEXO 2 - Ficha de Itinerário	
1049.	A
NEXO 3 - Termo de Consentimento Informado	

1050. INTRODUÇÃO

1051. Manual das Entrevistadoras tem como objetivo fornecer as instruções básicas a serem seguidas por todas as entrevistadoras para a execução correta do seu trabalho de campo. Contém os critérios a serem adotados no registro de cada informação a ser obtida e os procedimentos para facilitar a entrevista.
1052. Será usado durante o treinamento e servirá como guia para a solução de qualquer problema e/ou dúvida que possa surgir durante o desenvolvimento das entrevistas.
1053. Com este manual será possível você familiarizar-se com toda a técnica de entrevista e com o conteúdo do questionário que será utilizado. Estudando-o você terá a oportunidade de refletir sobre alguns problemas que poderão surgir na prática, bem como a forma adequada de solucioná-los.
1054. É importante que você compreenda cada instrução deste manual. A qualidade da informação que você irá obter dependerá disto e a qualidade do estudo dependerá, em grande parte, da qualidade dessa informação.

1055. OBJETIVO DO ESTUDO

1056. Conhecer a média etária da ocorrência da menopausa e seus fatores associados, determinar a prevalência de sintomas climatéricos e analisar a percepção e atitude frente a menopausa em mulheres climatéricas brasileiras.
1057. Conhecer a média etária de ocorrência da menopausa natural.
1058. Determinar os fatores associados a idade na menopausa.
1059. Conhecer a prevalência dos sintomas climatéricos.
1060. Determinar o conhecimento da mulher em relação à menopausa e ao climatério e sua fonte de informação.
1061. Determinar a atitude da mulher em relação a menopausa.
1062. Identificar as causas que levam a mulher climatérica a procurar ou não serviço médico.
1063. Definir questões de saúde que preocupam a mulher acima dos 45 anos de idade.
1064. Determinar o conhecimento da mulher sobre a terapia de reposição hormonal e seu uso.

1065. ENTREVISTADORA

1065.1 Seu papel

1066. trabalho da entrevistadora é vital para todo o estudo. Você, como entrevistadora, irá colher a informação necessária e a qualidade de seu trabalho determinará, em grande parte, a qualidade do estudo.
1067. É muito importante que você siga cuidadosamente todas as instruções apresentadas neste manual bem como aquelas recebidas das pessoas responsáveis pelo estudo e de sua supervisora. Essas pessoas lhe entregarão o material necessário, receberão os questionários preenchidos, revisarão seu trabalho e tratarão de ajudá-la a resolver quaisquer problemas que surjam durante o trabalho de campo.
1068. **ATENÇÃO:** Em qualquer momento do trabalho de campo você poderá ser desligada do projeto se a direção não estiver satisfeita com seu serviço.

1068.1 Seu treinamento

1069. Seu treinamento como entrevistadora é muito importante para o êxito do estudo. Ele consiste em uma combinação de aulas teóricas e experiências práticas. Com o objetivo de treiná-la adequadamente para todas as etapas do trabalho, será utilizada uma combinação de técnicas diferentes. Uma será a "entrevista demonstração", na qual você assistirá a uma entrevista previamente preparada. Isto irá permitir-lhe observar o transcorrer de uma entrevista.
1070. Durante o treinamento, as perguntas incluídas no questionário serão discutidas em pormenor. Nesta fase você participará de entrevistas desempenhando o papel de entrevistadora, de entrevistada e de observadora.
1071. Você terá que fazer entrevistas e revisar as de suas colegas, do mesmo modo como será feito com as suas. Também realizará tarefas de casa.
1072. Após o treinamento você terá uma prova para avaliar seu progresso. Com base na prova, em seu desempenho, na qualidade de suas entrevistas nas aulas e de suas tarefas de casa, será decidido se você poderá trabalhar na pesquisa.
1073. Seu treinamento como entrevistadora, porém, não termina quando você é aceita para trabalhar na pesquisa. Cada vez que alguém da coordenação discute seus questionários ou algum aspecto da pesquisa com você, seu treinamento continua. O período de treinamento formal simplesmente irá lhe oferecer os conhecimentos básicos e informações sobre o estudo, o questionário, técnicas de entrevista, etc. A observação e supervisão continuam durante o trabalho prático e complementam o processo de treinamento. É muito importante ter isto em mente nos primeiros dias de trabalho de campo.

1073.1 O material

1074. Você receberá o material para seu trabalho (questionários, mapas e fichas de itinerário e outros) da pessoa responsável pelo trabalho prático da pesquisa, no caso, sua supervisora.

1075. A ENTREVISTA

1076. Uma entrevista é uma forma de obter informações de alguma pessoa fazendo-lhe perguntas. É semelhante a uma conversa comum entre duas pessoas, mas difere em vários aspectos:
1077. A finalidade da entrevista é obter informações sobre um assunto específico.
1078. A entrevistadora e a entrevistada não se conhecem. Uma de suas tarefas principais é ganhar a confiança da entrevistada para que ela se sinta à vontade e esteja disposta a responder suas perguntas.
1079. Ao contrário de uma conversa comum, uma pessoa faz todas as perguntas e a outra responde. Você não deve dar sua opinião. Não deve reagir de maneira positiva nem negativa frente às respostas. Não deve mostrar que não concorda ou que não gosta da resposta. Durante toda a entrevista você deve ser neutra. Deve, porém, mostrar interesse pelo que a entrevistada está falando através da expressão de seu rosto, de movimentos de cabeça ou dizendo "É", "Sim", "Compreendo", etc.
1080. Há uma rígida seqüência nas perguntas que devem ser feitas. Você sempre deve seguir essa seqüência e tentar controlar a entrevista. Isso significa que você deve manter a entrevistada interessada ao longo de toda entrevista.

1081. TÉCNICA DE ENTREVISTA

1082. A seguir apresentaremos alguns pontos importantes a serem considerados durante a entrevista:

1082.1 Forma de abordar a mulher

1083. Você só poderá entrevistar a mulher selecionada e uma de cada vez. Não aceite que outra pessoa (mesmo que seja da família) responda pela mulher que está sendo entrevistada.
1084. Como foi referido acima, você e a entrevistada não se conhecem. Você deve chegar até ela e, em um curto período de tempo, ganhar sua confiança e colaboração, de forma que ela responda a todas as perguntas.
1085. A primeira impressão, sua aparência e as primeiras coisas que você faz e diz são de vital importância para ganhar a confiança da entrevistada.
1086. Ao encontrar-se com ela apresente-se, diga seu nome, diga para quem trabalha e o que deseja. Explique que está trabalhando em um estudo sobre saúde da mulher que está sendo realizado pelo CEMICAMP (Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas), que este centro de pesquisas está ligado à maternidade da UNICAMP. Depois da apresentação, pergunte se ela poderia participar do estudo respondendo quantas mulheres moram naquela casa, o primeiro nome e a idade de cada uma.
1087. Anote suas respostas, verifique se ela ou alguma mulher daquela casa deve ser selecionada para o estudo. Caso seja, pergunte se ela gostaria de participar do estudo respondendo um questionário que você aplicará naquele momento ou em um outro horário de sua conveniência.
1088. Quando estiver a sós com a mulher, mencione que a origem das informações será mantida em sigilo. Explique que os nomes das pessoas entrevistadas não serão utilizados. Se for necessário, explique que o seu nome e endereço estão anotados somente na ficha de itinerário e que questionário preenchido não possuirá identificação, sendo utilizado somente um número. O nome dela não aparecerá na pesquisa.
1089. A mulher pode querer saber porque você deseja entrevistá-la. Explique que seu nome foi selecionado ao acaso entre as mulheres daquele bairro.
1090. Se necessário, mencione que ela tem ampla liberdade para não responder a qualquer pergunta que não queira. Lembre-se que a mulher tem o direito de recusar-se a ser entrevistada ou a responder algumas perguntas do questionário.
1091. Leia então, o **Termo de Consentimento Pós-Informação Oral**. Caso a mulher não concorde em participar, agradeça pela atenção e não insista. Caso ela concorde em participar, aplique o questionário.

1091.1 Privacidade

1092. É muito importante que a entrevista seja feita em particular e que todas as respostas sejam fornecidas unicamente pela entrevistada. A presença de outras pessoas durante a entrevista pode causar embaraço à entrevistada e influenciar algumas respostas.
1093. Explique que as perguntas são pessoais e confidenciais. Se houver outra pessoa presente, que não sai do aposento, você deverá usar todo seu tato e astúcia para tentar ficar a sós com a entrevistada.
1094. Isto pode ser feito de várias formas. Uma é solicitar à pessoa que saia do aposento, explicando a necessidade de privacidade. Uma outra possibilidade é satisfazer a curiosidade da pessoa lendo algumas perguntas em voz alta, dizendo depois: "Agora que você escutou algumas das perguntas, poderia nos deixar a sós, por favor?". Se tudo isso não der certo, sente o mais perto possível da entrevistada e fale baixinho para que somente ela a ouça.
1095. Uma vez que você esteja pronta para começar a entrevista ou após a entrevista, poderá ser necessário (às vezes) repetir e entrar em mais detalhes sobre quem você é e porque está fazendo a entrevista. Procure responder prontamente a cada dúvida ou dê o telefone no CEMICAMP, caso você não se sinta esclarecida para informá-la.

1095.1 Neutralidade

1096. A maioria das pessoas é educada, especialmente com estranhos. Tendem a dar as respostas que imaginam que agradariam à entrevistadora. É, então, imprescindível que você fique totalmente neutra em relação ao assunto da entrevista. Não demonstre surpresa, aprovação ou desaprovação frente a uma resposta, nem com o tom de voz nem com a expressão de seu rosto. Não opine espontaneamente. Se a entrevistada pede sua opinião, espere até o fim da entrevista para expô-la. Se ela pedir conselho sobre algum assunto, diga que no final da entrevista vocês poderão conversar sobre assuntos de interesse dela. Ainda assim, sempre que ela perguntar sobre sintomas físicos, procedimentos médicos ou lhe pedir conselhos sobre medicamentos, você deverá indicar que procure algum agente da saúde capacitado ou o posto de saúde de seu bairro.

1096.1 Controle da entrevista

1097. Se a mulher está fornecendo informações que não interessam ou respostas muito complicadas, não a interrompa bruscamente. Escute o que ela quer dizer e trate logo de conduzi-la de volta à entrevista.

1098. Lembre-se que é você quem está fazendo a entrevista e que é você que deve controlar a situação. Em alguns casos, especialmente com mulheres de mais idade, sua "autoridade" para fazer essas perguntas pode ser desafiada. Não fique constrangida nesses casos: diga, de maneira amável, que você foi especialmente treinada para isso e que seu trabalho consiste em fazer perguntas desse tipo.

1099. Você deve manter uma boa atmosfera durante toda a entrevista. Uma boa atmosfera é aquela em que a entrevistada vê a entrevistadora como uma pessoa amigável e solícita, que não constrange, e a quem ela pode dizer qualquer coisa sem se sentir tímida ou embaraçada.

1099.1 A arte de fazer perguntas

1100. Esta arte só pode ser adquirida com a prática, mas existem alguns pontos básicos que você deve lembrar.

1101. ponto mais importante é a neutralidade. As perguntas foram elaboradas cuidadosamente para serem neutras, não sugerem que uma resposta seja melhor que a outra. Se você não tomar o cuidado de ler toda a pergunta, poderá perder a neutralidade. Por exemplo, é um erro na 1.15 não ler todas as alternativas, porque a entrevistada pode considerar que aquelas não lidas não são aceitáveis como resposta de seu estado marital. Dará, então, uma resposta que não corresponde à realidade.

1102. Quando uma pessoa der uma resposta ambígua, nunca conclua o que ela quer dizer, afirmando - "Já sei, suponho que a senhora quer dizer ... não é?". A mulher pode concordar com sua interpretação da resposta, ainda que seja incorreta. A neutralidade da pergunta também pode ser perdida ao enfatizar-se mais uma parte do que a outra, desta maneira sugere-se uma resposta. Fazer as perguntas de forma neutra é uma arte que se adquire somente com a prática. Não dê nenhuma indicação de qual é a resposta que você espera.

1103. Leitura das perguntas

1104. É muito importante que você leia as perguntas exatamente como elas estão escritas no questionário. Há duas razões para isto:

1105. Primeiro, as perguntas foram cuidadosamente preparadas para apresentar o mesmo estímulo a todas as mulheres, com o objetivo de obter respostas comparáveis.

1106. Segundo, a alteração da pergunta pode comprometer a neutralidade e, portanto, a resposta.

1107. Há uma única exceção: Você poderá substituir a palavra "senhora", nas perguntas, por "você" quando a mulher for muito jovem ou solicitar.

1108. Repetição das perguntas

Fazer uma entrevista nem sempre significa somente ler perguntas e anotar respostas. Uma pergunta feita a uma entrevistada pode não produzir imediatamente uma resposta adequada. Ela pode dizer - "Não sei", dar uma resposta irrelevante ou pouco precisa, dar uma resposta que contradiz uma anterior ou pode até se recusar a responder a pergunta.

Muitas vezes essas dificuldades não surgem pela ignorância da mulher, mas porque:

- 1) ela é tímida ou tem receio de responder "ERRADO". Se você percebe isso, esclareça para ela a natureza confidencial do estudo e o fato de não haver respostas "certas" ou "erradas". O que nos interessa é a experiência dela e o que ela pensa;
- 2) ela não entendeu a pergunta. Neste caso, bem como no caso acima, você deverá repetir de forma pausada e clara a pergunta original;
- 3) ela nunca tinha pensado sobre o assunto perguntado. Espere um pouco para ela pensar. Se necessário, leia novamente a pergunta.

5.6 Explicando ou mudando as palavras

Às vezes uma entrevistada tem dificuldade em entender uma pergunta específica, ainda que você a tenha lido novamente. Nesse caso, você poderá ver-se obrigada a reformular a pergunta. Isto deve ser feito somente quando é óbvio que a entrevistada não entendeu a pergunta original. Então, deverá refazer a pergunta usando uma linguagem mais simples e coloquial. Tenha muito cuidado, porém, para não alterar o significado da pergunta.

5.7 Aprofundamento

Às vezes pode acontecer que a resposta de uma mulher não seja "satisfatória" do nosso ponto de vista. A informação pode ser incompleta ou irrelevante ou, às vezes, ela pode não ter condição de responder. Quando isso acontecer, será necessário fazer perguntas adicionais para obter uma resposta satisfatória. Este processo recebe o nome de "**aprofundamento**".

As perguntas de aprofundamento devem ser neutras e não levar a entrevistada a dar uma resposta determinada. Quando as questões envolverem datas, a entrevistada nem sempre se lembrará delas.

Algumas perguntas úteis para aprofundar a resposta são:

- ? Poderia explicar um pouco mais?
- ? De que maneira?
- ? Desculpe, não ouvi bem o que a senhora disse, poderia repetir?
- ? Não há pressa. Pense nisso um pouco.
- ? Poderia me explicar no que está pensando?
- ? Mais alguma coisa?

A seguir há alguns exemplos de perguntas de aprofundamento **erradas**. Não devem ser usadas porque não são neutras e induzem respostas.

- ? A senhora é casada?
- ? Essa foi a única vez que a senhora esteve grávida, não é?

? Suponho que a Sra. não usa pílula, usa?

O aprofundamento é provavelmente o aspecto mais desafiador da entrevista. Também pode ser o mais satisfatório, especialmente quando são obtidas boas respostas como resultado de um aprofundamento bem feito.

5.8 Evitando preconceito

Os antecedentes (educação, classe social, situação econômica, raça), atitudes e personalidade da entrevistada muitas vezes serão diferentes da entrevistadora. Você, provavelmente, vai entrevistar uma variedade de mulheres. Deve ter muito cuidado para evitar os preconceitos sobre a capacidade delas para responder às perguntas.

Não abrevie ou altere as perguntas só porque a entrevistada é instruída ou de posição social elevada ou, ao contrário, é pobre e com pouca instrução. Não sugira ou pressuponha respostas porque a entrevistada é menos instruída que você.

Por outro lado, ela pode estar desconfiada, ter medo, ou pode achar que você é tão diferente que não pode compreender seu ponto de vista. Ela pode dizer coisas esperando que você concorde, ou dizer coisas que ela considera aceitáveis ou certas em geral. O seu comportamento, maneira de falar e ainda a forma de vestir podem intimidá-la. Assim, você deve não apenas evitar os seus preconceitos, mas também ser sensível aos preconceitos da entrevistada.

Quando a mulher não puder responder à pergunta imediatamente, espere e nunca seja impaciente. Se você não entender alguma resposta, pergunte de novo sem insinuar que a culpa é dela para evitar que ela ajuste as respostas àquilo "esperado" ou "desejável".

6. METODOLOGIA DA PESQUISA

Para cada dia de trabalho você receberá de sua supervisora instruções e materiais necessários para ir ao campo. Estude cuidadosamente, junto com ela, seus mapas e agenda antes de decidir qual deve ser o primeiro passo do dia.

Para este trabalho foram selecionados aproximadamente 75 setores censitários de Campinas e seus distritos. Um setor censitário é a unidade menor de amostragem utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Geralmente está composto por vários quarteirões, e outras vezes por uma favela. Os setores censitários do IBGE serão nosso local de trabalho. Você receberá um mapa de cada setor a ser trabalhado. Cada setor terá um número e seus limites estarão contornados, no mapa, com a cor verde. Você iniciará o seu itinerário através das esquinas previamente sorteadas e relacionadas no verso do seu mapa. Para iniciar seu percurso você deverá seguir rigidamente a ordem das esquinas listadas no verso de seu mapa. Você poderá ter trabalho em andamento em mais de um setor ao mesmo tempo.

6.1 Seleção das mulheres

As mulheres que farão parte deste estudo devem ser moradoras dos setores sorteados e devem ser selecionadas através de critérios bem definidos relacionados na Ficha de Itinerário (ANEXO).

Antes da seleção das mulheres, propriamente dita, devem ser cumpridas duas etapas preliminares:

- ? Identificação do percurso que deve ser seguido dentro de cada setor, o qual estamos chamando sempre de Itinerário;
- ? Identificação das mulheres elegíveis para o estudo, através de uma Ficha de Itinerário.

A. Seu itinerário

No campo, seu itinerário será formado por seqüências de quadras quarteirões que chamaremos de "percurso". Após localizar o setor, você deve começar o primeiro percurso verificando, no verso do mapa,

qual a primeira esquina sorteada. Nessa esquina, olhando de frente para o setor, inicie o percurso andando na rua que entra no setor, sempre pela calçada à sua direita. Você estará procurando mulheres para selecionar nas residências da calçada direita da rua.

Siga pela rua referida anteriormente até alcançar uma rua-limite do setor. Para alcançar a rua-limite, algumas vezes você deverá:

- ? seguir em frente mesmo que a rua mude de nome.
- ? fazer uma curva para a esquerda ou para a direita quando a rua que você estiver seguindo for curva.
- ? virar numa esquina para a direita, quando você não puder seguir pela rua em que está andando. Se isso não puder ser feito, interrompa esse percurso e reinicie outro usando a próxima esquina sorteada (veja no verso do mapa).

Quando alcançar uma rua-limite, vire à direita e continue o percurso pela calçada do lado direito da rua-limite até a próxima esquina que entra no setor. Nela, vire à direita e caminhe até alcançar a rua-limite em que iniciou percurso.

Ao alcançar a rua-limite em que iniciou o percurso, vire à direita outra vez e continue pela calçada direita até voltar à esquina onde iniciou o percurso.

Em muitos casos estas regras levarão você a cruzar um trecho do percurso já percorrido antes de retornar ao ponto inicial. Quando isso ocorrer interrompa o percurso e inicie outro na próxima esquina sorteada. (veja no verso do mapa).

Terminado ou interrompido o primeiro percurso, inicie o segundo percurso e repita o processo até obter seis entrevistas naquele setor.

Você deverá entrevistar sempre as moradoras das casas da calçada direita de cada rua.

Para que não haja risco de que uma mesma calçada seja percorrida duas vezes, marque no mapa com lápis contínuo (? ? ?) a primeira calçada percorrida. Se você retornar à mesma rua pela outra calçada, assinale com caneta azul.

Se depois de percorridas todas as ruas do setor, pela calçada do lado direito, você ainda não conseguir o número de entrevistas desejado, você deverá reiniciar o itinerário (refazer os percursos) pelo lado esquerdo das ruas por onde ainda não tinha passado. Nesse caso, você não deve percorrer as calçadas do lado esquerdo das ruas-limites do setor.

No caso de encontrar um cortiço, prédio, beco ou vila, entre e obtenha as informações para cada endereço (moradia, apartamento ou casa) a ser selecionado. Ao anotar na ficha, considere cada moradia um endereço. Dentro de um prédio você deverá seguir a ordem crescente dos números dos apartamentos. Se for um condomínio, siga a ordem alfabética ou numérica dos blocos.

No caso das **favelas**, você receberá o mapa do setor já tendo assinalado o lugar em que deverá iniciar o primeiro percurso. Nesse ponto, olhando de frente para o setor, você deve obter suas entrevistas percorrendo, inicialmente, os limites externos da favela, iniciando no ponto assinalado e andando para o **lado esquerdo** (sentido horário), até conseguir o número desejado de entrevistas. Se após fazer o percurso pelos limites externos não conseguir completar o número de entrevistas, entre no interior da favela a partir do ponto onde você iniciou o percurso. Você deverá, então, procurar mulheres para selecionar nos domicílios à sua direita. Caso precise virar a “rua”, faça-o à direita, no primeiro ponto em que seja possível.

B. Instruções para preencher a Ficha de Itinerário

Em cada um dos setores censitários deverão ser selecionadas para o estudo seis mulheres que cumpram os critérios de inclusão. Para isso, foi criada a Ficha de Itinerário, que deve sempre ser preenchida a lápis. Com esta ficha você poderá registrar e organizar seu percurso dentro de cada setor e fazer a seleção das mulheres para o estudo.

Nela serão identificados e anotados todos os endereços encontrados no percurso. Cada mulher elegível, ou seja, com idade entre 45 e 60 anos, nascida no Brasil e moradora de um destes endereços, terá uma linha na Ficha de Itinerário. Nesta linha serão anotados dados que especificaremos a seguir.

- ? Comece anotando seu nome no campo referente à "ENTREVISTADORA".
- ? Anote, no campo para "SETOR", o número que vem marcado no mapa respectivo.
- ? Numere as páginas no momento de começar a preencher cada uma, usando o espaço designado "PÁGINA".
- ? Ao terminar o trabalho no setor, conte quantas páginas você usou e anote esse número no espaço "DE". Assim, por exemplo, as Fichas de Itinerário estarão numeradas: 1 de 3, 2 de 3 e 3 de 3.

Anote na primeira linha as informações correspondentes ao primeiro endereço do setor, que seja uma moradia.

- ? Na coluna "Nº DE ORDEM" anotar um número para cada endereço. Quando houver mais de uma mulher em um endereço, preencha esta coluna somente para uma delas.
- ? Na coluna "RUA/AV. e NÚMERO" anote o nome da rua, o número do domicílio e, se houver, o complemento (aptº, fundos ou outro).
- ? Na coluna "NOME" anote o primeiro nome das mulheres com idade entre 45 e 60 anos, moradoras daquele domicílio. Anote também, se houver, o apelido das mulheres, entre parênteses. Esta informação você obtém perguntando: "Quantas mulheres moram na casa?" e depois "Qual o primeiro nome e a idade de cada uma delas?". Anote os nomes obedecendo rigorosamente a ordem alfabética como no exemplo:

Maira	46 anos
Maria Anita	55 anos
Mariana	50 anos
Maria Zilda	55 anos
Marley	53 anos
Solange	46 anos

- ? Anote o nome apenas das mulheres que já completaram 45 anos e ainda não completaram 61 anos (isto é, têm 60 anos completos) e que moram no domicílio. Morar no domicílio significa que a mulher não está de visita. No caso de um domicílio onde não mora nenhuma mulher com idade entre 45 e 60 anos, ou onde só moram homens, você deverá colocar um traço (-) nesta coluna.
- ? Na coluna referente à "IDADE", você deverá anotar a idade das mulheres ao lado dos respectivos nomes.

Para as colunas até aqui citadas, você pode obter as informações com qualquer morador do domicílio. Para as colunas seguintes você só poderá obter as informações perguntando diretamente para cada uma das mulheres.

- ? Para preencher a coluna "NASCEU NO BRASIL", pergunte à mulher: A Sra. nasceu aqui no Brasil? Anote "S" para sim e "N" para não.
- ? Na coluna "SELEC", anote "S" se a mulher poderá ser incluída no estudo, e "N" se ela não preenche algum dos critério de inclusão.
- ? Na coluna "ACEITA", anote "A" se a mulher aceitar participar da pesquisa, e "R" se ela se recusar, por qualquer razão.

- ? Na coluna "Nº QUEST.", anote o número do questionário só depois de realizada a entrevista. Se a entrevista ficar pendente, anote um sinal de (?). Se a mulher desta linha não for selecionada, coloque um traço (-).
- ? Na coluna de "OBSERVAÇÕES" anote a data e período das visitas em que a mulher não foi encontrada ou não pode responder a entrevista. Se necessário, anote informações sobre as outras colunas. Por exemplo, telefone para contato, o melhor horário para encontrar uma determinada mulher em casa.

6.2 Seleção das mulheres em cada setor

Ao iniciar o seu percurso em cada setor, você deve circular o primeiro "Nº DE ORDEM", bater à porta da primeira moradia que encontrar e obter informações acerca de todas as mulheres ali residentes. Se houver uma mulher elegível (idade entre 45 e 60 anos, nascida no Brasil e moradora da casa), você deve entrevistá-la. A partir desse primeiro endereço selecionado, anote os cinco endereços (independente de ser moradia ou não), e bata no sexto endereço. Se este sexto endereço não for uma moradia, coloque um (-) em cada coluna daquela linha, bata naquele imediatamente seguinte que seja uma moradia e repita o processo de identificar mulheres elegíveis para o estudo. Prossiga dessa maneira até conseguir selecionar e entrevistar seis mulheres em cada setor.

Essa é a regra que deve orientar o seu trabalho de selecionar as mulheres para o estudo em cada setor. Porém, freqüentemente, surgirá situações que obrigam adotar procedimentos diferentes desses, antes de concluir seu objetivo.

- ? Nos endereços selecionados, ao obter as informações acerca das mulheres residentes, você poderá identificar mais de uma delas que cumpre os critérios de inclusão no estudo. Porém, em cada casa você só poderá entrevistar UMA mulher. Para orientar a escolha daquela que deve ser entrevistada, ao listar na Ficha de Itinerário as mulheres residentes em cada endereço, faça-o em ordem alfabética. Você deverá entrevistar sempre a primeira, segundo a ordem alfabética. Se ela não aceitar explicitamente o seu convite ou se, após três tentativas, você não conseguir falar com ela, então você deve entrevistar a próxima mulher, sempre seguindo a ordem alfabética.
- ? Quando uma mulher que deve ser entrevistada não estiver em casa no momento de sua visita, preencha a Ficha de Itinerário até a coluna "IDADE", se possível. Anote a data e período da visita na coluna de observações e um "?" nas demais colunas. Indague a outros moradores sobre a melhor forma de contactá-las. Por exemplo, você poderá obter um número de telefone através do qual poderá falar com a mulher para saber se ela pode ser selecionada e, em caso positivo, se aceita responder o questionário. Poderá até agendar uma ocasião para aplicar o questionário, se for o caso.
- ? Você deverá tentar por até três vezes encontrar cada mulher identificada para saber se ela é selecionável e se aceita participar da pesquisa. Sendo assim, sempre que houver pendências em seu itinerário, você não poderá encerrar o setor antes de resolvê-las. Isto significa que, à medida que faz o percurso e não encontra alguma(s) mulher(es) em casa, deve "reservar" um lugar para ela na pesquisa. Por exemplo: depois de iniciado o percurso, você entrevistou uma mulher e uma outra ficou "pendente" (você não conseguiu falar com ela para completar a identificação); a partir desse ponto, você pode continuar seu percurso até entrevistar no máximo mais quatro mulheres, porque teve aquela pendência como uma potencial entrevista. Quando conseguir falar com a entrevistada, verifique se ela é selecionável. Se for, e aceitar participar, será a sexta entrevistada do setor. Se não for selecionável ou não aceitar participar, você deverá, para fechar o setor, após a quinta entrevistada, localizar e entrevistar mais uma mulher que aceite participar.
- ? Quando não houver mulheres selecionáveis em um endereço, informe isso no campo de observações. Anote outros cinco endereços, circule, bata no sexto endereço e repita o processo de identificação das mulheres.

Perdidas e Recusas: Quando uma mulher sorteada, por algum motivo, não for entrevistada, você deverá informar em que momento a entrevista deixou de ser possível e por quê. A seguir estão relacionadas as instruções para identificar se a mulher se recusou a responder ou se sua entrevista foi considerada inviável (“perdida”).

- ? Será considerada uma “RECUSA” sempre que a própria mulher que deveria ser contactada afirmar, pessoalmente ou através de terceiros, que não deseja falar com você. Isto poderá acontecer no momento em que alguém abrir a porta e se recusar a atendê-la, de modo que não consiga obter nenhuma informação sobre os moradores. Nesse caso anote “RECUSA” na coluna “NOME”.
- ? Outra possibilidade de recusa pode acontecer quando você perguntar a idade das mulheres residentes na casa ou se nasceram no Brasil. Se houver recusa definitiva em responder estas perguntas, anote “R” na coluna correspondente.
- ? Finalmente, mesmo mesmo após permitir que você preencha as informações anteriores, uma mulher poderá se recusar a responder o questionário. Nesse caso, anote “R” na coluna “ACEITA”.
- ? Uma entrevista será considerada “PERDIDA” para a pesquisa sempre que você tenha tentado o contato com a mulher por três vezes, em dias e horários diversos (sendo que pelo menos uma vez no final de semana) e não tenha conseguido falar com ela. Isso pode acontecer em qualquer momento do preenchimento da Ficha de Itinerário. Anote “P” na coluna correspondente a esse momento.

LEMBRE-SE: É muito importante que a entrevista “**PERDIDA**” não seja marcada como “**RECUSA**”.

7. QUESTIONÁRIO

7.1 Características do questionário

O questionário foi desenhado para facilitar o seu trabalho e também para permitir que a entrevistada forneça as informações necessárias de uma forma lógica. O questionário consta de uma capa e quatro seções:

Seção 1: Aspectos sociodemográficos, sexuais e reprodutivos

Seção 2: Atitude frente à menopausa

Seção 3: Estado menopausal e sintomas

Seção 4: Conhecimento sobre menopausa

7.2 Instruções no questionário

Além das perguntas que deverão ser feitas ao longo do questionário, há três indicações para a entrevistadora. Para sua conveniência, essas indicações estão escritas com letras maiúsculas.

- a) **INSTRUÇÃO (I):** a instrução indica exatamente o que a entrevistadora deve fazer naquele momento.

Exemplo: **I.1.1 - ENTR. DIGA:** Gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua vida em geral.

la para um outro estudo. Sua atitude como entrevistadora influenciará o resultado de outra entrevista que poderá vir a ser feita com essa mulher.

7.5 Revisão dos questionários completos

Depois de completar uma entrevista você deve revisar o questionário preenchido. Isto significa revisar toda a entrevista, lendo cuidadosamente todas as respostas. Pode esclarecer dúvidas quanto a sua própria letra ou quanto a alguma resposta.

Idealmente, esta revisão deverá ser feita antes de separar-se da entrevistada para poder obter qualquer informação que falte. Se não for possível, olhe todo o questionário rapidamente para estar segura de ter feito as perguntas pertinentes. Você sempre deve revisar cuidadosamente o questionário antes de entregá-lo de volta à sua supervisora.

Uma vez que uma entrevista esteja completa, o questionário deverá ser entregue aos responsáveis, quando será, novamente revisado.

Esta revisão irá descobrir inconsistências, respostas incompletas ou em branco. Isto permitirá corrigir alguns erros na entrevista e/ou enviar a entrevistadora de volta à entrevistada para fazer as correções necessárias.

Quando o questionário for considerado completo, as informações serão codificadas, ou seja, transformadas em números. Quando este processo estiver terminado, os dados serão passados a um computador, o que permitirá a produção de tabelas e a análise dos resultados obtidos.

8. CONTROLE DE QUALIDADE

Para assegurar a qualidade dos dados coletados, as seguintes medidas serão tomadas durante o trabalho de campo:

- ? cada questionário que você completar será revisado cuidadosamente, para assegurarmos de que esteja bem preenchido;
- ? a supervisora acompanhará e discutirá periodicamente seu trabalho com você;
- ? suas entrevistas serão refeitas periodicamente e você receberá um retorno crítico;
- ? alguém da direção revisará e discutirá seu trabalho periodicamente;

9 PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

9.1 A capa do questionário

Ao iniciar a entrevista, escreva o seu nome no espaço correspondente e a data da entrevista. Marque o número do setor e se esse setor é Campinas (CPS), Barão Geraldo (BG), Nova Aparecida (NA), Joaquim Egídio (JE) ou Souza (SZ). O espaço deixado para as observações deve ser usado para fazer anotações de coisas adversas que ocorram durante a entrevista. Por exemplo: se a entrevista foi interrompida por qualquer motivo (alguém chegou e interrompeu, a entrevistada passou mal, etc.); se a mulher estiver muito nervosa, embriagada, exaltada, etc. Resumindo, anote qualquer coisa que ocorra durante a entrevista que possa ter alterado a qualidade dos dados.

Os espaços para REVISÃO e DIGITAÇÃO não devem ser preenchidos pela entrevistadora.

9.2 Como responder cada pergunta do questionário

SEÇÃO 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Antes de iniciar as perguntas, explique à entrevistada que é importante para o estudo saber dela sobre alguns dados pessoais como estado civil, escolaridade, etc. Mas lembre-a de que as informações/opiniões fornecidas por ela são confidenciais e que só você saberá que foi ela que respondeu àquele questionário.

Vamos acompanhar agora as instruções para cada pergunta. As perguntas ou instruções que estão em negrito são cópias idênticas do questionário.

I.1.1 ENTR. DIGA: Gostaria de fazer algumas perguntas sobre sua vida em geral.

1.1 Qual é a sua idade?

Anote a idade da entrevistada. Se ela não lembra ou tem dúvida, copie de algum documento (carteira de identidade, por exemplo). Se ela disser que nasceu em um ano mas foi registrada em outro, considere sua idade a partir da data de seu nascimento.

1.2 Há quanto tempo a Sra. mora em Campinas?

Anote os meses ou os anos que a mulher referir. Se for menos de um ano, anote os meses, se for mais de um ano, anote somente o(s) ano(s). Pode ser que a mulher tenha morado sempre em Campinas, então faça um X no [88] e passe à pergunta 1.4.

1.3 Antes de morar em Campinas, em qual cidade e estado a Sra. morou por mais tempo?

Anote a cidade e o estado que a mulher disser. Interessa saber em qual cidade ela morou por mais tempo antes de morar em Campinas, mesmo que tenha morado pouco tempo lá. Por exemplo, ela pode ter morado seis meses em Piracicaba, um ano em Americana, um ano e meio em Limeira e mora há 34 anos em Campinas. Então, a cidade que ela morou por mais tempo antes de morar em Campinas foi Limeira, no estado de São Paulo.

1.4 Foi à escola?

Assinale a alternativa correta, conforme a mulher tenha ou não freqüentado a escola (Observação: o Mobral é considerado como escola). Se ela nunca freqüentou, passe à pergunta 1.6.

1.5 Qual a última série que completou?

Deverá ser registrado a **última** série que completou e se essa corresponde ao primário ou ginásial (1º grau), colegial ou colégio técnico (2º grau). No caso de curso superior, anote o nome do curso, exemplo: medicina, química, etc., e se a mulher completou /este curso ou não. Se a mulher referir que fez só o mobral, você deverá escrever mobral no espaço onde se anota o grau.

1.6 Qual a sua religião?

Anote a resposta correta. Se a mulher falar algo que não se enquadra nas categorias listadas, anote a alternativa [10] Outra e escreva o que ela disse. Se ela disser que não tem nenhuma religião, anote a alternativa [8] NENHUMA e passe à pergunta 1.9.

1.7 Desde quando a Sra. segue essa religião?

Anote a alternativa correta. A mulher provavelmente não irá responder igual ao que está escrito nas alternativas, você que deverá encaixar a resposta dela em uma das alternativas. Por exemplo: a mulher responde "quatro anos", então você deverá anotar a alternativa [3] HÁ MAIS DE 1 ANO ATÉ 5 ANOS.

1.8 Com que freqüência a Sra. vai a(o) _____(VER 1.6 - IGREJA, CULTO, TERREIRO)?

Verifique a resposta da 1.6. Se a mulher disse que é católica, pergunte com que freqüência ela vai à igreja; se disse que é protestante tradicional ou evangélica, pergunte com que freqüência ela vai ao culto; se ela disse que é espírita, pergunte com que freqüência ela vai à sessão; se ela disse umbanda/candomblé, pergunte com que freqüência ela vai ao terreiro; se ela disse religião oriental, pergunte com que freqüência ela vai às reuniões; se ela disse judaica/israelita, pergunte com que freqüência ela vai à sinagoga. Anote a alternativa correta. Se ela disser "às vezes", "de vez em quando" ou "só em casamento e batizado" anote alternativa [4] ESPORADICAMENTE.

1.9 A Sra. trabalha o dia todo, meio período, menos de meio período ou não trabalha?

Assinale a alternativa correta de acordo com a resposta dada. Se a entrevistada disser que trabalha entre 4 e 6 horas, anote alternativa [2] MEIO PERÍODO. Se a entrevistada disser que trabalha só alguns dias por semana, você deve perguntar quantas horas por dia ela trabalha nesses dias. Por exemplo: a mulher responde que faz faxina nas 2ª, 4ª e 6ª feiras, das 8:00 até as 15:00 horas. Anote, então [1] O DIA TODO.

1.10 A Sra. fuma atualmente, já fumou no passado ou nunca fumou?

Se a mulher referir que fuma atualmente, passe à pergunta 1.12, ou se a mulher disser que fumou no passado continue com a pergunta 1.11; se a mulher disser que nunca fumou PASSE à 1.14. Se a entrevistada disser que fuma esporadicamente, anote [1] FUMA ATUALMENTE.

1.11 Há quanto tempo a Sra. parou de fumar?

Anotar a resposta da mulher. Se ela disser em meses você anota no espaço para os MESES; se ela disser em anos anote no espaço reservado para ANOS.

1.12 Quantos cigarros a Sra. fuma/fumava por dia?

Anote a resposta da mulher em número de cigarros. Se ela disser que fuma um maço, você anota 20 cigarros. Marque a alternativa [88] OUTROS e escreva textualmente a resposta da mulher quando ela não disser um número mas responder "esporadicamente", ou "fumo um cigarro no fim de semana".

1.13 Há quanto tempo a Sra. fuma/por quanto tempo fumou?

Anote a resposta em meses ou em anos. Por exemplo, se a mulher disser que fuma há 1 ano e 6 meses. Então você deverá transformar esse tempo em meses, ou seja, 18 meses.

1.14 Entre estas que eu vou ler, qual a Sra. considera que é a sua cor ou raça: branca, parda, mulata, preta, oriental ou indígena?

Assinale a alternativa que a entrevistada lhe fornecer. Aceite a resposta que ela lhe der mesmo que você não concorde. Se ela falar algo que não se enquadra nas categorias listadas, anote a alternativa [7] OUTRA e escreva o que ela disser. Por exemplo: a mulher pode responder que é morena, então você deve assinalar [7] OUTRA e escrever morena no espaço para esta resposta. Se você perceber que a mulher está brincando com a resposta, por exemplo, ela lhe diz que é azul de bolinha branca, você deve explicar-lhe que se trata de uma pergunta que faz parte das características sociodemográficas. Se, por outro lado, você notar

que ela não entendeu a pergunta e está pensando que você quer saber a **cor preferida** dela (ela responde, por exemplo, é verde), você deve esclarecer que se trata da cor da pele dela.

1.15 Atualmente a Sra. é solteira, casada, amasiada/vive junto, separada/divorciada ou viúva?

Leia todas as alternativas para a mulher. Esta variável refere-se à situação **atual** da mulher em relação a um parceiro. Não interessa seu **estado civil**, mas sim, se tem ou não um parceiro atualmente. Marque a alternativa que a mulher escolher.

Solteira : a mulher declara ser solteira.

Casada: a mulher mora com seu esposo. Passe então à pergunta 1.17.

Amasiada/vive junto: a mulher declara que mora com um parceiro. Passe então à pergunta 1.17.

Separada/divorciada: a mulher estava casada ou vivia junto com um parceiro e atualmente está separada do esposo ou do parceiro e **não mora** com outro homem. Passe à pergunta 1.17.

Viúva: a mulher é viúva (de um casamento legal ou de uma convivência) e **não mora** com outro homem. Passe à pergunta 1.17

1.16 A Sra. alguma vez viveu com marido/companheiro?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher referir que viveu com um companheiro, continue com a 1.17 mas não modifique a resposta dada na 1.5, ainda que ela tenha dito SOLTEIRA. Se ela disser que não vive com um companheiro, passe a 1.21.

1.17 Com que idade a Sra. começou a viver com um marido/companheiro pela primeira vez?

Anote a idade mencionada pela mulher.

1.18 Atualmente a Sra. mora com um marido/companheiro?

Assinale a alternativa que ela disser. Se ela responder SIM, continue com a 1.19 e se ela disser NÃO, passe à 1.20

1.19 A Sra. teve um marido/companheiro antes desse com quem vive atualmente?

Assinale a alternativa correta.

1.20 No total, quanto tempo a Sra. vive/viveu junto com um marido ou companheiro?

Anote a resposta em anos **ou** em meses **ou** em dias. Por exemplo, se a mulher disser que vive com seu companheiro há 1 ano e 6 meses. Então você deverá transformar esse tempo em meses, ou seja, 18 meses. Se a mulher não se lembrar espontaneamente, ajude-a fazendo perguntas como:

“Que idade a Sra. tinha quando começou a viver com um companheiro e que idade a tinha quando se separou?” etc.

“A Sra. teve filhos com seu primeiro companheiro? Que idade eles tinham quando a Sra. se separou pela primeira vez? etc.

Continue com perguntas sobre outros fatos, ajude-a a somar os anos e a chegar a uma conclusão sobre quanto tempo viveu em união.

1.21 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?

Anote nos quadradinhos o número de gravidezes que a mulher referir. Se ela nunca ficou grávida anote [88] NENHUMA e passe I.1.3.

1.22 Quantos abortos a Sra. teve?

Antes de anotar nos quadradinhos o número de abortos que a mulher referir, pergunte com quantos meses ela estava quando teve o referido aborto. Só considere aborto aqueles com menos de seis meses de gestação. Se ela não teve nenhum aborto anote [88] NENHUM. Lembre-se que gravidez ectópica ou tubária é considerada aborto.

1.23 Quantos filhos nasceram vivos?

Anote nos quadradinhos o número de nascidos vivos que a mulher referir. Se ela não teve nenhum filho nascido vivo anote [88] NENHUM.

1.24 Quantos filhos nasceram mortos?

Anote nos quadradinhos o número de nascidos mortos que a mulher referir. Os filhos que nasceram depois de seis meses de gravidez são considerados nascidos mortos e não aborto. Se ela não teve nenhum filho nascido morto anote [88] NENHUM.

1.25 Quantos filhos estão vivos hoje?

Anote nos quadradinhos o número de filhos que estão vivos hoje que a mulher referir. Se ela não tem nenhum filho vivo hoje anote [88] NENHUM.

1.26 Atualmente a Sra. está grávida?

Assinale a alternativa correta.

1.27 A Sra. esteve grávida nos últimos 12 meses?

Assinale a alternativa correta.

I.1.2 ENTR. VERIFICAR O NÚMERO DE GRAVIDEZES COM 1.22, 1.23, 1.24, 1.25 E 1.26. EM CASO DE INCONSISTÊNCIA REPITA AS PERGUNTAS E CORRIJA A QUE ESTIVER INCONSISTENTE.

Observação: Você deverá checar se estas perguntas estão consistentes. O número de gravidezes que a mulher teve deve ser igual à soma do número de abortos com o número de nascidos mortos e de nascidos vivos. Ou seja $1.21 = 1.22 + 1.23 + 1.24$.

Estas respostas podem, no entanto, parecer inconsistentes porque a mulher tem filhos gêmeos. Assim, o número de gravidezes vai ser menor que os abortos + nascidos mortos + nascidos vivos. Isto você descobrirá checando com a mãe.

Também parecerá inconsistente se a mulher estiver grávida. Neste caso, o número de gravidezes será maior que o número de abortos + o de nascidos mortos + o de nascidos vivos. Se ela disser que está grávida ($1.26 = 1$) ou que esteve grávida nos últimos 12 meses ($1.27 = 1$), então 1.21 tem que ser diferente de [88] NENHUM.

F.1.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.25:

Você deverá verificar a resposta anotada na pergunta 1.25 e assinalar a alternativa correta. Se a mulher tem algum filho vivo hoje, continue a entrevista com a 1.28. Se a mulher não tiver nenhum filho vivo hoje, passe à I.1.3.

1.28 Qual a idade do seu filho ou filha mais novo(a)?

Assinale a alternativa correta anotando o número de anos já completados. Se o filho ou filha ainda não tiver 1 ano pelo menos, anote o número de meses.

1.29 Quantos filhos estão atualmente morando com a Sra. na sua casa?

Assinale a alternativa correta.

1.30 Tem algum neto morando com a Sra.?

Assinale a alternativa correta. Atenção nessa pergunta, só interessa quem está morando dentro da casa. Quando o neto mora nos fundos não deve ser considerado.

I.1.3 ENTR. DIGA: Vamos conversar um pouco sobre métodos anticoncepcionais, para evitar filhos.

1.31 A Sra. já usou alguma vez?

Cite cada um dos métodos listados e aguarde a resposta da mulher.

1.32 Qual método para evitar filhos está usando atualmente?

Anote textualmente a resposta da mulher. Verifique se há coerência entre as respostas da 1.31 e 1.32. Por exemplo, se a mulher disser na 1.32 que usa o DIU, então, na 1.31b deverá estar anotado SIM. Caso haja incoerência entre elas, verifique com a mulher qual está errada e corrija.

I.1.4 ENTR. DIGA: Agora vamos falar sobre outros assuntos?

1.33 Com que idade teve sua primeira menstruação?

A entrevistada poderá não entender o que é menstruação. Para ajudá-la, diga alguns sinônimos com o chico, regra, que veio o incômodo.

1.34 Com que idade a Sra. teve sua primeira relação sexual?

Anote alternativa segundo a resposta da mulher. Se a ela não entender, pergunte novamente usando estes termos: “fazer amor”, “dormiu”, “trepar”, “transar”, “fazer nhanhá”. Se a mulher disser que nunca teve relação sexual, passe à 1.39.

1.35 Nos últimos 12 meses a Sra. está tendo relações sexuais?

Assinale a alternativa correta. Se ela disser SIM, passe à 1.37. Se disser NÃO continue com a 1.36.

1.36 Por que a Sra. não está tendo relações sexuais?

Anote até três alternativas e passe à 1.39. Se ela der mais de três motivos, peça que aponte os três motivos que ela acha mais importante.

1.37 Atualmente, quantas vezes por mês a Sra. tem relações sexuais?

Anote o número de vezes que a mulher disser. Se ela não der a resposta em número mas disser, por exemplo, “tem semana que sim, tem semana que não”, então você deve pedir que ela diga um número médio, aproximado. Se ela disser que tem menos de uma vez por mês (por exemplo: uma vez a cada 40 dias) ou não conseguir chegar a um número médio, você deve escrever textualmente a resposta que ela der no espaço em branco, mas **só** faça isso se realmente não conseguir uma resposta numeral.

1.38 Atualmente a Sra. tem prazer nas relações, sempre, às vezes ou nunca?

Assinale a alternativa correta.

1.39 A Sra. fez alguma dessas cirurgias ginecológicas que eu vou ler?

Leia cada um dos itens e assinale a resposta da mulher. Cuidado que a entrevistada pode dizer **NÃO** para LAQUEADURA (OPERAÇÃO DA MULHER) e depois dizer **OUTRAS = OPEROU PRA NÃO TER FILHO** (ou usar outro termo para se referir à laqueadura). Se isso acontecer marque **SIM** para a letra a)LAQUEADURA e risque a resposta da letra e)OUTRAS.

F.1.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.39b:

Assinale a alternativa correta, segundo a resposta dada pela entrevistada.

1.40 Quando a Sra. tirou o útero, ainda estava menstruando todos os meses, estava irregular ou já não estava menstruando?

Assinale a alternativa **IRREGULAR** se a mulher disser que “tinha mês que vinha, tinha mês que não vinha” ou que “só vinha de vez em quando”. Assinale a alternativa **MESTRUAVA TODOS OS MESES** se ela disser que “está normal”.

1.41 Qual é sua altura?

I.1.5 ENTR. SE A ENTREVISTADA NÃO SOUBER QUAL É SUA ALTURA, PEÇA SEU CONSENTIMENTO E FAÇA A MEDIDA.

Para fazer a medida, peça que a mulher tire o sapato somente se ela estiver com sapato de salto alto. Ela deve ficar de pé e pisar na ponta da fita. Você deve puxar a fita até a altura da cabeça e ativar a trava da trena. Solte a trena do pé da mulher e verique a medida marcada.

1.42 Qual é seu peso?

Anote a alternativa correta. Se a mulher disser não saber seu peso exato, peça para dizer um número aproximado.

SEÇÃO 2: ATITUDE FRENTE À MENOPAUSA

I 2.1 ENTR. DIGA: Agora gostaria de conversar um pouco sobre menopausa. Eu irei ler algumas afirmações sobre menopausa e vou pedir que a Sra. dê sua opinião pensando nas mulheres em geral. Por favor, diga se concorda ou discorda do que eu irei ler.

Nessa seção o objetivo do questionário é obter a opinião da mulher, ainda que ela forme sua opinião sobre o assunto no momento em que você estiver lendo as frases. Para que isso ocorra, leia as frases com clara entonação da pontuação. Se a mulher manifesta dúvidas, repita a leitura quantas vezes for necessário.

Leia uma frase de cada vez para a mulher. Conforme a resposta, faça um X no quadradinho correspondente: 1.CONCORDO, 2.DISCORDO, 3.MAIS OU MENOS. Você deve prestar atenção porque muitas vezes a mulher pode dizer outra palavra para expressar se concorda ou não. Por exemplo, ela pode dizer: “sim”, “é”, “é verdade”, “tenho”, “não”, “sem dúvida”, “não tenho”, “eu sou”, “às vezes”, “não gosto”, entre outras. Você deve estar muito atenta ao que ela quer disser e, na medida do possível, pedir que ela responda com as palavras concordo, discordo ou mais ou menos. Em caso de dúvida APROFUNDE a resposta perguntando, por exemplo: "Como assim, a Sra. poderia me explicar melhor?". Ela poderá dizer que não sabe o que significa a palavra menopausa, então você deve dizer que é a “parada da menstruação”; que é quando a mulher “fica limpa, igual a mocinha”; ou que “é sentir uma série de sintomas antes e, depois, a parada da menstruação”.

OBSERVAÇÃO: dizer “não sabe” não é o mesmo que dizer “MAIS OU MENOS”

Se a mulher responder que não sabe, você deverá aprofundar tentando obter uma resposta. Se, mesmo assim, a entrevistada insistir em responder que não sabe, então escreva “não sei” na coluna MAIS OU MENOS.

Na pergunta 2.25 e 2.26 aparece a palavra HORMÔNIOS. Para a mulher que disser não saber o que são hormônios, explique simplesmente que “hormônios são remédios”; se mesmo assim ela não souber, anote uma observação no verso da página anterior dizendo que ela não sabe o que são hormônios.

SEÇÃO 3 - ESTADO MENOPAUSAL E SINTOMAS

I.3.1 ENTR. DIGA: Agora vou fazer algumas perguntas sobre suas menstruações.

3.1 A Sra. tem menstruações todos os meses?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher disser SIM, passe à I.3.3.

3.2 Sempre foi assim ou mudou de uns tempos pra cá?

Assinale a alternativa correta. Se ela disser que SEMPRE FOI ASSIM, passe a 3.4.

3.3 Por que a Sra. acha que mudou?

Assinale a alternativa correta e aprofunde se necessário. Por exemplo: a mulher poderá responder “acho que mudou porque agora vem muito menos pra mim que antes”. Então você deverá aprofundar perguntando “Mas por que a Sra. acha que agora vem menos que antes?”.

3.4 Há quanto tempo foi a sua última menstruação natural (sem que precisasse tomar remédios para menstruar)?

Anote a resposta da mulher em anos ou meses completos nos respectivos espaços. Se a entrevistada referir que foi há 2 anos e 10 meses, você deverá anotar 34 meses. Caso não tenha completado um mês anote o número de dias e passe à 3.6.

3.5 Com que idade a Sra. teve sua última menstruação?

Anote a resposta da 3.5 em anos completos e siga a instrução da I.3.2

I.3.2 ENTR. CONFERIR A IDADE DA MULHER COM P.1.1 E CORRIJA EM CASO DE INCONSISTÊNCIA.

3.6 A Sra. já consultou por causa dessas mudanças em sua menstruação?

Assinale a alternativa correta. Se a resposta for SIM, passe a 3.8.

3.7 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

Assinale até três alternativas. Se ela citar só um motivo aprofunde (“mais algum motivo?”) mas se citar mais de três alternativas, peça que ela diga quais foram as três mais importantes, anote-as e passe à I.3.3.

3.8 O médico receitou alguma medicação?

Assinale a alternativa correta. Se a entrevistada disser NÃO passe à I.3.3.

3.9 Qual?

Anote textualmente a resposta da entrevistada. Caso ela não se lembre do nome da medicação, procure estimulá-la dizendo “a Sra. pode me dizer mesmo que não se lembre do nome exato” ou “era um nome parecido com que?”. Se mesmo assim ela não se lembrar, pergunte se ela ainda tem a embalagem e se é possível você vê-la.

3.10 A Sra. toma essas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

Assinale a alternativa correta.

I.3.3 ENTR. DIGA: Eu vou ler alguns sintomas e gostaria que a Sra. me dissesse se alguma vez sentiu cada um deles.

ENTR. FAÇA A PERGUNTA 3.11 PARA CADA ITEM DE “a” ATÉ “i” . PARA CADA ITEM QUE A MULHER RESPONDER SIM, FAÇA A 3.12.

Você fará a pergunta 3.12 somente para as mulheres que responderem SIM para a pergunta 3.11.

Observação: para cada resposta afirmativa aos itens de “a” até “d” pergunte DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SENTIU ...?. Para cada resposta afirmativa aos itens de “e” até “i” pergunte DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS DIAS SENTIU ...?.

F.3.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.11 E 3.12:

A informação desse Filtro não foi impressa corretamente. Ele deve ser lido ... ~~SEGUNDO 3.11 E 3.12:~~

F.3.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 3.11 ~~E 3.12:~~

Observe qual foi a resposta dada para cada item da 3.11 e marque a alternativa correta. Se a mulher responder afirmativamente pelo menos um dos itens da 3.11 continue com a I.3.5. Se todos os itens da 3.11 forem iguais a [2], passe à 3.19.

I.3.5 ENTR. VEJA O QUE A MULHER RESPONDEU NA 3.11, então diga: A Sra. me disse que alguma vez já sentiu (CITE OS SINTOMAS QUE ELA SENTIU). DEPOIS FAÇA A 3.13.

3.13 Quando começou a sentir esses sintomas, a Sra. consultou um médico por causa de algum deles?

Assinale a alternativa correta. Assinale SIM mesmo que a mulher disser que consultou um médico por causa de apenas um dos sintomas mencionados e que não consultou por causa dos demais. Continue com a pergunta 3.14. Se a mulher disser que não consultou por nenhum dos sintomas anote a alternativa NÃO e passe à 3.15.

3.14 Qual desses sintomas foi o principal que a levou a consultar o médico?

Você deverá anotar textualmente a resposta da mulher. Se mulher disser mais de um sintoma (ítems), insista para que ela diga qual foi o principal sintoma que a levou a consultar o médico e passe à 3.16.

3.15 Por que a Sra. nunca consultou o médico?

Assinale até três alternativas. Se ela citar só um motivo aprofunde (“mais algum motivo?”) mas se citar mais de três alternativas, peça que ela diga quais foram as três mais importantes, assinale a(s) alternativa(s) que corresponda(m) a(s) resposta(s) dada pela mulher e passe à 3.19.

3.16 O médico receitou alguma medicação?

Assinale a resposta da mulher. Se ela disser SIM, continue com a 3.17 e se a mulher disser NÃO passe à 3.19.

3.17 Qual?

Anote textualmente a resposta da entrevistada. Caso ela não se lembre do nome da medicação, procure estimulá-la dizendo “a Sra. pode me dizer mesmo que não se lembre do nome exato” ou “era um nome parecido com que?”. Se mesmo assim ela não se lembrar, pergunte se ela ainda tem a embalagem e se é possível você vê-la.

3.18 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

Assinale a alternativa correta.

3.19 A Sra. sofre de perda de urina quando tosse, ri ou levanta pesos, sempre, às vezes ou nunca?

Anote a alternativa correta. Se a mulher responder SEMPRE ou ÀS VEZES, continue com a pergunta 3.20. Se ela responder NUNCA passe à F.3.2.

3.20 Desde quando?

Assinale a alternativa correta. Priorize o acontecimento referido como motivador da perda de urina, e não o tempo. Desta forma, sempre que a mulher mencionar uma quantidade de tempo, por exemplo “oito meses”, ou “um ano e meio”, você deverá perguntar se naquela ocasião aconteceu algo que a levasse a ter perda de urina. Se ela responder que foi depois do parto de algum filho ou desde que fez uma cirurgia ginecológica, anote 4 ou 5 respectivamente.

Anote [4] sempre que a mulher responder que foi depois da laqueadura, ou depois da retirada de útero e/ou ovário(os). Se a mulher mencionar qualquer outra cirurgia, por exemplo “Foi quando eu tive apendicite”, você deverá assinalar a alternativa referente ao tempo que a mulher referir.

A mulher não responderá DESDE UMA CIRURGIA (GINECOLÓGICA) como está no questionário. Provavelmente ela dirá “Ah, nessa ocasião eu fui operada”. Você deverá perguntar do que ela foi operada e após responder sua pergunta você deverá assinalar a alternativa correta.

3.21 A Sra. já consultou um médico por esta perda da urina?

Anote a alternativa correta. Se a entrevistada disser SIM, passe à 3.23 e se disser NÃO continue com a pergunta 3.22.

3.22 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

Assinale até três alternativas. Se ela citar só um motivo aprofunde (“mais algum motivo?”) mas se citar mais de três alternativas, peça que ela diga quais foram as três mais importantes, anote-as e passe à F.3.2. Lembre-se que a mulher não dará uma resposta igual a que está escrita no questionário. Você é que deverá encaixar a resposta obtida em uma das alternativas. Caso não consiga encaixar, assinale a alternativa [11] OUTROS e escreva textualmente a resposta dada pela mulher.

3.23 O médico receitou alguma medicação?

Anote a alternativa correta; se a mulher responder SIM, continue com a pergunta 3.24; e se for NÃO passe ao F.3.2.

3.24 Qual?

Anote textualmente a resposta da entrevistada. Caso ela não se lembre do nome da medicação, procure estimulá-la dizendo “a Sra. pode me dizer mesmo que não se lembre do nome exato” ou “era um nome parecido com que?”. Se mesmo assim ela não se lembrar, pergunte se ela ainda tem a embalagem e se é possível você vê-la.

3.25 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

Assinale a alternativa correta.

F.3.2 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 1.35 (pag.5).

Observe a pergunta 1.35 e anote corretamente a alternativa. Se na 1.35 estiver assinalado [1] ou [2] você deverá assinalar a alternativa [1] do F.3.2 e continuar a com a 3.26. Se na 1.35 não estiver assinalada nenhuma das alternativas, você deverá assinalar a alternativa [2] do F 3.2 e passar à 3.33.

3.26 A Sra. notou alguma mudança em sua vida sexual nos últimos 12 meses?

Assinale a alternativa correta e siga o passe.

3.27 Que mudanças a Sra. sentiu?

Assinale a alternativa correta. Anote cada uma das mudanças que a mulher mencionar.

3.28 A Sra. já consultou um médico por causa dessas mudanças?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher disser SIM passe à 3.30 e se ela disser NÃO, continue com a 3.29.

3.29 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

Assinale até três alternativas. Se ela citar só um motivo aprofunde (“mais algum motivo?”) mas se citar mais de três alternativas, peça que ela diga quais foram as três mais importantes, anote-as e passe à 3.33.

3.30 O médico receitou alguma medicação?

Assinale a alternativa correta. Se a mulher disser SIM, continue com a pergunta 3.31 e se ela disser NÃO passe à 3.33.

3.31 Qual?

Anote textualmente a resposta da entrevistada. Caso ela não se lembre do nome da medicação, procure estimulá-la. Se mesmo assim ela não se lembrar, pergunte se é possível ver sua embalagem.

3.32 A Sra. toma essas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

Assinale a alternativa correta.

3.33 De modo geral, hoje como a Sra. classifica sua saúde: excelente, boa, não muito boa ou péssima?

Assinale a alternativa correta.

SEÇÃO 4 - CONHECIMENTO SOBRE MENOPAUSA

I.4.1 ENTR. DIGA: Vamos falar novamente sobre a menopausa.

4.1 O que é a menopausa para a Sra.

Assinale uma ou mais alternativas que contemplem a resposta da entrevistada.

4.2 A Sra. acha que está na menopausa ou não?

Assinale a alternativa correta.

4.3 A Sra. acha que pode engravidar?

Assinale a alternativa correta.

4.4 Onde a Sra. recebeu a maioria das informações sobre menopausa? (UMA ALTERNATIVA SÓ).

Assinale a alternativa correta. Se a mulher mencionar mais de uma das fontes, peça para responder qual delas ela considera como a mais importante.

4.5 O médico alguma vez lhe deu informações sobre algum dos seguintes aspectos da menopausa.

Leia cada item e espere que a mulher responda SIM, NÃO ou NÃO LEMBRA. Repita, quando necessário, o início da pergunta O MÉDICO DEU INFORMAÇÕES SOBRE ...”. Ela pode dizer que nunca consultou um médico “de menopausa”. Você deve esclarecer que a pergunta se refere a qualquer médico, e não a um médico específico de menopausa.

F.4.1 ENTR. MARQUE A ALTERNATIVA CORRETA SEGUNDO 4.5

4.6 Em relação a essas informações que o médico lhe deu, a Sra. se sentiu bastante esclarecida, esclarecida, pouco esclarecida ou nem um pouco esclarecida?

Assinale a alternativa correta.

4.7 Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios ou fica igual?

Assinale a alternativa correta. Se ela disser que não sabe o que são hormônios, a resposta correta será [8] NÃO SABE DIZER.

I.4.2 ENTR. DIGA: Eu irei ler alguns dos possíveis efeitos que podem estar associados à menopausa. (APÓS LER, MOSTRE À ENTREVISTADA O CARTÃO COM A LISTA DE SINTOMAS).

4.8 Do que a Sra. tem ouvido falar ou, qual desses efeitos mais a preocupa?

Peça a entrevistada que aponte no cartão a alternativa escolhida e anote seu número no quadradinho.

4.9 E qual o segundo efeito que mais a preocupa?

Leia novamente mostrando no cartão as alternativas e peça que ela escolha outra alternativa. Anote o número escolhido no quadradinho.

4.10 O médico alguma vez falou sobre o tratamento da menopausa?

Anote a alternativa correta. Se a mulher disser NÃO, passe a 4.12

4.11 Sobre que tipos de tratamentos o médico falou para a Sra.?

Assinale as alternativas corretas. Para esta pergunta você deverá anotar quantas alternativas a mulher mencionar.

4.12 Alguma vez a Sra. pediu para tomar hormônios ou o médico que lhe receitou?

Atenção: foi impresso um “que” a mais. Ao ler esta pergunta, leia “... ou o médico ~~que~~ lhe receitou?”

Assinale a alternativa correta, e siga o passe.

4.13 A Sra. toma estas medicações atualmente, já parou ou nunca tomou?

Assinale a alternativa correta e siga o passe.

4.14 Por que a Sra. parou de usar essa medicação?

Assinale até três alternativas. Se ela citar só um motivo aprofunde perguntando “mais algum motivo?”. Se ela citar mais de três alternativas, peça que diga quais foram as três mais importantes, assinale-as e passe à 4.16.

4.15 Por que a Sra. decidiu não tomar essa medicação?

Assinale até três alternativa. Se ela citar só um motivo aprofunde perguntando “mais algum motivo?”. Se ela citar mais de três alternativas, peça que diga quais foram as três mais importantes e assinale-as.

4.16 Agora eu vou ler para a Sra. o nome de alguns medicamentos hormonais usados para a menopausa. Por favor, diga se os conhece ou ouviu falar:

Leia um item pausadamente e espere que ela responda antes de ler o outro.

- ? Assinale SIM mesmo que ela disser que só ouviu falar sobre os medicamentos de cada item.
- ? Assinale SIM se ela disser que conhece ou ouviu falar pelo menos de um dos medicamentos do item b) ou do item d).
- ? Assinale SIM para o item d) se ela disser, espontaneamente, que conhece ou já ouviu falar em “adesivos”.

4.17 Quais seriam, na sua opinião, as principais razões pra as mulheres tomarem hormônios na menopausa? (ATÉ 3 RESPOSTAS)

Haverá muitas respostas textuais diferentes das alternativas dadas. Ouça com atenção e identifique os motivos citados com as alternativas. Se ela mencionar mais de três razões, pergunte quais as que ela considera mais importante. Se ela der apenas um motivo, aprofunde perguntando “mais alguma razão?”.

SEÇÃO 5 - CLASSIFICAÇÃO DE STATUS SÓCIO-ECONÔMICO

ENTR. DIGA: Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua casa.

5.1 Quem é o chefe de família na sua casa?

Assinale a alternativa correta. Se for a própria entrevistada assinale [1]. Se for outra pessoa, assinale [2] OUTRA PESSOA. Neste caso, se ela disser “o João””, “a Maria” ou der o nome de outra pessoa, você deve perguntar “o que ele é da Sra.?” porque o que interessa é o parentesco que da pessoa com a entrevistada. Você deve anotar marido”, “pai”, “mãe”, “sogro”, “sogra”, “irmã” etc.

5.2 Qual o último ano de escola que _____ (VER 1.1 CHEFE-DE-FAMÍLIA) cursou?

Você deve verificar a resposta assinalada na 1.1 e preencher o espaço em branco com ela para formular a pergunta. Assim, se a mulher respondeu na 1.1 que é ela própria, você deve perguntar: "Qual o

último ano de escola que **a Sra.** cursou?". Se, por exemplo, ela falou que o chefe-de-família é seu marido, você deve perguntar: "Qual o último ano de escola que **seu marido** cursou?" Circule a alternativa correta. Caso a resposta dada seja "não sei", anote isso em baixo das alternativas e marque zero quando for marcar o total de pontos.

5.3 Na sua casa tem?

Leia um item de cada vez para a mulher e assinale a alternativa correta. Devem ser contados inclusive os eletrodomésticos que não estiverem funcionando. Para cada item respondido |2| SIM anote o número de pontos em frente da pergunta. Para os itens em que a resposta |1| NÃO, anote zero.

5.4 Quantos _____ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em sua casa?

Faça a pergunta acima para cada item de "a" a "e" e faça um círculo no número que está embaixo da resposta que a mulher der. Assim, por exemplo, para o item a) carro, você deve perguntar: "Quantos carros existem em sua casa?". Se a mulher respondeu 2, você deve fazer um círculo no número 9, que se encontra abaixo do número 2 (que foi a resposta dada pela mulher) no item a) carro. Outro exemplo, agora para o item b) TV em cores. Você deve perguntar: "Quantas TVs em cores existem em sua casa?". Se a mulher respondeu 3, você deve fazer um círculo no número 11, que se encontra abaixo do número 3 (que foi a resposta dada pela mulher) no item b) TV em cores. Anote o número de pontos correspondentes na frente de cada pergunta.

ENCERRE A ENTREVISTA AGRACENDO A PELA PARTICIPAÇÃO

Atenção entrevistadora: a soma dos totais de pontos deverá ser feito longe da entrevistada, posteriormente, no campo ou em casa, como está descrito abaixo.

I.5.2 ENTR. SOME O TOTAL DE PONTOS DA PERGUNTA 5.2, 5.3, 5.4.

Agora você deve voltar nas perguntas 5.2, 5.3, 5.4, somar os pontos de cada uma delas e escrever os totais obtidos nos campos para TOTAL DE PONTOS. Anote os resultados dos pontos de cada pergunta nos campos para o TOTAL GERAL DE PONTOS da I.5.2 e faça a soma geral dos pontos.

I.5.3 ENTR.: Utilizando o total de pontos, assinale a alternativa correta:

Com o total geral de pontos da I.5.2 assinale a alternativa correspondente. Por exemplo, o total geral de pontos obtidos na I.5.2. foi 91, então assinale |1| CLASSE A = 89 PONTOS OU MAIS.

Anexo 9

9.1. MANUAL DA SUPERVISORA

**PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER
EM CAMPINAS**

MANUAL DA SUPERVISORA

CEMICAMP

Campinas, setembro de 1997

1. INTRODUÇÃO

O papel da supervisora

A supervisora atua como elo entre as coordenadoras da coleta de dados e as entrevistadoras. É ela quem vai até o campo com o grupo de entrevistadoras. Cabe a ela ajudar as entrevistadoras, quando necessário, a localizar os setores, providenciar-lhes o material necessário, coletar e conferir o trabalho da equipe e garantir que ela esteja agindo de acordo com as instruções dadas pela direção do projeto. É fundamental no trabalho da supervisora estar sempre disposta a instruir e ajudar cada entrevistadora durante o trabalho de campo.

Uma supervisora recebe da direção todas as instruções necessárias para o bom andamento do trabalho de campo. É a supervisora quem distribui e recebe todo o material trabalhado por cada entrevistadora, entrega-o à coordenação do estudo, mantém-na informada sobre o andamento geral do trabalho, registra e comunica-lhe as dificuldades de cada entrevistadora. Em grande medida, é ela quem resolve os problemas que surgem no campo, sempre em diálogo com a direção.

Grande parte do treinamento a que as entrevistadoras se submetem está relacionado com aprender a realizar boas entrevistas. Entrevistar é uma arte. O comportamento de uma entrevistadora pode obviamente, influenciar as respostas que ela recebe. É preciso aprender a conduzir uma entrevista de tal maneira que se obtenham informações apuradas e completas da pessoa entrevistada. Uma boa entrevista requer uma perfeita compreensão do significado de cada uma das perguntas do questionário e uma postura muito especial frente a esta situação. Você, supervisora, também precisa ser uma boa entrevistadora, já que uma de suas principais tarefas será checar o trabalho das nossas entrevistadoras.

A coordenação terá, como tarefa especial, o controle geral do trabalho de campo. Isto significa que serão feitas visitas periódicas ao campo, durante as quais será supervisionado o seu trabalho, bem como o das entrevistadoras. Esta operação de controle é uma parte integral e necessária de todo o levantamento que almeja coletar dados de alta qualidade. Especialmente onde vários grupos de entrevistadoras estão envolvidas no trabalho de campo, há uma necessidade imperativa de garantir que procedimentos uniformes sejam seguidos por todos os grupos.

Treinamento

O seu treinamento, bem como o das entrevistadoras, é crucial para o sucesso do estudo. Já que você será responsável por supervisionar o trabalho delas, você precisa estar familiarizada e com os procedimentos de uma entrevista e com os documentos usados na pesquisa. Em suma, você precisa saber como conferir e avaliar o trabalho das entrevistadoras. É com este o propósito que parte de seu treinamento é feito junto com elas.

Além de supervisionar o trabalho, você precisa se antecipar a ele. Depende de você a boa organização e encaminhamento das atividades de cada entrevistadora. Para isto, é necessário que tudo (problemas e soluções) seja devidamente registrado e avaliado com a coordenação. Esta, por sua vez, atuará no sentido de padronizar e otimizar o trabalho da equipe.

O propósito da segunda parte de seu programa de treinamento é instruir-lhe sobre esta fase de seu trabalho. Você aprenderá como lidar com situações que possam surgir e para as quais as entrevistadoras não estão orientadas.

O treinamento das entrevistadoras e supervisoras não termina quando o período formal para isto é completado. Cada discussão que a coordenação tem com a supervisora significa continuação de seu treinamento. Da mesma forma, cada vez que a supervisora se reúne com uma entrevistadora o treinamento delas está prosseguindo. O período formal de treinamento equipa as entrevistadoras e a supervisora com informações e conhecimentos básicos quanto ao estudo, ao questionário e à dinâmica do trabalho no campo. A observação e experiência que se darão durante o trabalho de campo efetivam-se como continuidade no processo de treinamento.

Documentos usados no trabalho de campo

Você precisa estar familiarizada com o seu material de trabalho, que compreende:

? **Manual das Entrevistadoras e seu Manual da Supervisora:**

Os manuais ajudam você a seguir o curso de treinamento adequadamente. No campo eles devem informar sobre todos os procedimentos da pesquisa. Neles estão detalhadas as tarefas específicas e, de forma geral, servem como referência para o trabalho. É necessário estudá-los cuidadosa e repetidamente e sempre tê-los bem perto de você quando estiver orientando o trabalho das entrevistadoras e o seu próprio.

? **Questionário**

Uma supervisora deve conhecê-lo como a palma da mão. Só assim é possível fazer uma crítica justa e rigorosa ao trabalho de cada entrevistadora, tornar ágil o seu trabalho e manter a boa qualidade dos dados. A supervisora deve ter sempre um questionário consigo para o caso de ter que substituir a entrevistadora em uma urgência.

? **Folha de Itinerário e mapas dos setores**

Esse material é de uso das entrevistadoras. Porém, a supervisora deve conferi-lo a cada encontro com as entrevistadoras, ajudando-as a evitar percursos errados.

? **Relatório Semanal**

Já que tudo deve ser devidamente registrado, este é o lugar adequado para fazer anotações comunicativas do campo à coordenação da pesquisa.

? **Folha de Trabalho Estimado**

Este formulário será utilizado pela supervisora para acompanhar e avaliar o ritmo de trabalho de cada entrevistadora. Através dele é que poderemos antever, se for o caso, os atrasos na coleta de dados.

? **Caderno de anotações**

Neste caderno a supervisora deve ter, pormenorizados todos os detalhes do campo. Um lugar muito especial deve ser reservado ao trabalho de agendamento das atividades: dia e local dos encontros com cada entrevistadora; qual o dia de acompanhamento de entrevistas; dias das idas ao CEMICAMP; dias das folgas semanais da equipe; e outros dados que a prática vai exigir.

2. RESPONSABILIDADES DA SUPERVISORA

Responsabilidades Gerais:

- a) manter comunicação diária com a coordenação do projeto e executar suas instruções.
- b) garantir que todas as instruções dadas pela coordenação do projeto sejam repassadas a cada entrevistadora.
- c) entregar à coordenação no CEMICAMP todos os questionários completados e revisados; as folhas de itinerários e mapas, cujos trabalhos foram concluídos e revisados; e o Relatório Semanal preenchido.
- d) manter a Folha de Trabalho Estimado semanalmente preenchida.
- e) discutir semanalmente com a coordenação os dados da Folha de Trabalho Estimado e o Relatório Semanal.

Responsabilidades no Campo

É fundamental que cada supervisora tenha uma exata compreensão do quanto é importante o seu trabalho para a boa qualidade dos resultados. Cabe à supervisora imprimir na equipe a seriedade e responsabilidade, tão necessárias para que tenhamos a credibilidade das pessoas com quem vamos trabalhar. Decorrem, ainda, da seriedade e da responsabilidade no trabalho o interesse e disposição de cada entrevistadora pelo seu trabalho específico. Neste sentido também são indispensáveis o alto astral, o espírito de equipe e a cordialidade entre os membros do grupo. Além desta enorme responsabilidade cabe à supervisora:

- a) distribuir o material de trabalho entre as entrevistadoras;
- b) supervisionar o trabalho de identificação dos setores;
- c) orientar a entrevistadora no agendamento dos trabalhos nos setores;
- d) recolher os questionários completados e revisá-los;
- e) refazer entrevistas para controle de qualidade, na ausência das entrevistadoras;
- f) conferir, aleatoriamente, casos em que entrevistas não puderam ser feitas (falta de resposta, recusa, mulher viajando ou doente);
- g) manter uma rotina de comparação dos questionários refeitos e retorno das críticas às entrevistadoras, com intuito de corrigir disparidades, reconhecer os bons trabalhos e valorizar cada detalhe de todo o trabalho realizado.
- h) refazer itinerários indicados pela coordenação para o controle de qualidade.
- i) dar continuidade ao treinamento das entrevistadoras.

A seguir vamos comentar alguns destes pontos.

3. RECEBIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS E ITINERÁRIOS

Você deve recolher das entrevistadoras os questionários completos, em cada encontro no campo. Todos os questionários devem ser revistos com prioridade. Este processo de revisão consiste em assegurar-se de que a entrevistadora conduziu a entrevista adequadamente, isto é, que ela fez todas as perguntas apropriadas e anotou as respostas de forma legível, completa e correta.

Cada questionário que você corrigir e estiver OK, anote-o na Folha de Trabalho Estimado.

Você deve recolher e conferir o mapa de cada setor e as Folhas de Itinerário correspondentes quando as seis entrevistas forem completadas.

Como conferir o questionário

Em cada questionário completo você deve primeiramente ler com cuidado todas as respostas anotadas. Enquanto confere, você precisa marcar quais respostas não estão claras e consultar a entrevistadora sobre isso. Anote as dúvidas na folha de correção e discuta cada uma com a entrevistadora. Se for necessário, faça observações no próprio questionário. Todos os comentários ou alterações que você fizer com caneta verde a fim de serem distinguidos do que foi anotado pela entrevistadora.

Considere um questionário como corretamente preenchido quando cumprir os seguintes requisitos:

- a) todas as perguntas pertinentes têm uma resposta, seja ela uma informação, um "não lembra" ou uma "recusa", uma data ou um quadradinho assinalado com "SIM" ou "NÃO";
- b) as respostas são compreensíveis, lógicas e atingem o objetivo da pergunta;
- c) a escrita é legível para qualquer pessoa;
- d) todos os **PASSE A** e **FILTROS** foram seguidos corretamente;

- e) as perguntas não pertinentes não têm qualquer resposta anotada;
- f) as informações registradas são consistentes entre si;
- g) as respostas são legíveis e há detalhes suficientes para que possam ser facilmente entendidas;

Questionários preenchidos corretamente: na capa, no local da 1ª REVISÃO anote seu nome, OK e data.

Quando houver dúvidas e/ou erros:

Você pode corrigir sozinho quaisquer pequenos erros que sejam obviamente causados por falhas de registro: verifique se é possível completar a informação incompleta com base em algum dado existente em outra pergunta. Por exemplo, se não existe informação sobre se a mulher ou se o cônjuge foram ou não à escola, porém, na pergunta seguinte aparece anotado a última série que ela ou ele completaram, você **pode** assinalar |1| SIM como resposta à pergunta anterior.

Quando não for possível completar a informação dessa forma, você deverá checar com a entrevistadora se ela pode fornecer a informação omitida. Se ela for incapaz de responder às suas perguntas satisfatoriamente, você deve pedir-lhe que visite novamente a entrevistada para obter a informação correta. Use o verso das páginas do questionário para seus comentários ou explicações, caso necessário.

Lembre-se que nem você nem a entrevistadora devem inferir respostas.

Nunca risque totalmente nenhuma informação anotada pela entrevistadora. Risque o que você considera como erro com um traço horizontal no caso de resposta textual e com dois traços horizontais quando for alternativa. Anote a resposta correta. Caso você tenha feito alguma correção indevida, isto é, riscou alguma informação que seja correta, anote "vale" ao lado do que foi riscado.

Após revisar, discutir e solucionar os erros de cada questionário, anote seu nome no local da "1ª REVISÃO". A seguir escreva OK e a data em que você considera que o questionário não tem mais erros.

Questionários não válidos: os questionários deverão ser considerados não válidos quando:

- a) foi entrevistada a pessoa errada, ou seja, uma mulher que não foi selecionada.
- b) a mulher recusa-se a responder a muitas perguntas do questionário, ou seja, ele está muito incompleto.

Quando o questionário for considerado perdido, anotar no local da "1ª REVISÃO" o seu nome, "perdida" no local do resultado e a data.

4. FALTA DE RESPOSTA E PROBLEMAS RELACIONADOS

Significado da falta de resposta

Como você sabe, esta pesquisa é conduzida com base em amostragem. É importante para a qualidade do estudo que se obtenha informação para todas as mulheres selecionadas. A falta de resposta pode ter várias causas, mas as mais importantes são:

- a) a impossibilidade (por motivos circunstanciais) da entrevistadora fazer a entrevista com a mulher selecionada (Perdida);
- b) a mulher se nega a ser entrevistada (Recusa).

Uma de suas responsabilidades de supervisão será manter baixa a proporção de falta de resposta.

Lidando com a falta de resposta: princípios gerais

Podemos resumir alguns pontos importantes sobre os problemas da falta de resposta:

- a) apesar de esperarmos que a maior parte da falta de resposta se deva a dificuldades reais, é possível que seja também causada por esforço ou cuidados insuficientes por parte do pessoal de campo.

Você precisa manter constante domínio sobre o agendamento das entrevistas e uma supervisão cuidadosa sobre esse aspecto do desempenho das entrevistadoras. Durante os encontros semanais, certifique-se de que elas tentam fazer o melhor para conseguir entrevistas completas das mulheres selecionadas.

- b) uma das maneiras mais eficazes de reduzir a proporção da falta de resposta é manter o retorno do Controle de Qualidade.
- c) é importante para a coordenação saber, tanto quanto possível, sobre as circunstâncias que resultam em falta de resposta (por exemplo, recusou-se a ser entrevistada, está muito doente, viajando, de licença, etc.). Com este propósito, você precisa verificar cuidadosamente se estes motivos estão sendo anotados suficientemente na capa do questionário ou na Ficha de Itinerário.
- d) se você notar que os problemas de falta de resposta são mais freqüentes com uma entrevistadora do que com outras, você precisa acompanhar a(s) entrevistadora(s) nas entrevistas para detectar as causas do problema e informar isso à coordenação.

Pode haver várias razões para o fracasso em se conseguir entrevistas completas. Para evitarmos este problema, algumas regras devem sempre ser observadas: mantenha registros fiéis do comportamento de campo; certifique-se de que as entrevistadoras não estão adotando condutas diferente do padrão; certifique-se de que haja empenho no trabalho de cada uma; assista às entrevistadoras de todas as maneiras possíveis a fim de favorecê-las no seu trabalho e de que o máximo de entrevistas completas sejam realizadas. Se uma entrevistadora falhar em um caso particular, estude a possibilidade de atribuir o trabalho a outra ou tentar você mesma.

Entrevistas incompletas

Tais casos podem surgir de várias maneiras:

- a) a entrevistadora omitiu certos itens do questionário, por engano;
- b) a pessoa recusou-se a responder certas questões;
- c) alguma coisa interrompeu a entrevista antes que pudesse ser completada.

As entrevistadoras são instruídas a conferir suas próprias entrevistas e voltar a entrevistar a mulher caso o questionário não esteja completo.

Para qualquer questionário incompleto devolvido, você precisa perguntar à entrevistadora se ela pode fornecer a informação omitida. Se isto não for possível, você deve pedir a ela que entre em contato com a mulher novamente, a fim de obter o dado que falta, podendo fazê-lo através de uma visita à casa ou pelo telefone.

5. CONTROLE DE QUALIDADE

O Controle de Qualidade tem o objetivo de criticar a qualidade do trabalho, manter a homogeneidade dos procedimentos e atestar quanto à objetividade da pesquisa. Os procedimentos do Controle de Qualidade explicitam a vigilância da supervisão sobre o trabalho da entrevistadora, o que é muito positivo. Além disso, anima a entrevistadora no seu comportamento pontual, rigoroso, criterioso, perseverante e transparente, resultando, enfim, numa importante fonte de dados sobre o campo em geral, possibilitando o reconhecimento de méritos ou identificação de problemas.

A repetição das entrevistas deve se dar em dois momentos:

- a) a supervisora deve refazer parte de um questionário (uma seção) de duas entrevistadoras nas três primeiras semanas, de forma aleatória. Isto deve se dar na casa da selecionada. A supervisora deve se informar sobre detalhes da primeira entrevista e anotar. *** A supervisora deve abordar esta mulher se apresentando como supervisora, explicar, com muita simplicidade, a nossa preocupação com a qualidade e homogeneidade e pedir sua colaboração para que parte do questionário possa ser refeito;
- b) a supervisora deve refazer um questionário sempre que a coordenação achar necessário.

Depois do questionário ou parte dele ser refeito, a supervisora deve compará-los e mostrar o resultado à entrevistadora. É importante que a entrevista bem feita seja reconhecida e que as disparidades nas respostas sejam um alerta para a próximo questionário.

Conduta das entrevistadoras

Você é responsável por garantir que o comportamento geral das entrevistadoras seja satisfatório e de forma alguma prejudique o trabalho de coleta de dados. As entrevistadoras devem manter um relacionamento amigável e cordial com as pessoas dos bairros em que estiverem trabalhando e que manifestarem curiosidade sobre a trabalho dela.

É dito às entrevistadas que toda a informação que elas fornecem é confidencial. Isto significa que as entrevistadoras não devem passar essa informação a terceiros, embora não signifique que não possam discutir suas experiências. O importante é não identificarem a pessoa que forneceu a informação, e não discutirem o assunto publicamente.

Você deve manter um relacionamento amigável com as entrevistadoras sem se esquecer, porém, de que tem autoridade sobre elas. Você não deve eleger favoritas, mas deve ser imparcial. Se as entrevistadoras se envolverem em quaisquer problemas pessoais umas com as outras, mais uma vez você deve ser imparcial e tentar evitar que os mesmos problemas se repitam. Se tais problemas persistirem e parecerem prejudicar a qualidade do trabalho, você deverá entrar em contato com a coordenação para discutir o assunto.

Continuação do treinamento das entrevistadoras

O treinamento das entrevistadoras não estará completo quando o treinamento formal terminar.

Você precisa também garantir que as entrevistadoras estejam sempre motivadas e evitar uma atitude descuidada por parte delas. Elas ficarão bastante familiarizadas com o questionário depois de tê-lo usado por certo período de tempo. Esta familiaridade pode gerar uma segurança equivocada, provocando uma queda de qualidade quando a entrevistadora passar a não mais fazer as perguntas textualmente, a não mais observar adequadamente as instruções do questionário, a selecionar erroneamente ou a anotar descuidadamente as respostas. Você precisa enfatizar continuamente a importância de se seguirem as instruções com precisão, para manter uma alta qualidade durante todo o período de desenvolvimento do projeto. Se uma entrevistadora continuar a cometer os mesmos erros, depois que estes forem apontados e discutidos, você deve comunicar o fato à coordenação, que decidirá a atitude mais adequada a ser tomada com relação a ela.

A centralização de todas as condutas adotadas é fundamental para que haja uniformidade na coleta de dados. Para cada entrevistadora podem surgir problemas de campo que não tenham sido discutidos durante o curso do treinamento. É responsabilidade da supervisora resolver tais problemas, registrá-los e informá-los à coordenação. Lembre-se de que você deverá consultar a coordenação sempre que tiver dúvidas quanto à solução de qualquer problema.

Reuniões e entrega de material

O material trabalhado por cada entrevistadora deve ser entregue nos encontros do campo.

Semanalmente (ou quinzenalmente) faremos uma reunião com toda a equipe com o objetivo de integrar o grupo, animar o trabalho de campo e/ou reciclar os conceitos do questionário e princípios de entrevista. Esta integração contribui em muito para manter o moral e a motivação do grupo, relativizar as dificuldades tidas como particulares e, ainda, possibilitar evidenciar problemas que requerem providências imediatas. Faz parte do papel da supervisora contribuir com a programação dessas reuniões.

Agenda de trabalho da Supervisora

Semana x

2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	Sáb.	dom.
Reunião no CEMICAMP	Acompanha- mento 1 E	Atividades pendentes	Acompanha- mento 2 E	F O L G A	Acompanha- mento 1 E	CQ-E CQ-E
Correção de quest.			Acompanha- mento 2 E			Correção de quest.

ACOMPANHAMENTO 1

- ? Acompanhar por todo o dia o trabalho da entrevistadora.
- ? Discutir o trabalho feito desde o último encontro e discussão da agenda da próxima semana (nossa sugestão é que seja feita uma breve reunião num lugar público, depois do almoço).
- ? Recolhimento do material produzido (questionários, mapas, itinerários).
- ? Atualização da Folha de Trabalho Estimado.
- ? Retorno do C.Q.

ACOMPANHAMENTO 2

- ? Acompanhar por todo o período (manhã ou tarde) o trabalho da entrevistadora.
- ? Recolhimento do material produzido (questionários, mapas, itinerários).
- ? Atualização da Folha de Trabalho Estimado.

