

**VALDIR TADINI**

**SEXUALIDADE NO CLIMATÉRIO:  
UMA ANÁLISE DO INQUÉRITO POPULACIONAL DOMICILIAR  
EM MULHERES DE 45 A 60 ANOS NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS**

Tese de doutorado apresentada ao curso de pós-graduação 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**

**UNICAMP  
2000**



**UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE**

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	UNICAMP
	T121s
V.	Ex
TOMBO BC/	42639
PROC.	16/278100
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC#	R\$11,00
DATA	12/10/00
N.º CPD	

CM-00145B65-3

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

T121s

Tadini, Valdir

Sexualidade no climatério: uma análise do inquérito populacional domiciliar em mulheres de 45 a 60 anos no município de Campinas/ Valdir Tadini. Campinas, SP: [138 p.], 2000.

Orientador: Aarão Mendes Pinto-Neto  
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Menopausa 2. \*Atividade sexual 3. \* Prazer-sexual.  
4. Comportamento sexual I. Aarão Mendes Pinto-Neto. II.  
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências  
Médicas. III. Título.

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

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO****Aluno: VALDIR TADINI****Orientador: Prof. Dr. AARÃO MENDES PINTO NETO****Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

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

**Data: / /00**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

*Dedico este trabalho...*

*à minha esposa, Claudia;*

*aos meus filhos, Antonio Victor e Giovanna;*

*aos meus pais, Antonio (in memoriam) e Ernestina;*

*aos meus irmãos, Antonio Valdemir e Venilton;*

*aos meus mestres, em especial*

*ao Prof. Dr. Aníbal Faúndes e à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ellen Hardy;*

*aos meus amigos,*

*Prof. Dr. Corintio Mariani Neto,*

*Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cecília Roteli-Martins*

*Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sylvia M. F. Brenna e*

*ao Dr. Mauricio de Sena Martins.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Ao Prof. Dr. João Luis Carvalho Pinto e Silva, Chefe do Depto. de Tocoginecologia da FCM/UNICAMP, pela receptividade para comigo e demais colegas do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros;

Ao Prof. Dr. Gustavo Antonio de Souza, Professor Titular de Ginecologia da FCM/UNICAMP, pela amizade, pela permissão do ingresso na pós-graduação e orientação do mestrado e, pela responsabilidade de boa parte de minha formação clínico-cirúrgica em tocoginecologia;

Ao Prof. Dr. Corintio Mariani Neto, amigo, e também, Diretor Técnico de Departamento do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, que acreditou em meu potencial no início de carreira, pelo incentivo permanente e pela valiosa revisão final deste trabalho;

Às Profas. Dras. Lúcia Costa-Paiva e Adriana Orcesi Pedro, pelo incentivo e pelas fundamentais contribuições para a concretização deste estudo;

Aos Profs. Drs. Luis Carlos Zeferino e Maria Salete Costa Gurgel, pela amizade, ensinamentos e confiança no meu trabalho durante o curso médico e início da vida profissional;

Às Profas. Dras. Kazue Panetta, Sophie M.F. Derchain e Julia Yuriko Shinzato, pela amizade, incentivo e admiração profissional;

Ao Prof. Dr. José Guilherme Ceccatti, pelos ensinamentos durante o curso de metodologia e pelo exemplo de competência na execução de trabalhos científicos;

Ao Prof. Dr. José Carlos Gama da Silva, como amigo pessoal e pelo incentivo ao ingresso e apoio durante a residência médica e pós-graduação;

Aos diretores médicos do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (HMLMB), Drs. Temístocles Pie de Lima, Sylvia M.F. Brenna, Maria Nieves Félix e Márcia Maria Auxiliadora de Aquino, que se desdobraram em seus serviços, durante o período de meu afastamento das atividades administrativas do HMLMB;

Às psicólogas Cláudia Medeiros de Castro e Norma Satie Toyofuku, pela ajuda no fornecimento de preciosa literatura, esclarecimento de dúvidas, praticamente constantes, e ensinamentos sobre várias questões psicossociais relativas à sexualidade humana;

Às Assistentes de Direção do HMLMB: Dra. Ivani Batista e Adm. Maria Monica Rotiroti, pelo apoio e ajuda constante em minhas atividades;

Às Secretárias da Diretoria do HMLMB: Sras. Anabel Correia, Rosana Negrizoli, Lourdes M. Kimura, Rosa Maria M. Melo, Arlene P. Primo, Aldilaine da Silva, Maria Salete Pereira pelo incentivo, dedicação e ajuda na execução dos trabalhos durante o curso de pós-graduação;

Ao amigo Bruno Nérci, pela amizade, prestatividade e consultoria técnica para assuntos de informática em várias situações de dificuldades;

Aos amigos do Serviço de Ginecologia do Hospital 9 de Julho: Drs. José Domingos Borges, Fábio Martins Laginha e Romeu de Abreu Neto; e secretárias: Sras. Suzi Gonçalves e Marly S. Guimarães, pelo apoio e incentivo, permitindo a execução deste trabalho;

Aos funcionários do CEMICAMP, pelo extraordinário apoio técnico na elaboração e execução desta pesquisa;

Ao mestrando Edson Z. Martinez, pela valiosa ajuda e competência na realização dos trabalhos estatísticos deste estudo;

Às Sras. Vera Lúcia (CAISM/UNICAMP) e Rosângela Pescaroli de Oliveira (HMLMB), pela difícil tarefa de digitação e pelo carinho na editoração desta tese;

Aos funcionários e amigos da ASTEC/CAISM: Sueli A. Chaves, Fernanda Atibaia, Sueli Regina Silveira, William A. Oliveira, Maria do Rosário R. Zullo, Cyrene Camargo e Néder P. Prado pela amizade, profissionalismo e ajuda constante neste trabalho;

Aos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão desta importante etapa de minha vida;

Aos médicos residentes e profissionais de saúde pós-graduandos do HMLMB, pela motivação ao aprendizado constante e, por serem a verdadeira razão de meu retorno ao meio acadêmico;

E em especial, às entrevistadoras e às mulheres do município de Campinas que participaram deste inquérito, com muito respeito e gratidão.

## SUMÁRIO

Índice de Tabelas	
Símbolos e abreviaturas	
Resumo	
1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	13
2.1. <i>Objetivo Geral</i> .....	13
2.2. <i>Objetivo Específico</i> .....	13
3. Sujeitos e Métodos.....	14
3.1. <i>Desenho do estudo</i> .....	14
3.2. <i>Tamanho amostral</i> .....	14
3.3. <i>Seleção de sujeitos</i> .....	15
3.4. <i>Variáveis e conceitos</i> .....	18
3.5. <i>Coleta de dados</i> .....	22
3.6. <i>Análise de dados</i> .....	24
3.7. <i>Características da população</i> .....	26
3.8. <i>Aspectos éticos</i> .....	28
4. Resultados.....	29
4.1. <i>Aspectos da sexualidade</i> .....	29
4.2. <i>Influências das características sociodemográficas, clínicas e da autopercepção do estado de saúde na sexualidade</i> .....	35
5. Discussão.....	48
6. Conclusões.....	75
7. Summary.....	76
8. Referências Bibliográficas.....	78
9. Bibliografia de Normatizações.....	88
10. Anexos	

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

## ÍNDICE DE TABELAS

---

<b>Tabela 1</b>	<i>Principais características sociodemográficas da população estudada.....</i>	<b>28</b>
<b>Tabela 2</b>	<i>Distribuição das mulheres por idade ao início da atividade sexual.....</i>	<b>32</b>
<b>Tabela 3</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo a atividade sexual.....</i>	<b>32</b>
<b>Tabela 4</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as relações sexuais/mês nos últimos 12 meses.....</i>	<b>33</b>
<b>Tabela 5</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com o prazer nas relações sexuais.....</i>	<b>34</b>
<b>Tabela 6</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as mudanças na vida sexual e as influências da atividade sexual.....</i>	<b>35</b>
<b>Tabela 7</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as mudanças na vida sexual e o prazer...</i>	<b>36</b>
<b>Tabela 8</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com o motivo da abstinência sexual.....</i>	<b>37</b>
<b>Tabela 9</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na idade ao início da atividade sexual.....</i>	<b>38</b>
<b>Tabela 10</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na atividade sexual.....</i>	<b>40</b>
<b>Tabela 11</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na atividade sexual.....</i>	<b>41</b>
<b>Tabela 12</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na frequência das relações sexuais/mês.....</i>	<b>42</b>

<b>Tabela 13</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na frequência das relações sexuais/mês.....</i>	<b>44</b>
<b>Tabela 14</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas no prazer sexual.....</i>	<b>45</b>
<b>Tabela 15</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas no prazer sexual.....</i>	<b>46</b>
<b>Tabela 16</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na diminuição do interesse sexual.....</i>	<b>47</b>
<b>Tabela 17</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na diminuição do interesse sexual.....</i>	<b>48</b>
<b>Tabela 18</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências da autopercepção do estado de saúde na atividade sexual.....</i>	<b>49</b>
<b>Tabela 19</b>	<i>Distribuição das mulheres de acordo com as influências da autopercepção do estado de saúde no prazer sexual.....</i>	<b>49</b>

## **SÍMBOLOS E ABREVIATURAS**

---

<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>SPSS-PC</b>	Special Packet Socials Science-Personal Computer
<b>RR</b>	Risco relativo
<b>TRH</b>	Terapia de reposição hormonal
<b>IMC</b>	Índice de massa corpórea
<b>kg</b>	Kilograma
<b>m<sup>2</sup></b>	Metro quadrado
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>CEMICAMP</b>	Centro de controle de doenças materno-infantis de Campinas
<b>DP</b>	Desvio padrão
<b>NHSLs</b>	National Health and Social Life Survey
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>DE</b>	Data entry

## **RESUMO**

---

O aumento da expectativa de vida, principalmente entre a população feminina neste final de século tornou os estudos sobre o climatério e suas implicações psicobiológicas e sociais, como a sexualidade, temas de grande interesse, pois são relacionados à melhoria da qualidade e do estilo de vida. **Objetivos:** Descrever alguns aspectos da sexualidade em mulheres climatéricas e as influências das características sociodemográficas e clínicas e da auto-percepção do estado de saúde. **Sujeitos e métodos:** Estudo descritivo, de corte transversal, associado a um inquérito populacional domiciliar em mulheres de 45 a 60 anos residentes em Campinas (SP), no Brasil. Foram selecionadas 456 mulheres, através de processo de amostragem, baseado em Censo Demográfico de 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os dados foram coletados através de entrevistas domiciliares com questionários estruturados e pré-testados internacionalmente no Sudeste Asiático e nos Estados Unidos. Foram obtidas as estatísticas de posição (frequências, médias e medianas) e riscos relativos (RR) ajustado por idade, com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A maioria das mulheres iniciou sua vida sexual na adolescência e, continuou mantendo relações sexuais (68%) e obtendo prazer (86%) no climatério; com uma frequência mediana, neste período da vida, de quatro relações/mês. Um terço da

amostra estava em abstinência sexual nos últimos 12 meses, devido principalmente a falta de parceiro ou a doença deste (75%), e não causas relativas à mulher. A principal mudança na atividade sexual das mulheres foi a falta de interesse sexual (75%), não sendo importante a secura vaginal ou a dispareunia. As características associadas à precocidade do início da atividade sexual foram: a menor escolaridade (sem escolaridade com RR de 5,7) e o menor poder aquisitivo (classe D ou E com RR de 3,5). Em relação à manutenção da atividade sexual foi significativo ter parceiro estável e principalmente, estar casada (RR ajustado= 30,7), pertencer a classe A ou B (RR ajustado de = 3,3); ser não fumante (RR ajustado= 2,4), e estar usando TRH (RR ajustado= 1,8). A obtenção do prazer foi influenciada somente pela maior escolaridade (RR ajustado= 4,3 e pela autopercepção do bom estado de saúde (RR ajustado= 9,6). **Conclusões:** A atividade e o prazer sexual no climatério têm uma influência multifatorial, que passa por questões de condições socioeconômicas, culturais, clínicas, hábitos e educação sexual. A contribuição deste estudo é alertar os profissionais de saúde e pesquisadores, para melhor entendimento das ações não estritamente biológicas sobre o comportamento humano, neste caso em especial à sexualidade no climatério e, a maior atenção às queixas das mulheres e de seus parceiros.

## 1. INTRODUÇÃO

---

Entraremos no século XXI com um grande desafio na área de saúde da mulher: o aumento significativo da longevidade e uma crescente preocupação com a melhoria da qualidade de vida desta importante parcela da população mundial. Estima-se que mais de 700 milhões de mulheres estarão acima dos 45 anos, com uma expectativa de vida próxima dos 80 anos. Apesar disto, a idade na menopausa permanece inalterada, por volta dos 50 anos (FRIES & CRAPO, 1990).

O avançar da idade e as conseqüências das mudanças físicas e psicológicas, determinadas pelo tempo, sobre o estilo e qualidade de vida, constituem importante questão a ser abordada pelos envolvidos no estudo da mulher contemporânea (LOCK, KAUFERT, GILBERT, 1988; LOCK, 1991; EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS, 1996).

Para FONSECA (2000):

*“A mulher do século XX é toda aquela que consegue levar a família em frente, criar os filhos como homens de bem, sem drogas, trabalha fora para ajudar a manter a casa, quando não a mantém sozinha, além de participar ativamente das atividades sociais e ainda alcança a proeza de manter seu lado feliz e dar alegria aos que estão ao redor”.*

Por outro lado, SUPPLY (2000) afirma:

*“As mulheres de hoje estão mais soltas, livres, magras, independentes financeiramente do que nossas avós. Ouso dizer que mais felizes, apesar de sobrecarregadas e, às vezes, desconcertadas com as mudanças tão rápidas, com a responsabilidade de educar os filhos, ainda tão solitária para muitas, perdidas no consumo excessivo e escravas de padrões de beleza absurdos”.*

Sabe-se que a sexualidade influencia o âmbito pessoal e familiar, o profissional e o comunitário; ela pressupõe questões de gênero feminino, vínculo e cidadania, como em qualquer outra fase da vida (MASTERS & JOHNSON, 1985; HARDY, ALVES, OSIS, 1992; CARREÑO, 1999). O desejo sexual, a excitação, o ato sexual, propriamente dito, a necessidade de atrair e conquistar, o amor e o afeto, são elementos essenciais ao ser humano, independentes de gênero ou idade (MASTERS & JOHNSON, 1984).

Não podemos deixar de considerar as importantes alterações endócrinas e físicas decorrentes da diminuição de secreção de hormônios esteróides ovarianos que ocorrem, a partir dos 45 anos, no organismo feminino. A queda dos níveis de estrogênios, a ausência de progesterona e a conversão periférica de androgênios em estrona, podem provocar ondas de calor, sudorese noturna, secura vaginal, dispareunia, insônia, alterações de humor, alterações da pele e da viçosidade dos cabelos. E, ainda, em relação às alterações endócrinas e físicas, sabemos que

existe um aumento dos riscos relativos a doenças crônicas (LONGCOPE, 1994; FERNANDES & WEHBA, 1995; EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS, 1996).

As dúvidas em relação às alterações orgânicas no climatério tiveram e têm bastante atenção dos especialistas e pesquisadores que procuraram, e continuam procurando, entendê-las. O mesmo não podemos dizer das conseqüências psicossociais e culturais deste importante período de vida das mulheres (LOCK, 1991; HUNTER, 1992). O quanto as alterações hormonais repercutem efetivamente no dia-a-dia das mulheres climatéricas, em relação à sua vida familiar e em relação aos medos, mitos e tabus sobre a sexualidade e a menopausa (ANEXO A)? É muito difícil responder esta questão, somente pensando nos fatores endócrinos (BRENNER, 1988; LOCK, 1991; TELES, 1999).

Na abordagem das mulheres, durante o climatério, presume-se que todas, independentemente da região, da raça, da cultura, do nível socioeconômico e do estado nutricional, terão uma deficiência estrogênica com suas conseqüências endócrinas e físicas; portanto, essa fase da vida não deve ser encarada como um estado de doença, mas sim, como um estado fisiológico e evolutivo da mulher (BRENNER, 1988; LOCK, 1991).

Este período apresenta ganhos que podem ajudar ou, até mesmo, resolver boa parte das repercussões sobre as mudanças físicas e metabólicas. A maturidade, a visão ampliada do mundo, a experiência maior de vida e uma

melhor noção de seu papel e sua inserção na sociedade constituem importantes elementos na atitude da mulher frente à menopausa (MONTGOMERY, 1995; ARAÚJO, 1999; BACHMANN, BURD, EBERT, 2000).

PINTO-NETO (2000), avaliando as desvantagens, vantagens e atitudes frente ao tratamento da menopausa em mulheres de Campinas (SP), relatou que as vantagens predominam sobre as desvantagens. Verificou que, em ordem decrescente de importância, as principais vantagens da menopausa foram o alívio causado pela ausência das menstruações, a sensação de mais liberdade e independência, a aceitação de que as mudanças físicas são normais e, entre outras, que é agradável saber que a gravidez não é mais possível. Aproximadamente 60% destas mulheres concordaram que o sexo fica mais prazeroso ou que as relações sexuais melhoram após a menopausa.

O desafio, portanto, é “reciclar” a leitura dos dogmas impregnados pela mídia e pela sociedade em relação a algumas questões relevantes. Quanto diminuiu a sua capacidade física? Quais as alterações da sua atividade sexual e da atração pelo parceiro? O que faz a discriminação socioeconômica e profissional?

A procura de alternativas não medicamentosas no tratamento das alterações físicas como, por exemplo, os exercícios vaginais e perineais na abordagem da secura vaginal e das vaginites por atrofia podem minimizar o efeito “doença” que o termo menopausa carrega dentro de si, em relação à diminuição

da prática sexual no climatério. Assim, a preferência por tratamentos não-medicamentosos na população climatérica assume particular destaque (LUTZ & VERA, 1999; PINTO-NETO, 2000).

Os fatores não hormonais, como os psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos, interferem nas percepções da mulher no climatério e na sua sexualidade, bem como, nas atitudes do parceiro no relacionamento heterossexual e nas atitudes dos profissionais de saúde envolvidos na sua assistência (LOPES, 1993; WILBUR et al., 1998). Dentre estes, a presença física e comportamental do parceiro constitui um dos mais importantes para a manutenção do bem estar sexual da mulher em toda a sua vida e, em especial, no climatério (MATARAZZO, 1992; MONTGOMERY, 1995; BACHMANN et al., 2000).

Observa-se, geralmente, em relação ao companheiro, que além do desconhecimento da resposta sexual humana nas diferentes etapas da vida da mulher, pode existir um sentimento de culpa pelas alterações físicas provocadas por gestações, partos e cirurgias, pela falta de prioridade nos cuidados com a estética e com o peso corporal e, ainda, ao freqüente impedimento da atuação da companheira no âmbito profissional, principalmente em nosso meio (MONTGOMERY, 1995; MONTGOMERY & SURITA, 1998).

Estes fatores podem propiciar a deterioração dos relacionamentos e atritos freqüentes, que culminam numa seqüência de insatisfações do parceiro,

abandono e a procura de outra parceira, via de regra, mais jovem (BEAUVOIR, 1980; BACHMANN et al., 2000).

A estas questões junta-se outra, observada rotineiramente: a de que uma mulher no climatério tem como parceiro um homem, em média, com mais de 50 anos, que também pode não constituir mais um objeto de desejo da mulher. O envelhecimento masculino, com seu estado físico debilitado, freqüentemente está associado à presença de doenças degenerativas como: o diabetes melito, a hipertensão arterial e, principalmente, a cardiopatia isquêmica. E ainda, às repercussões da rejeição do mercado de trabalho a esta faixa etária, que levam à perda de suas atividades profissionais e sociais, e a decorrente queda do padrão de vida, propiciando o *stress* e a desmotivação. Geram, a partir deste ponto, um conjunto de fatores que dificultam o desempenho sexual masculino e, até mesmo, a impotência, chamado de andropausa (GOODSON & LOPES, 1995; GRENDALÉ, HOGAN, SHUMAKER, 1996).

Sem dúvidas, o relacionamento é peça fundamental para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável e exprime importante fator de motivação neste momento. O deixar de dar um beijo, a falta de contato físico como um abraço, as manifestações de agressividade ou depressão, as hostilidades e também o uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central, podem ser os principais fatores que levam à diminuição da atividade e até

à abstinência sexual (FROCK & MONEY, 1992; HUNTER, 1992; MATARAZZO, 1992).

A falta de comunicação pode ser resolvida com diálogos freqüentes acerca do climatério e do envelhecimento, ajudando a resolver problemas conjugais relacionados a medos, mitos e tabus; o amor revitalizado pode tornar-se novamente a base de sustentação deste relacionamento (MATARAZZO, 1992; BACHMANN et al., 2000). É importante também, que se encontre outras formas de se obter o prazer como: o lazer; a ascensão profissional, cultural e econômica; a satisfação familiar e o saber lidar com a “síndrome do ninho vazio”, ocasionada pela saída dos filhos após a maturidade e, ainda, a busca da valorização da mulher no climatério (LOPES, 1993; BREEN, 1999).

O aumento da auto-estima pode e deve contar com um efetivo apoio dos profissionais de saúde que deveriam exercer o papel do “médico de família”, onde além de realizar as atividades de prevenção e tratamento poderiam atuar também como fiéis depositários de dúvidas e confidências em relação às questões da sexualidade e da menopausa e, ainda, ajudar a mulher a abordar seus problemas junto com a comunidade, ou seja, apoiando as suas manifestações de cidadania (LEIBLUM & SWARTZMAN, 1986; MENDES, 1995; GÓMEZ, 1999).

Estas suposições tornaram-se particularmente importantes quando se constatou que praticamente todas as mulheres de 45 a 60 anos do município de Campinas (97,6%) concordaram que deveriam consultar um médico por questões

relacionadas à menopausa, incluindo as queixas sexuais e, 80% delas, realmente procuraram um serviço de saúde para a solução destes problemas (PEDRO, 1999; PINTO-NETO, 2000).

Em relação às atitudes dos profissionais de saúde e dos pesquisadores, era de se esperar que suas atividades visassem uma atenção global e individualizada na abordagem da mulher referente ao climatério e a sexualidade, o que não parece ser uma ação real (McCOY, 1994; MENDES, 1995; VITIELLO, 2000).

Sabemos, por exemplo, que a maioria dos cursos de medicina no Brasil, não prepara seus alunos para o conhecimento da sexualidade humana. Eles se detêm a enfatizar no ensino da ginecologia, somente aspectos reprodutivos, raramente abordando, inclusive na residência médica, orientações a respeito de desejo, padrões de conduta sexual ou mesmo informações sobre a fisiologia da resposta sexual. Esta deficiência acadêmica confere ao médico e, em especial ao ginecologista, um conhecimento sobre sexo muito próximo ao de qualquer indivíduo adulto bem instruído, com uma diferença de que serão chamados, profissionalmente, a atuar nesta área (VITIELLO, 2000).

As deficiências no ensino e o conseqüente despreparo profissional dificultam ao médico fazer uma avaliação global e inserir na assistência à saúde da mulher no climatério uma análise das influências de fatores ambientais,

culturais, educacionais, religiosos, profissionais e de seus antecedentes pessoais sobre a sexualidade neste período (LOPES, 1993; VITIELLO, 2000).

Como consequência, o conhecimento é adquirido através de observações pessoais, conversas entre colegas ou por ação de propagandistas de indústrias farmacêuticas, muitas vezes levando a conclusões tendenciosas (PRATHER & FIDELL, 1975; LOCK, 1991). O que se espera do profissional médico de hoje é que ele seja habilitado na realização da assistência, tenha bom conhecimento técnico, esteja atualizado e que, principalmente, tenha espírito crítico em relação ao que ouve e ao que faz. Isto é particularmente importante quando se aborda a sexualidade no climatério, posto que esta análise transcende os aspectos técnicos, alcançando um contexto psicobiológico e social (LOCK, 1991).

Acrescente-se a isto que são massificantes as informações sobre a necessidade e os benefícios da terapia de reposição hormonal (TRH) no climatério e seus efeitos sobre a sexualidade. É importante focar a TRH sob uma visão crítica: quais seus efeitos colaterais? Quais as suas consequências a longo prazo? Devemos utilizá-la em todas as mulheres? A TRH será suficiente para resolver todos os problemas do climatério e da sexualidade?

Em relação a esta última questão, sabemos que a TRH, isoladamente, não é suficiente. E ainda, se observarmos com detalhes alguns estudos sobre este tema, veremos que a TRH pode até criar outras dúvidas, além das já descritas neste período, como o sangramento genital pós-menopausa, o aumento de

incidência de câncer, o aumento de peso, o aparecimento de varizes e a interferência no tratamento de outras doenças como o tromboembolismo, as cardiopatias graves e o acidente vascular cerebral (TELES, 1999; PINTO-NETO et al., 1999).

A literatura é clara no que se exige na atitude do profissional de saúde, em especial dos médicos, na abordagem do climatério e da sexualidade: capacitação técnica, conhecimento profundo do problema, caracterização com precisão da população a ser atendida, individualização dos casos e inserção destes num contexto psicobiológico e social (BACHMANN et al., 2000).

O estabelecimento de um programa de atenção global no atendimento e na compreensão da atitude da mulher frente ao climatério deve incluir ações sobre a dieta, os hábitos (tabagismo, alcoolismo), o tratamento de doenças coadjuvantes, a abordagem de mitos, medos e tabus, a terapia sexual, o envolvimento do parceiro, e a recuperação da auto-estima (psíquica e física), para que expresse as suas necessidades e, se necessário, que tenha a capacidade de se lançar a um novo relacionamento (JONG, 1990; FERNANDES, MELO, WEHBA, 1997).

Em relação às atitudes dos pesquisadores sobre a sexualidade durante o climatério, vemos ainda um número muito reduzido de estudos que enfocam este tema como questão principal. Geralmente estão inseridos em pesquisas gerais sobre o climatério; pouquíssimos trabalhos procuram caracterizar as mulheres de acordo com suas queixas sexuais (McCOY, 1994).

Os estudos sobre a sexualidade durante o climatério abrem caminho para a discussão de dois grandes temas da ginecologia atual: a busca da melhoria da qualidade e de mudanças no estilo de vida das mulheres entre 45 e 60 anos (EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS, 1996; McCOY, 1998).

Nesta perspectiva, teremos que entender o que é ideal para cada mulher: mudar ou deixar como está? Sem dúvida, caracterizar melhor estas mudanças e melhorar o que for possível, através da experiência, da quebra de alguns tabus da infância e da adolescência, de orientações de dietas adequadas, de mudanças de hábitos e, ainda, se necessário, o uso de medicamentos. Como descrever o tipo de atividade sexual ideal? Qual a sua freqüência? Com qual parceiro? E, ainda, em que posição? Somente estudos detalhados podem ajudar a responder estas questões.

A busca do orgasmo como satisfação do desejo, da atração e da auto-estima é preconizada como o guia principal de orientação sexual (MASTERS & JOHNSON, 1984). A superação de problemas anteriores, como o medo da gravidez; cuidados com as crianças; o cansaço profissional e/ou do trabalho no lar; aliados ao encontro de um parceiro que atenda às suas necessidades, podem ser fatores primordiais na satisfação sexual no climatério e desta forma devem ser explorados (AVIS & McKINLAY, 1991; MONTGOMERY, 1995; TELES, 1999).

Confirmando esta argumentação, como já vimos, as principais vantagens da menopausa, em um grupo de mulheres brasileiras, foram o alívio causado pela

ausência das menstruações e o sentimento de liberdade e independência (PINTO-NETO, 2000).

Por fim, colocados todos estes aspectos no estudo da sexualidade no climatério, voltamos a enfatizar um ponto fundamental nesta abordagem: a caracterização do grupo que estamos trabalhando, e dentro deste contexto a necessidade de orientar e personalizar a atenção, de acordo com as atitudes destas mulheres frente à menopausa e a sexualidade e as mudanças por elas relatadas neste período.

Com este objetivo, foi realizada uma análise do inquérito populacional domiciliar com mulheres entre 45 e 60 anos no município de Campinas, para caracterizá-las de acordo com sua sexualidade e as influências das condições sociodemográficas e clínicas. Estudo anterior, com esta mesma população mostrou que a prevalência de queixas sexuais foi de cerca de 30% e que, cerca de 60% têm menos vontade de ter relações sexuais na menopausa (PINTO-NETO et al., 1999).

Deste modo, realizando o seguimento da análise deste inquérito, pretendemos contribuir para um melhor conhecimento da sexualidade no climatério deste grupo de mulheres e possivelmente fornecer subsídios para uma atenção global a outras populações.

## **2. OBJETIVOS**

---

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Descrever alguns aspectos da sexualidade das mulheres de 45 a 60 anos no município de Campinas e as influências das características sociodemográficas, clínicas e da autopercepção do estado de saúde.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer a distribuição das mulheres de acordo com a idade ao início da atividade sexual.
- Determinar a proporção de mulheres em atividade sexual e a frequência das relações sexuais/mês.
- Conhecer a distribuição das mulheres de acordo com a obtenção do prazer nas relações sexuais.
- Descrever as mudanças na vida sexual das mulheres de acordo com a influência da atividade e do prazer sexual.
- Determinar os principais motivos da abstinência sexual.
- Avaliar as influências das características sociodemográficas e clínicas na atividade e no prazer sexual .
- Avaliar as influências das características sociodemográficas e clínicas nas mudanças da vida sexual.
- Avaliar as influências da autopercepção do estado de saúde na atividade e no prazer sexual.

## **3. SUJEITOS E MÉTODOS**

---

### **3.1 Desenho do estudo**

Estudo descritivo de corte transversal, associado a 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-SILVERSTEIN, BANETT-CONNOR, 1995), com uma diferença máxima desejada entre a proporção amostral e populacional de 5%, e um erro tipo I (alfa) de 0,05.

O tamanho da população-alvo considerado para este cálculo foi a população feminina de Campinas, na faixa etária entre 45 a 60 anos, no ano de 1997. Obteve-se este dado através de regressão linear, baseada no último Censo Demográfico (IBGE, 1994), com projeção de população estimada para o ano de 1997 de 79.727 mulheres.

Tal procedimento foi realizado pelo Laboratório Aplicado de Epidemiologia do Departamento de Medicina Social da Universidade Estadual de Campinas

(UNICAMP), utilizando a regressão da população, baseando-se em método descrito por LAURENTI et al. (1987). Desta forma, o número mínimo calculado de entrevistas foi de 367 mulheres, sendo acrescido em 20% para evitar possíveis perdas durante o estudo, resultando em um total de 456 entrevistas.

### **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 (PEDRO, 1999).

#### **3.3.1. Critérios de inclusão**

- ◆ Mulheres entre 45 e 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 (ANEXO 1), 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 Demográfico 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 não haver em alguns deles o número necessário de mulheres a serem selecionadas.

#### **3.3.4. Seleção das mulheres em cada setor censitário**

A seleção das mulheres em cada setor censitário envolveu três etapas:

- a) O percurso 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.

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

c) Seleção das mulheres

Em cada um dos setores, selecionaram-se, no mínimo, uma e, no máximo, seis mulheres, que eram escolhidas por critério de ordem alfabética e pulando-se o endereço de seis casas para a inclusão de outra mulher, seguindo recomendações da metodologia estatística (PEDRO, 1999). A primeira coisa que a entrevistadora fazia, quando encontrava uma mulher elegível para o estudo, era pedir autorização para aplicar o *Check-List* (ANEXO 3). 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 ela e aplicá-lo pessoalmente.

Quando havia mulheres elegíveis que não estavam em casa naquele momento, outros moradores eram indagados 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, 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 outra mulher era selecionada 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, estar internada, 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.

Para todas as mulheres selecionadas, a entrevistadora lia o Termo de Consentimento Pós-Informação Oral (ANEXO 4) antes de entrevistá-la, se ela aceitasse participar. Não sendo 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 e Conceitos**

- *Idade* – idade em anos completos quando foi entrevistada.
- *Idade ao início da atividade sexual* – idade, em anos completos, quando da primeira relação sexual

- *Idade à menopausa* – idade, em anos completos, em que ocorreu a última menstruação, seguida por um período mínimo de 12 meses de amenorréia.
- *Cor declarada* – declarada pela própria mulher e classificada em branca e não branca.
- *Tabagismo*, classificado como:
  - Fumante – fumante atualmente ou se parou de fumar há um ano ou menos, não importando o número de cigarros por dia
  - Não fumante – se nunca fumou ou fumava e parou de fumar há mais de um ano.
- *Estado marital* – definido pela própria mulher como solteira, casada, amasiada, separada, divorciada ou viúva.
- *Interesse sexual* – definido como a vontade da mulher em ter relacionamento sexual, nos últimos 12 meses e, classificado em: diminuído, aumentado e sem alterações.
- *Autopercepção do estado de saúde*: definida pela mulher, como ela se acha em relação à sua saúde e, classificada em: péssima, regular ou boa/excelente.
- *Escolaridade* – número de anos completos de escolaridade formal na época da entrevista e, classificada em:
  - Sem escolaridade
  - 1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> série

- 5<sup>a</sup> à 8<sup>a</sup> série
- 2<sup>o</sup> grau ou mais
- *Trabalho* - jornada de trabalho remunerado na época da entrevista, classificada como: integral (40 horas/semana), meio período (20 horas ou menos/semana), e não trabalha.
- *Classe social* - classificação socioeconômica utilizando os critérios da Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisas de Mercado (ABIPEME), classificada 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 = 30-34 pontos
  - Classe E = 0-19 pontos

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

- *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 quanto aos padrões anteriores.
  - Pós-menopausa - mulheres em que o último período menstrual ocorreu, pelo menos, 12 meses antes da entrevista.
- *Critérios para classificação do estado menopausal em mulheres histerectomizadas:*
- Pré-menopausa - mulheres com idade atual entre 45 e 48 anos e que tinham padrão menstrual regular antes da histerectomia.
  - Perimenopausa - mulheres com idade atual entre 45 e 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.
- *TRH* - uso de terapia hormonal para o climatério, excluindo hormônios utilizados para anticoncepção. Classificado em: nunca usou, usa atualmente e já usou.
- *Atividade sexual* - definida como o ato do relacionamento sexual, nos últimos 12 meses, dividido nas categorias: sim e não.
- *Prazer sexual* - definido pela mulher, como a obtenção do prazer durante o ato sexual, nos últimos 12 meses, dividido nas categorias: sempre, às vezes e nunca.

- *IMC* - índice de massa corpórea, calculado com a fórmula de Quetelet = peso (em kg)/quadrado da altura (em m<sup>2</sup>) e, classificada em duas categorias: <30 kg/m<sup>2</sup> e ≥30 kg/m<sup>2</sup> (KEYS et al., 1972)
- *Tipo de menopausa* – definido como a causa do estabelecimento da última menstruação da mulher. Classificada em natural (fisiológica) e cirúrgica (histerectomia e/ou ooforectomia bilateral).
- *Religião* – religião declarada, classificada em católica e não católica.

### 3.5. Coleta de dados

Utilizou-se um questionário estruturado e pré-testado (ANEXO 5) para obter as informações de interesse para o estudo. Todas as variáveis basearam-se no auto relatório das mulheres. O questionário utilizado para este estudo, com questões fechadas, foi elaborado a partir de dois questionários adaptados pelos autores e por vários membros do Departamento de Pesquisas Médico-Sociais do Centro de Controle de Doenças Materno-Infantis de Campinas (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 foi fornecido pela Sociedade Norte-Americana de Menopausa e aplicado nos Estados Unidos (UTIAN & SCHIFF, 1994). As questões referentes às atitudes foram baseadas nos

estudos de GROENEVELD et al., (1993) e utilizadas para complementar o questionário em sua versão final.

Para minimizar problemas com tradução e, também, pelo fato de algumas palavras do idioma inglês não terem equivalentes em português, os questionários foram inicialmente vertidos para o português e traduzidos novamente para o inglês, com a finalidade de checar a acuracidade da versão traduzida (PEDRO, 1999).

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 – UNICAMP) e com outras mulheres da população em geral, contactadas por assistentes de pesquisa, que se dispuseram a responder ao questionário, avaliar o resultado em termos da 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 cinco vezes até se considerar que o questionário estava em sua versão definitiva. Os questionários aplicados no pré-teste e o registro das modificações feitas em cada etapa foram arquivados (PEDRO, 1999).

Os questionários foram estruturados 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* sócioeconômico

### **3.6. Análise 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 for Personal Computer - 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, realizava-se a verificação manual dos questionários pelos pesquisadores.

Para a análise dos dados, utilizou-se o pacote *Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer* (SPSS-PC), onde foram obtidas estatísticas de posição (frequências, médias e medianas) e calculados os riscos relativos (RR) e

riscos relativos ajustados por idade (variável confundidora) com IC 95%, sempre tendo como referência uma das categorias da característica sociodemográfica ou clínica em relação à variável dependente em análise, como descrito a seguir (AGRESTI, 1990):

**a) Idade ao início da atividade sexual**

Referências: classe A ou B, cor branca, 2º grau ou mais, trabalho em tempo integral, viúva e católica.

**b) Atividade sexual**

Referências: classe D ou E, cor não branca, sem escolaridade, trabalho em tempo integral, viúva, católica, menopausa natural, pré-menopausa, nunca tomou TRH, fumante e IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>

**c) Relações sexuais/mês**

Referências: classe D ou E, cor branca, 2º grau ou mais, trabalho em tempo integral, viúva, católica, menopausa natural, pré-menopausa, nunca tomou TRH, fumante e IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>

**d) Prazer nas relações sexuais**

Referências: classe D ou E, cor não branca, sem escolaridade, trabalho em tempo integral, viúva/solteira/separada/divorciada, católica, menopausa natural, pré-menopausa, nunca tomou TRH, fumante e IMC < 30 kg/m<sup>2</sup>

**e) Autopercepção do estado de saúde**

Referência: péssima

### 3.7. Características da população

Dentre as 456 mulheres amostradas, oito (1,8% do total), afirmaram que nunca tiveram relações sexuais. Sendo assim, 448 mulheres constituíram a amostra utilizada neste estudo.

A distribuição foi semelhante nas três categorias de faixa etária. A maioria das mulheres foi branca e de baixo nível educacional, sendo que aproximadamente 70% referiram escolaridade de, no máximo, quatro anos. A grande maioria vivia com companheiro e não possuía emprego remunerado. A religião predominante foi a católica. Cerca de quatro quintos (79,8%) da população estudada pertenciam às classes sócio-econômicas C, D e E (Tabela 1).

A idade mínima de ocorrência de menopausa natural foi de 28 anos e a máxima de 58 anos, sendo a média de 47,5 anos (DP  $\pm$  4,9). Aproximadamente 5,5% das mulheres apresentaram menopausa precoce (abaixo de 40 anos) e 2% apresentaram menopausa tardia (acima de 55 anos).

O tempo decorrido desde a menopausa variou de um a 30 anos, com média de 7,2 anos (DP  $\pm$  5,0). Aproximadamente 70% das mulheres tiveram tempo médio decorrido da menopausa de oito anos ou menos. Estavam na pré-menopausa 26%; perimenopausa 17% e na pós-menopausa 57% (PEDRO, 1999).

Tabela 1. Principais características sociodemográficas da população estudada (n=456)

Características	Mulheres	
	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
45-49	172	37,6
50-54	144	31,6
55-60	140	30,8
<b>Cor declarada</b>		
Branca	257	56,4
Não branca	199	43,6
<b>Escolaridade</b>		
Sem	72	15,7
1ª a 4ª série	243	53,7
5ª a 8ª série	81	17,7
2º grau ou mais	60	12,9
<b>Estado marital</b>		
Viúva	54	11,8
Solteira	28	6,2
Separada/divorciada	52	11,4
Amasiada/vive junto	28	6,1
Casada	294	64,5
<b>Trabalho</b>		
Integral	126	27,6
Meio período	38	8,3
Não trabalha	292	64,1
<b>Religião</b>		
Católica	324	71,1
Não católica	132	28,9
<b>Classe social</b>		
A ou B	91	20,0
C	184	40,1
D ou E	181	39,7

### **3.8. Aspectos Éticos**

Foi redigido um Termo de Consentimento (Pós-informação oral - ANEXO 4), conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde, explicitadas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Lia-se este termo 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, tais como a idade, os sintomas climatéricos, a atitude e a 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 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, assim como não se solicitou que assinassem um formulário de consentimento. Somente foi necessário consentimento oral.

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

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

## **4. RESULTADOS**

---

Os dados obtidos neste estudo serão apresentados em duas etapas: descrição de alguns aspectos da sexualidade no climátero e as influências das características sociodemográficas, clínicas e da autopercepção do estado de saúde.

### **4.1. Aspectos da sexualidade**

Serão apresentados os dados referentes ao início da atividade sexual, à atividade e ao prazer sexual nos últimos 12 meses, às mudanças na vida sexual e aos motivos da abstinência sexual:

#### **4.1.1. Início da atividade sexual**

A Tabela 2 mostra que a maioria das mulheres (55%) iniciou sua atividade sexual até os 19 anos. A idade mínima foi de 11 anos, a máxima de 47 e a idade média foi de 20 anos.

**Tabela 2. Distribuição das mulheres por idade ao início da atividade sexual (n = 447)**

<b>Mulheres</b>			
<b>Idade ao início da atividade sexual(anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% cumulativa</b>
Até 19	248	55	55
20 a 22	74	17	72
23 ou mais	125	28	100

Mediana -- = 19 anos

idade mínima= 11 anos

idade máxima = 47 anos

média=20 anos

desvio padrão= ± 5,6 anos

Obs: uma mulher não informou

#### 4.1.2. Atividade sexual

A maioria das mulheres (68%) continuou mantendo relações sexuais nos últimos 12 meses. Um terço da amostra estava em abstinência sexual (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição das mulheres de acordo a atividade sexual (n = 448) nos últimos 12 meses**

<b>Mulheres</b>		
<b>Atividade sexual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	303	68
Não	145	32

Pela Tabela 4, observamos que 56% das mulheres mantinham a frequência de até quatro relações/mês, sendo expressiva a categoria de cinco a dez relações

mensais (29%). A freqüência de 11 ou mais relações/mês foi referida por 15% das mulheres.

**Tabela 4. Distribuição das mulheres de acordo com as relações sexuais/mês nos últimos 12 meses (n = 295)**

Número de relações sexuais/mês	Mulheres		
	n	%	% cumulativa
1 a 4	166	56	56
5 a 10	87	29	85
11 a 20	34	12	97
21 ou mais	8	3	100

Mediana = quatro relações/mês

Obs: oito mulheres não responderam esta questão

#### 4.1.3. Prazer sexual

Mais da metade (52%) obteve prazer sexual "às vezes", como mostra a Tabela 5. A somatória de mulheres nas categorias com prazer sexual "sempre" e "às vezes" representou 86% da amostra. Uma parcela expressiva nunca obteve prazer nas relações sexuais (14%).

**Tabela 5. Distribuição das mulheres de acordo com o prazer nas relações sexuais (n = 297)**

Prazer sexual	Mulheres	
	N	%
Sempre	102	34
Às vezes	154	52
Nunca	41	14

Obs: seis mulheres declararam que não tiveram relações sexuais recentemente

#### 4.1.4. Mudanças na vida sexual

A diminuição do interesse foi a principal mudança na vida sexual, tanto nas que continuaram tendo relações (74%), quanto no grupo em abstinência sexual (80%). A dor durante a relação e/ou a secura vaginal ocorreram em 12% das mulheres. A depressão/tristeza e a ansiedade não se mostraram como fatores importantes na mudança da vida sexual em nenhum dos dois grupos. (Tabela 6).

**Tabela 6. Distribuição das mulheres de acordo com as mudanças na vida sexual e as influências na atividade sexual (n = 132)**

Mudanças na vida sexual	Atividade sexual			
	Sim (n=107)		Não (n=25)	
	n	%	n	%
Diminuição do interesse	79	74	20	80
Aumento do número de relações	5	5	-	-
Diminuição do número de relações	9	8	1	4
Secura vaginal	5	5	-	-
Depressão/ tristeza	2	2	1	4
Ansiedade	1	1	-	-
Dor durante a relação	8	7	-	-

A diminuição do interesse permaneceu como principal mudança na vida sexual (Tabela 7), não tendo influência sobre a obtenção ou não do prazer nas relações. A diminuição do número de relações sexuais apareceu com frequência de 15% nas mulheres que "sempre" tinham prazer, mas não foi tão importante naquelas que tinham prazer "às vezes" ou "nunca". A secura vaginal e/ou a dor durante a relação foi a queixa de 10% das mulheres que tinham prazer "sempre" ou "às vezes" e de 16% das mulheres que "nunca tiveram prazer". É importante ressaltar que a maioria das mulheres em atividade sexual não referiu mudanças na vida sexual

**Tabela 7. Distribuição das mulheres de acordo com as mudanças na vida sexual e o prazer (n = 105)**

Mudanças na vida sexual	Prazer sexual					
	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Diminuição do interesse	17	63	41	77	21	84
Aumento do número de relações	2	7	2	4	1	4
Diminuição do número de relações	4	15	2	4	1	4
Secura vaginal	1	4	3	6	1	4
Depressão/ tristeza	-	-	2	4	-	-
Ansiedade	-	-	-	-	1	4
Dor durante a relação	2	7	3	6	3	12

#### **4.1.5. Motivos da abstinência sexual**

Em relação à abstinência sexual podemos ver na Tabela 8 que os motivos associados à sua ocorrência estão, na sua maior parte (78%), relacionados a causas do parceiro e não das mulheres. Salientamos que a falta do parceiro foi o principal motivo da abstinência sexual (63%).

**Tabela 8. Distribuição das mulheres de acordo com o motivo da abstinência sexual (n = 145)**

Motivo da abstinência	Mulheres	
	N	%
Não têm parceiro	92	63
Doença do parceiro	17	12
Falta de desejo da mulher	14	10
Brigas do casal	10	7
Doença da parceira	4	3
Impotência	4	3
Secura vaginal/dispareunia	6	4
Depressão/ansiedade	2	1

#### **4.2. Influências das características sociodemográficas, clínicas e da autopercepção do estado de saúde na sexualidade**

Serão apresentados os dados referentes às influências das características sociodemográficas e clínicas na idade ao início da atividade sexual e nas mudanças da vida sexual e, também, às influências destas, acrescidas da autopercepção do estado de saúde, na atividade e na obtenção prazer sexual nos últimos 12 meses.

#### 4.2.1. Influências das características sociodemográficas e clínicas sobre idade ao início da atividade sexual

Em relação à influência das características sociodemográficas observa-se, pela Tabela 9, que a idade ao início da atividade sexual foi mais precoce nas mulheres das classes sociais menos favorecidas, sobressaindo-se as classes D e E. Também foi mais precoce nas mulheres de menor escolaridade, nas categorias de 1ª a 4ª série e, quase dobrando a frequência no grupo sem nenhuma escolaridade. A cor declarada, a religião e o estado civil atual não foram fatores importantes em relação à idade ao início da atividade sexual.

**Tabela 9. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na idade ao início da atividade sexual (n = 447)**

Características	Idade ao início da atividade sexual (anos)				RR (IC 95%)
	Até 19		20 ou mais		
	n	%	n	%	
<b>Classe social</b>					
A ou B	33	13	58	29	Referência
C	97	39	82	41	2,1 (1,2-3,5)
D ou E	118	48	59	30	3,5 (2,0-6,0)
<b>Cor declarada</b>					
Branca	128	52	125	63	Referência
Não branca	120	48	74	37	1,6 (1,1-2,3)
<b>Escolaridade</b>					
Sem	50	20	21	10	5,7 (2,7-12,3)
1ª a 4ª série	34	14	45	23	3,9 (2,1-7,2)
5ª a 8ª série	147	59	92	46	1,8 (0,8-3,7)
2º grau ou mais	17	7	41	21	Referência
<b>Religião</b>					
Católica	169	68	151	76	Referência
Não católica	79	32	48	24	1,5 (1,0-2,2)

Obs: uma mulher não informou

#### **4.2.2. Influências das características sociodemográficas e clínicas sobre a atividade sexual**

Em relação às influências das características sociodemográficas sobre a sexualidade, podemos ver pela Tabela 10, que o estado marital amasiada/vive junto e, principalmente, o de casada, mostraram-se como importantes fatores que influenciaram a manutenção da atividade sexual. Na categoria casada, o RR ajustado foi de 30, quase 1,5 vezes maior que na amasiada/vive junto, que já era bem expressivo, com RR ajustado igual a 19,6. As solteiras e as viúvas são as mais freqüentes no grupo que não mantinha relações sexuais.

Outro fator importante foi a classe social, onde as mulheres da classe A ou B apresentaram uma atividade sexual significativamente maior com RR ajustado igual a 3,3. A cor não branca pareceu exercer uma certa influência na manutenção da atividade sexual, mas este fator é descartado quando ajustado por classe social, com as classes A ou B tendo a predominância de cor branca.

Nenhuma das outras características sociodemográficas mostrou importância em relação à atividade sexual.

**Tabela 10. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na atividade sexual (n = 448)**

Características	Atividade sexual				RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	Sim (n=303)		Não (n=145)			
	n	%	n	%		
<b>Classe social</b>						
A ou B	74	33	17	12	3,4 (1,9-6,2)	3,3 (1,7-6,0)
C	129	43	50	34	2,0 (1,3-3,1)	2,0 (1,2-3,1)
D ou E	100	24	78	54	Referência	Referência
<b>Cor declarada</b>						
Branca	186	61	67	46	1,9 (1,2-2,8)	1,9 (1,2-2,8)
Não branca	117	39	78	54	Referência	Referência
<b>Escolaridade</b>						
Sem	44	14	27	19	Referência	Referência
1ª a 4ª série	161	53	78	54	1,3 (0,7-2,2)	1,2 (0,7-2,2)
5ª a 8ª série	54	18	26	18	1,3 (0,6-2,5)	0,9 (0,4-2,0)
2º grau ou mais	44	14	14	10	1,9 (0,8-4,2)	1,6 (0,7-3,5)
<b>Trabalho</b>						
Integral	77	25	48	33	Referência	Referência
Meio período	26	9	11	8	1,5 (0,7-3,3)	1,3 (0,5-3,0)
Não trabalha	200	66	86	59	1,5 (0,9-2,3)	1,6 (1,0-2,5)
<b>Estado marital</b>						
Viúva	9	3	45	31	Referência	Referência
Solteira	4	1	16	11	1,3 (0,3-4,6)	0,7 (0,1-2,8)
Separada/divorciada	13	4	39	27	1,7 (0,6-4,3)	1,3 (0,4-3,5)
Amasiada/vive junto	23	7	5	3	23 (6,9-76,6)	19,6 (5,5-69,4)
Casada	254	84	40	28	31,8 (14,4-69,9)	30,7 (13,1-71,2)
<b>Religião</b>						
Católica	210	69	111	76	Referência	Referência
Não católica	93	31	34	23	1,5 (0,9-2,3)	1,4 (0,8-2,3)

\*ajustado por idade

Observou-se que, no tocante às influências das características clínicas sobre a sexualidade, o hábito de não fumar mostrou uma associação positiva com a manutenção da atividade sexual com RR ajustado igual a 2,4. Destacamos, ainda, ser significativa o "uso atual de TRH", com RR ajustado de 1,8. O estado menopausal, o tipo de menopausa e o IMC não mostraram associação significativa (Tabela 11).

**Tabela 11. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na atividade sexual (n = 448)**

Características	Atividade sexual					
	Sim (n=303)		Não (n=145)		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	n	%	n	%		
<b>Estado menopausal</b>						
Pós-menopausa	153	50	103	71	referência	referência
Perimenopausa	58	19	19	13	2,1 (1,1-3,7)	1,3 (0,6-2,5)
Pré-menopausa	92	30	23	16	2,7 (1,6-4,6)	1,4 (0,7-2,8)
<b>Tipo de menopausa</b>						
Cirúrgica	33	11	27	19	0,8 (0,4-1,4)	0,7 (0,4-1,3)
Natural	120	40	76	52	referência	referência
<b>TRH</b>						
Nunca usou	180	59	99	68	referência	referência
Usa atualmente	66	22	22	15	1,7 (0,9-2,8)	1,8 (1,0-3,2)
Já usou	57	19	24	16	1,3 (0,7-2,2)	1,7 (0,9-3,0)
<b>Tabagismo</b>						
Fumante	50	16	42	29	referência	referência
Não fumante	253	83	103	71	2,1 (1,3-3,3)	2,4 (1,4-3,9)
<b>IMC</b>						
< 30kg/m <sup>2</sup>	87	29	48	33	referência	referência
≥ 30kg/m <sup>2</sup>	216	71	97	67	1,2 (0,8-1,9)	1,1 (0,7-1,7)

\*ajustado por idade

TRH: Terapia de Reposição Hormonal

IMC: Índice de Massa Corpórea de Quetelet

**Tabela 12. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na frequência das relações sexuais/ mês (n = 295)**

Características	Relações sexuais/ mês				RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	Até 4 (n=166)		5 ou mais (n=129)			
	n	%	n	%		
<b>Classe social</b>						
A ou B	27	16	42	33	referência	referência
C	72	43	56	43	2,0 (1,1-3,6)	2,0 (1,1-3,6)
D ou E	67	40	31	24	3,4 (1,8-6,4)	3,3 (1,7-6,3)
<b>Cor declarada</b>						
Branca	89	54	94	73	referência	referência
Não branca	77	46	35	27	2,3 (1,4-3,8)	2,3 (1,4-3,8)
<b>Escolaridade</b>						
Sem	29	17	15	12	2,6 (1,1-6,2)	2,4 (1,0-5,8)
1ª a 4ª série	94	57	63	49	2,0 (1,0-4,0)	1,9 (0,9-3,8)
5ª a 8ª série	25	15	27	21	1,2 (0,5-2,8)	1,3 (0,5-2,9)
2º grau ou mais	18	11	24	19	referência	referência
<b>Trabalho</b>						
Integral	44	26	31	24	referência	referência
Meio período	15	9	9	7	1,2 (0,4-3,0)	1,3 (0,4-3,3)
Não trabalha	107	64	89	69	0,8 (0,4-1,5)	0,9 (0,5-1,5)
<b>Estado civil</b>						
Viúva	6	4	1	1	referência	referência
Solteira	3	2	1	1	0,5 (0,1-11,1)	0,6 (0,1-14,6)
Separada/divorciada	8	5	4	3	0,3 (0,1-3,8)	0,4 (0,1-4,5)
Amasiada/vive junto	14	8	8	6	0,3 (0,1-2,9)	0,4 (0,1-3,5)
Casada	135	81	115	89	0,2 (0,1-1,6)	0,2 (0,1-1,8)
<b>Religião</b>						
Católica	111	67	94	73	referência	referência
Não católica	55	33	35	27	1,3 (0,8-2,2)	1,3 (0,8-2,2)

\*ajustado por idade

A influência das características sociodemográficas sobre a frequência de relações mostrou que pertencer às classes C, D ou E representa uma associação positiva em ter cinco ou mais relações sexuais/mês, com RR ajustado de 3,3 para as classes D ou E. As mulheres sem escolaridade (RR ajustado de 2,4) e as de cor não branca (RR ajustado de 2,3), também tiveram um desempenho discretamente maior. O trabalho, o estado civil e a religião não mostraram nenhuma influência sobre o número de relações/mês (Tabela12).

No que se refere às influências das características clínicas no número de relações mensais, vemos, pela Tabela 13, que a menopausa cirúrgica foi a categoria clínica que mostrou uma influência com a atividade sexual de até quatro relações/mês, com RR ajustado de 2,5. O estado menopausal, o uso de TRH, o tabagismo e o IMC não mostraram associação com o número de relações sexuais/mês.

**Tabela 13. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na frequência das relações sexuais/mês (n = 295)**

Características	Relações sexuais/mês				RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	Até 4 (n=166)		5 ou mais (n=129)			
	n	%	n	%		
<b>Estado menopausal</b>						
Pós-menopausa	47	28	42	32	referência	referência
Perimenopausa	32	19	25	19	1,1 (0,5-2,2)	0,9 (0,4-1,9)
Pré-menopausa	87	52	62	48	1,3 (0,7-2,2)	0,8 (0,4-1,7)
<b>Tipo de menopausa</b>						
Cirúrgica	30	18	11	8	2,4 (1,1-4,9)	2,5 (1,2-5,2)
Natural	136	82	118	91	referência	referência
<b>TRH</b>						
Nunca usou	105	63	70	54	referência	referência
Usa atualmente	29	17	35	27	0,6 (0,3-0,9)	0,5 (0,3-0,9)
Já usou	32	19	24	19	0,9 (0,5-1,6)	0,8 (0,4-1,5)
<b>Tabagismo</b>						
Fumante	31	19	16	12	referência	referência
Não fumante	135	81	113	88	0,6 (0,3-1,2)	0,6 (0,3-1,2)
<b>IMC</b>						
< 30kg/m <sup>2</sup>	51	31	35	27	referência	referência
≥ 30kg/m <sup>2</sup>	115	69	94	73	0,8 (0,5-1,4)	0,9 (0,5-1,5)

\*ajustado por idade

TRH: Terapia de Reposição Hormonal

IMC: Índice de Massa Corpórea de Quetelet

**Tabela 14. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na obtenção do prazer sexual (n = 297)**

Características	Prazer sexual					
	Sempre ou às vezes (n=256)		Nunca (n=41)		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	n	%	n	%		
<b>Classe social</b>						
A ou B	63	25	7	17	2,0 (0,7-5,1)	2,0 (0,7-5,0)
C	112	44	16	39	1,6 (0,7-3,2)	1,6 (0,7-3,3)
D ou E	81	32	18	44	Referência	referência
<b>Cor declarada</b>						
Branca	164	64	20	49	1,9 (0,9-3,6)	1,9 (0,9-3,7)
Não branca	92	36	21	51	Referência	referência
<b>Escolaridade</b>						
Sem	33	13	11	27	Referência	referência
1ª a 4ª série	134	52	23	56	1,9 (0,8-4,4)	1,9 (0,8-4,4)
5ª a 8ª série	49	19	4	10	4,0 (1,2-13,9)	3,7 (1,9-13,1)
2º grau ou mais	40	16	3	7	4,4 (1,1-17,3)	4,3 (1,0-16,8)
<b>Trabalho</b>						
Integral	68	27	7	17	Referência	referência
Meio período	22	9	2	5	1,1 (0,2-5,9)	1,0 (0,1-5,3)
Não trabalha	166	65	32	78	0,5 (0,2-1,3)	0,5 (0,2-1,2)
<b>Estado civil</b>						
Viúva	7	3	-	-	Referência	referência
Solteira	4	2	-	-	Referência	referência
Separada/divorciada	11	4	1	2	Referência	referência
Amasiada/vive junto	19	7	3	7	0,3 (0,1-3,0)	0,3 (0,1-2,9)
Casada	215	84	37	90	0,3 (0,3-2,0)	0,3 (0,3-2,1)
<b>Religião</b>						
Católica	184	72	23	56	referência	referência
Não católica	72	28	18	44	0,5 (0,2-1,0)	0,5 (0,2-1,0)

\*ajustado por idade

Pela Tabela 14, observamos que, de acordo com as características sociodemográficas, somente a maior escolaridade apresentou associação significativamente positiva em relação à obtenção do prazer, com RR ajustado de 3,7 para a categoria de 5ª a 8ª série e RR ajustado de 4,3 para o 2º grau ou mais. Outras características sociodemográficas não apresentaram uma influência significativa, com tendência à associação positiva nas categorias classe social A ou B e cor não branca.

As características clínicas não se associaram à obtenção do prazer na relação sexual. O fato de as mulheres terem o hábito de não fumar (RR ajustado de 1,9) e estarem na pré-menopausa (RR ajustado de 2,6) apresentou relativa influência na obtenção do prazer (Tabela 15).

**Tabela 15. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na obtenção do prazer sexual (n = 297)**

Características	Prazer sexual					
	Sempre ou às vezes		Nunca		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	n=256	%	n=41	%		
<b>Estado menopausal</b>						
Pós-menopausa	121	47	28	68	referência	Referência
Perimenopausa	51	20	6	15	1,9 (0,7-4,9)	1,8 (0,6-5,3)
Pré-menopausa	85	33	7	17	2,7 (1,1-6,4)	2,6 (0,8-8,1)
<b>Tipo de menopausa</b>						
Cirúrgica	22	9	8	19	0,6 (0,2-1,4)	0,6 (0,2-1,4)
Natural	99	39	29	49	referência	Referência
<b>TRH</b>						
Nunca usou	155	60	22	54	referência	Referência
Usou atualmente	55	21	9	22	0,9 (0,4-2,0)	0,9 (0,4-2,2)
Já usou	46	18	10	24	0,7 (0,2-1,5)	0,8 (0,3-1,8)
<b>Tabagismo</b>						
Fumante	37	14	10	24	referência	Referência
Não fumante	219	86	31	76	1,9 (0,8-4,2)	1,9 (0,8-4,3)
<b>IMC</b>						
< 30kg/m <sup>2</sup>	74	29	12	29	referência	Referência
≥ 30kg/m <sup>2</sup>	182	71	29	71	1,0 (0,4-2,1)	1,0 (0,4-2,0)

\*ajustado por idade

TRH: Terapia de Reposição Hormonal

IMC: Índice de Massa Corpórea de Quetelet

#### 4.2.4. Influências das características sociodemográficas e clínicas sobre as mudanças na vida sexual

Tabela 16. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características sociodemográficas na diminuição do interesse sexual (n = 448)

Características	Diminuição do interesse sexual				RR (IC 95%)
	Sim (n=99)		Não (n=349)		
	n	%	n	%	
<b>Classe social</b>					
A ou B	20	20,2	71	20,3	Referência
C	40	40,4	139	39,8	1,0 (0,5-1,9)
D ou E	39	39,4	139	39,8	1,0 (0,5-1,8)
<b>Cor declarada</b>					
Branca	53	53,5	200	57,3	Referência
Não branca	46	46,5	149	42,7	1,2 (0,7-1,8)
<b>Escolaridade</b>					
Sem	18	18,2	53	15,2	2,5 (1,0-6,4)
1ª a 4ª série	66	66,7	173	49,6	2,8 (1,2-6,4)
5ª a 8ª série	8	8,1	72	20,6	0,8 (0,3-2,4)
2º grau ou mais	7	7,1	51	14,6	Referência
<b>Trabalho</b>					
Integral	23	23,2	102	29,2	Referência
Meio período	8	8,1	29	8,3	1,1 (0,4-2,9)
Não trabalha	68	68,7	218	62,5	1,3 (0,8-2,3)
<b>Estado marital</b>					
Viúva	4	4,0	50	14,3	Referência
Solteira	4	4,0	16	4,6	3,6 (0,71-16,5)
Separada/divorciada	7	7,1	45	12,9	2,1 (0,6-7,7)
Amasiada/vive junto	10	10,1	18	5,2	8,1 (2,2-30,0)
Casada	74	74,8	220	63,0	4,7 (1,6-13,5)
<b>Religião</b>					
Católica	73	73,7	248	71,1	Referência
Não católica	26	26,3	101	28,9	0,8 (0,5-1,4)

Obs: RR ajustado por idade

A principal mudança na vida sexual foi a diminuição do interesse. As influências das características sociodemográficas e clínicas sobre esta queixa evidenciaram que, em relação à diminuição do interesse, o estado marital amasiada/vive junto ou casada e a menor escolaridade têm importante associação positiva com a diminuição do interesse sexual (Tabela 16).

Ainda em relação a diminuição do interesse, notou-se que nenhuma das características clínicas mostrou influência significativa (Tabela 17).

**Tabela 17. Distribuição das mulheres de acordo com as influências das características clínicas na diminuição do interesse sexual (n = 448)**

Características	Diminuição no interesse sexual					
	Sim (n=99)		Não (n=349)		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	n	%	n	%		
<b>Estado menopausal</b>						
Pós-menopausa	58	59	198	57	1,3 (0,7-2,3)	1,4 (0,7-2,9)
Perimenopausa	20	20	57	16	1,6 (0,7-3,1)	1,6 (0,7-3,3)
Pré-menopausa	21	21	94	27	Referência	Referência
<b>Tipo de menopausa</b>						
Cirúrgica	19	19	52	15	1,4 (0,7-2,4)	1,4 (0,7-2,6)
Natural	80	81	297	85	Referência	Referência
<b>TRH</b>						
Nunca usou	57	58	222	64	Referência	Referência
Usa atualmente	23	23	65	18	1,4 (0,7-2,4)	1,4(0,7-2,4)
Já usou	19	19	62	18	1,2 (0,6-2,2)	1,3 (0,6-2,3)
<b>Tabagismo</b>						
Fumante	77	78	279	80	0,9 (0,5-1,5)	1,0 (0,5-1,6)
Não fumante	22	22	70	20	Referência	Referência
<b>IMC</b>						
< 30kg/m <sup>2</sup>	29	29	106	30	Referência	Referência
≥ 30kg/m <sup>2</sup>	70	71	243	70	1,1 (0,6-1,7)	1,1 (0,6-1,8)

\*ajustado por idade

TRH: Terapia de Reposição Hormonal

IMC: Índice de Massa Corpórea de Quetelet

#### 4.3- Influências da autopercepção do estado de saúde na atividade e no prazer sexual

Como vemos na Tabela 18, não houve influência da autopercepção do estado de saúde em relação à manutenção da atividade sexual.

**Tabela 18. Distribuição das mulheres de acordo com as influências da autopercepção do estado de saúde na atividade sexual (n = 448)**

Autopercepção do estado de saúde	Atividade Sexual					
	Sim (n=303)		Não (n=145)		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	N	%	n	%		
Péssima	17	6	9	6	Referência	Referência
Regular	115	38	56	39	1,1 (0,4-2,6)	1,1 (0,4-2,7)
Excelente/boa	171	56	80	55	1,1 (0,4-2,6)	1,1 (0,4-2,7)

Observou-se que a autopercepção do estado de saúde, no mínimo, regular influenciou positivamente a obtenção do prazer (Tabela 19).

**Tabela 19. Distribuição das mulheres de acordo com as influências da autopercepção do estado de saúde no prazer sexual (n = 297)**

Autopercepção do estado de saúde	Prazer sexual					
	Sempre ou às vezes (n=256)		Nunca (n=41)		RR (IC 95%)	RR (IC 95%) ajustado*
	N	%	n	%		
Péssima	9	3	8	19	Referência	Referência
Regular	94	37	18	44	4,6(1,6-13,6)	4,8(1,6-14,4)
Excelente/boa	153	60	15	37	9,1(3,0-27,0)	9,6(3,1-29,2)

## **5. DISCUSSÃO**

---

O objetivo desta investigação foi avaliar alguns aspectos referentes à sexualidade das mulheres nascidas entre 1937 e 1952, residentes no município de Campinas (SP), e associá-los com características sociodemográficas e clínicas. As entrevistas foram iniciadas em dezembro de 1997 e concluídas em fevereiro de 1998.

Nessas mulheres, o início da atividade sexual ocorreu predominantemente durante a adolescência, aproximadamente dois terços delas estavam sexualmente ativas nos 12 meses precedentes à entrevista e a frequência de relações foi significativa, sendo que a grande maioria referiu prazer durante o relacionamento sexual. A principal mudança na vida sexual destas mulheres climatéricas foi a diminuição do interesse, porém, sem associação com a obtenção do prazer. Este relacionou-se significativamente com a auto-classificação do estado de saúde. As causas mais importantes da abstinência sexual foram referentes ao parceiro e não à mulher.

Uma pesquisa realizada em 1981 sobre sexualidade dos brasileiros, com cinco mil entrevistas, também mostra a mesma predominância para o início da atividade sexual em mulheres, em relatório elaborado pelo Instituto Paulista de

Pesquisa de Mercado (SANTA-INEZ, 1983). Outro estudo em 1985, realizado no Brasil, por REIS (1995), com cem adolescentes, mostrou uma ligeira modificação, com 68% destes iniciando sua atividade sexual com menos de 19 anos. Nos dias de hoje, o início da atividade sexual, tem ocorrido cada vez mais cedo, tornando-se um fato inegável de ser admitido (TAKIUTI, 1999).

Já neste trabalho, aparentemente, esta atitude relatada pelas mulheres poderia significar modificações profundas na tradição *Hollywood-vitoriana*, não observados em décadas anteriores. Possivelmente, as diferenças entre o comportamento durante a adolescência dessas mulheres e os adolescentes atuais sejam devidas aos valores e ao papel da mulher na sociedade que vigoram em cada época (TANNAHILL, 1983).

É muito provável que a maioria dessas mulheres iniciaram a atividade sexual após o casamento, que também ocorria mais cedo, com muitas se dedicando somente à família recém-formada e, portanto, não almejando uma carreira profissional fora do lar e uma independência financeira, como atualmente (GREGERSEN, 1983).

Entretanto, merece destaque o fato de que nasceram em uma época conhecida como a "explosão dos bebês", passaram pela adolescência nas décadas de 50 e 60, período de grandes mudanças nos padrões políticos, sociais e sexuais neste século, principalmente em relação à mulher, com o advento das pílulas anticoncepcionais que realmente funcionavam. Foi a primeira vez que se

observou a mulher podendo controlar sua fertilidade, sem manipular seus genitais. Também foi nesta época que ocorreu a efervescência dos movimentos feministas em todo o mundo (TANNAHILL, 1983; MURARO, 2000).

Também cabe ressaltar o início da televisão no Brasil, durante os anos 50, um meio de comunicação com tremendo poder de penetração nos costumes da sociedade, independentemente de classe social, da educação, da cor ou da religião (ALVES, 2000; HALBE, 2000).

Houve a febre do *Rock and Roll*, com seus ícones Elvis Presley, Beatles e Rolling Stones, que esbanjavam sexualidade e promoviam ruptura de tradições. As imagens de Woodstock pregando o amor livre e o uso de drogas, traduzidas por Janis Joplin e Jimmy Hendrix, impressionaram o mundo (TANNAHILL, 1983).

No Brasil, a Jovem Guarda representada pelos bons rapazes Roberto e Erasmo Carlos e pela ternurinha Wanderléia com suas micro-saias, que cantavam, por exemplo: *"Estou amando loucamente a namoradinha de um amigo meu..."*, numa mensagem sub-liminar de alusão à cobiça, num confronto a um dos dez mandamentos cristãos. Leila Diniz desafiava os costumes da época com o uso de biquíni em Ipanema, inclusive na gestação, falava "palavrões" e apontava para novos modos de se vestir, pensar e viver em relação às regras da sociedade aplicadas à mulher, impossíveis de não serem citados.

Particularmente, somados a estas ações, tivemos o golpe militar de 64, com a censura política, cultural e moral, e mais sinais de protesto com os festivais de MPB e as músicas de Geraldo Vandré e Chico Buarque; o Tropicalismo (com Caetano, Gal, Gil e os Novos Baianos) e Os Mutantes, na mais completa tradução da rebeldia paulistana. E também, neste sentido, tivemos o Cinema Novo com Glauber Rocha e as publicações do Pasquim com Millôr, Ivan Lessa e Jaguar satirizando a ordem política e os costumes. Certamente, período de maior conflito de gerações e valores, não vivemos neste século.

Era esperado que as mulheres avaliadas nessa pesquisa, que se mantiveram na sua maioria sexualmente ativas, tivessem padrões diferentes dos encontrados, por exemplo, nos anos 20 ou 30, confirmando premissas de que a função sexual não é uma mera dimensão da nossa personalidade, mas sim, um processo dinâmico das ações psicossociais sobre um mecanismo fisiológico e endocrinológico, como a respiração, a digestão ou a função cardíaca (MASTERS & JOHNSON, 1984).

Manter uma vida sexual ativa e, na maioria das vezes, com prazer contradiz a visão esteriotipada, divulgada por muitos (mídia, indústria farmacêutica e também a classe médica), de que o aumento da idade e a chegada da menopausa representem o fim da vitalidade sexual e da vontade de um relacionamento íntimo. Existe, ainda, o mito de que o término da fertilidade,

determinado pela menopausa, leve à perda da sexualidade e isto tem servido como desculpa até mesmo para algumas mulheres (GRUIS & WAGNER, 1979).

Mais ainda, segundo MCCOY (1994), existe um número considerável de pesquisas avaliando mulheres no climatério mas poucas investigam a relação entre menopausa e sexualidade. Pelas mudanças biológicas e psicológicas que ocorrem neste período, associados à maior idade, não é surpresa que ocorram alterações na sexualidade. Nesta casuística, a principal mudança na vida sexual foi a diminuição do interesse, que ocorreu, tanto nas mulheres que mantiveram a atividade sexual, quanto nas que estavam em abstinência.

O pioneiro em estudos da sexualidade no climatério foi HALLSTROM (1979), também o primeiro que demonstrou ser a menopausa e não a idade que se associa com o declínio da atividade sexual. As mulheres, por ele avaliadas, não haviam sido submetidas a cirurgias pélvicas, não usavam hormônios, viviam com companheiro e foram divididas em quatro grupos, de acordo com o estado menopausal. As variáveis estudadas foram: o interesse sexual, as mudanças no interesse sexual e na capacidade de orgasmo, e a frequência coital. Todas associaram-se significativamente com a idade porém, quando a fase climatérica foi considerada constante, sua influência desapareceu e as variáveis associaram-se negativamente ao estado menopausal, com diminuição progressiva da pré à pós-menopausa.

Neste estudo, é importante salientar que a prevalência de secura vaginal e dor às relações sexuais foi muito baixa. GUARISI et al. (1998), avaliando uma população hospitalar de climatéricas, observou que mais da metade das 229 mulheres observadas referiu queixas genitais, sendo que a secura vaginal esteve presente em 38,2% da amostra, a dispareunia em 32% e o prurido em 25,6%.

As diferenças provavelmente se devem às características da população e também à maneira como foi realizada a avaliação por consulta médica e não por entrevista. É possível que a procura por um serviço médico em busca de tratamento no climatério produza um grande vício em amostras hospitalares (MCCOY, 1994; DENNERSTEIN, 1996).

HAGSTAD (1988), a partir de um universo de 1.746 mulheres suecas de 37 a 66 anos, residentes em Goteborg, avaliou 1.431 mulheres, das quais 1.188 não tinham cirurgia pélvica anterior, nem usavam hormônios. Observou que a secura vaginal foi a única variável que apresentou associação com as fases do climatério, sendo menos freqüente na pré-menopausa e muito mais prevalente na pós-menopausa.

MCCOY (1994), após uma extensa revisão bibliográfica sobre menopausa e sexualidade, propôs um esquema didático no qual a secura vaginal era a primeira alteração relacionada ao climatério, podendo preceder a ocorrência da última menstruação em até dois anos, seguida pela diminuição do interesse e da atividade sexual, todos precedendo a menopausa. Esta seqüência seria

complementada ao longo do tempo pelo surgimento da dor à relação, diminuição da excitação e da capacidade orgástica e, finalmente, a abstinência sexual.

Sabemos que a integridade e o trofismo dos tecidos, que constituem o aparelho reprodutivo feminino, são estrogênio-dependentes e que as alterações atróficas dessas estruturas aumentam quando os níveis de estrogênios diminuem após a menopausa (LONGCOPE, 1994).

Há evidências também de que os estrogênios participem da capacidade de percepção tátil na região genital e nas mamas e exerçam um efeito direto sobre a parede dos vasos, proporcionando um maior fluxo sanguíneo e a conseqüente melhora da irrigação dos tecidos (SEMMENS & WAGNER, 1982; SARREL, 1987).

Deste modo, os efeitos conhecidos dos estrogênios nos tecidos periféricos permitem supor que mulheres na pós-menopausa, com a queda dos níveis plasmáticos destes hormônios, poderão sofrer um impacto negativo na função sexual, tanto maior quanto mais tempo de menopausa e de privação estrogênica.

Por outro lado, algumas mulheres, particularmente, aquelas que tiveram a menopausa cirúrgica, poderão apresentar-se com diminuição da libido, que não é resolvida com a administração de estrogênios isoladamente. Quando existe esta manifestação, em mulheres natural ou cirurgicamente na pós-menopausa, a adição de androgênios ao regime de reposição hormonal pode ser eficaz, no sentido de restaurar esta alteração da resposta sexual (SHERWIN, 1994a).

MASTERS & JOHNSON (1984) descreveram pela primeira vez a resposta sexual humana, com base em estudos anatomofisiológicos decorrentes do comportamento sexual do homem e da mulher. Dividiram-na em três fases: excitação, orgasmo(s) e resolução.

A diferença observada na fase de excitação da mulher climatérica é que esta passa a ser mais lenta pela deficiência estrogênio-dependente local, na mucosa vaginal e mamas, e androgênio-dependente em nível mental (EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS, 1996; DAVIS & BURGER, 1997).

A resposta orgástica é igual à da mulher jovem, porém o número de contrações vaginais é menor (de oito a dez na jovem, e de duas a quatro após os 45 anos) mas, as características femininas de ausência de período refratário e orgasmo múltiplo podem ser compensatórias (MASTERS & JOHNSON, 1984).

Desde o relatório Kinsey, realizado em 1948, com mulheres norte-americanas, ocorreram grandes mudanças no padrão sexual das mulheres. Observou-se, naquele momento, uma associação muito positiva entre a velhice e a "assexualidade", mostrando, na faixa de 40 anos, uma frequência de duas relações/mês e, na faixa dos 50 anos, cerca de uma relação/mês (KINSEY et al., 1953; KATCHADOURIAN & LUNDE, 1975).

Nos dias de hoje, segundo a *National Health and Social Life Survey*, a atividade sexual nestes grupos etários mais que dobrou, chegando, na faixa dos 40 anos, à frequência de cinco relações/mês e, na faixa dos 50 anos, a quatro relações/mês, dados concordantes com este estudo (NHLSL, 1998).

É evidente que homens e mulheres na faixa dos 40 aos 60 anos têm atualmente uma vida sexual muito mais ativa que a de seus pais e avós na mesma idade. Apesar desta reviravolta, a atividade sexual no climatério está muito abaixo da frequência média entre adultos jovens (três a quatro vezes/semana) relatada por GIKOVATE (1983), num estudo de hábitos e atitudes sexuais brasileiros, mas são muito próximos dos resultados de trabalhos internacionais para mulheres climatéricas (BACHMANN, BURD, EBERT, 2000).

Cabe ressaltar que 29% das mulheres avaliadas nesta casuística referiram ter cinco a dez relações/mês e 15% uma frequência de 11 ou mais relações/mês, podendo até corresponder um aumento da atividade sexual após a menopausa nestas mulheres brasileiras, magnitude que não encontramos em estudo algum consultado de outros países.

Em 1939, ROBINSON assinalou que a libido não diminui após a menopausa e que, em alguns casos, pode até aumentar. DEUTSCH (1945), também sugeriu que a mulher climatérica pode apresentar aumento do interesse sexual e que a frequência da masturbação pode ser maior neste período da vida.

Pesquisas na década de 70 indicavam que o desejo sexual varia muito em mulheres de meia-idade. Em Boston, um estudo sobre sexualidade e menopausa mostrou que aproximadamente metade das mulheres não referiu mudanças no desejo sexual, enquanto a outra parte se dividiu eqüitativamente, referindo aumento ou diminuição da libido (BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE, 1976).

PINTO-NETO (2000) observou que 31,4% das mulheres avaliadas discordaram de que teriam menos vontade de ter relações sexuais após a menopausa e, aproximadamente, 40% consideravam a relação sexual mais prazerosa e melhor neste período. Tais resultados, com a mesma amostra populacional deste estudo, contradizem os dados de trabalhos anteriores, que indicavam um pico do interesse e da resposta sexual feminina por volta dos 30 anos permanecendo inalterados e mantidos estáveis até perto dos 60 anos, como mostram os dados do Relatório Kinsey (KATCHADOURIAN & LUNDE, 1975).

Entretanto, apesar das mudanças na atividade sexual, observadas nesta população, estas não interferiram na obtenção do prazer sexual. Freud, já em 1905, definiu a pessoa de quem procede a atração sexual como "objeto sexual" e o ato a que o instinto conduz de "objetivo sexual". Uma vida sexual normal é assegurada pela exata convergência da corrente afetiva e da corrente sensual, ambas dirigidas para o objeto e o objetivo sexuais, visando o prazer (FREUD, 1973).

O autor que define libido como a ação destes elementos elaborados, estimulados pelas zonas erógenas, pelo interior orgânico e pela vida mental. O período em que estes eventos ocorrem é chamado de "excitação sexual", que pode ser dividida em mental e somática. A mental consiste em "tensões pré-prazer", de natureza compulsiva, e a somática, que se sobressai, corresponde às diversas alterações dos órgãos genitais como a ereção no homem e a lubrificação vaginal na mulher (FREUD, 1973).

É muito difícil caracterizar as alterações da resposta sexual humana, principalmente, durante o climatério. HUNTER (1992) sugeriu que é necessário separar a manutenção da atividade sexual da obtenção do prazer nas relações sexuais. MCCOY (1994) ressaltou a necessidade de estudos mais detalhados sobre a sexualidade e, especificamente, sobre o prazer, pois envolvem questões do comportamento humano e sociopolíticas ainda não esclarecidas.

Entre as mulheres desta casuística que não referiram atividade sexual nos últimos 12 meses (32%), o principal motivo declarado foi a ausência de parceiro, seguido de problemas do parceiro em termos percentuais.

CHRISTENSON & JOHNSON (1973) analisaram secundariamente os dados do Relatório Kinsey sobre a sexualidade de mulheres norte-americanas de acordo com a influência da faixa etária e do estado marital sobre a atividade e o comportamento sexuais, a masturbação e os sonhos eróticos. Em relação a 71 mulheres solteiras, entre 50 e 69 anos, da amostra do Relatório Kinsey, cerca de

um terço nunca tinha obtido o orgasmo ou havia participado de atividades sexuais esporadicamente de uma maneira trivial e, ainda, eram mais religiosas que as demais.

Das outras 48 mulheres, 79% masturbavam-se até o clímax, 62% já haviam tido atividade coital, 52% tinham sonhos eróticos e, ainda, em relação ao comportamento sexual, oito mulheres tiveram experiência homossexual dos 45 aos 50 anos, das quais, sete retornaram à atividade heterossexual após esta faixa etária. Comparando as mulheres solteiras com as divorciadas, observaram que as previamente casadas diminuíram sua atividade sexual com a idade, porém mantinham-na mais intensa que as solteiras (CHRISTENSON & JOHNSON, 1973).

Ainda naquele estudo, foi realizada uma comparação entre as mulheres solteiras e as casadas, mostrando que, na presença do parceiro estável, o número de relações dobrava, com uma média de 45 relações/ano, ou seja, três a quatro por mês, dados concordantes com os relatados pela maioria das mulheres deste inquérito populacional em Campinas.

As outras causas referidas de abstinência sexual nesta casuística de mulheres brasileiras associaram-se principalmente às causas do parceiro, de tal maneira que torna-se importante revermos alguns aspectos relativos ao homem de 50-60 anos.

O termo "climatério viril" foi criado por WERMER (1939), que descreveu um homem por volta dos 50 anos com sintomas tais como: alterações da memória, cansaço, nervosismo e baixa resistência ao *stress*. A analogia com o climatério feminino, sugerindo uma rápida diminuição nos níveis circulantes de testosterona, com involução senil dos testículos, foi inicialmente proposta.

Com o passar do tempo, os estudos subseqüentes foram mostrando que o processo de mudanças das concentrações dos esteróides sexuais é diferente no homem e na mulher. A diminuição da testosterona é gradual, apesar do epitélio germinativo alterar-se com a idade, esta se faz de forma lenta e, ainda, tais modificações apresentam grandes variabilidades até mesmo entre os indivíduos.

Deste modo, a existência do climatério masculino é questionável e a sua relação com as alterações nos níveis circulantes de testosterona é duvidosa. Além destes aspectos, dois grupos de sintomas são prevalentes em homens de 50-60 anos: a diminuição da potência e o nervosismo (SCHILL, KÖHN, HAIDL, 1994).

Realmente, é inviável falar da sexualidade da mulher de 45 a 60 anos sem considerar os aspectos das mudanças também observadas no parceiro. As causas da abstinência sexual ou, mesmo, das mudanças na vida sexual, referentes ao parceiro, ocupam, em todas as pesquisas, lugar de destaque e com argumentos sustentadores.

VERMEULEN (1994), em trabalho sobre a sexualidade masculina, avaliou 1.700 homens norte-americanos de 40 a 70 anos e verificou que algum grau de impotência ocorreu em 51% da amostra. A prevalência da impotência completa triplicou dos 40 para os 70 anos (de 5% para 15%). Entre as causas determinantes dessa impotência, destacaram-se o diabetes e a doença cardiovascular, associadas ou não ao tabagismo e à depressão, que potencializam as repercussões na sexualidade.

O envelhecimento do homem, com suas repercussões no aparelho genital, e as influências psicossociais, sem dúvida vão interferir na sexualidade do casal. KINSEY et al., (1953) assinalou, (e os estudos atuais como este, entre outros, mostram que esta afirmativa é bem fundamentada) que a diminuição da atividade sexual da mulher de meia-idade é reação, em muitos casos, à resposta sexual masculina em declínio (GRUIS & WAGNER, 1979; MASTERS & JOHNSON, 1984; PINTO-NETO, 1994).

Todos estes fatores podem resultar em situações onde a deterioração do relacionamento entre o homem e a mulher possibilitam a separação do casal, precedida de conflitos, desabafos calorosos e agressões mútuas, já descritas há várias décadas (BEAUVOIR, 1980).

O período é marcado por mudanças orgânicas, talvez as menores; as mais profundas são as psicossociais. Tanto a mulher quanto o homem de meia-idade poderão ser acometidos por diminuição da auto-estima, aceitação da auto-

imagem negativa, apatia e aversão ao parceiro, aposentadoria e tédio, obesidade e alcoolismo, mitos e tabus acerca da “assexualidade” acompanhando o envelhecimento e pela síndrome do “ninho vazio” (LOPES, 1993; MONTGOMERY, 1995). Agrava-se ainda em relação à mulher, mesmo em países desenvolvidos, as dificuldades e a insegurança de se lançar a novo relacionamento (JONG, 1990).

O retorno ou a manutenção da atividade sexual muito provavelmente tem associação com um novo relacionamento. DENNERSTEIN et al. (1997), mostraram, em um importante projeto realizado na Austrália, que o aumento do desejo e do prazer sexual em mulheres climatéricas, esteve associado principalmente com a existência de um novo parceiro.

SARREL & WHITEHEAD (1985) avaliaram 178 mulheres climatéricas e observaram que somente 14% delas não relatavam problemas sexuais e “coincidentalmente” eram mulheres com novo parceiro, geralmente mais jovem do que a mulher. Isto nos faz supor que se os problemas psicossociais forem resolvidos, os problemas orgânicos poderão passar despercebidos (FROCK & MONEY, 1992).

Segundo o antropólogo MOTT (2000), a sexualidade humana se manifesta através de padrões culturais, historicamente determinados. Para os sexologistas LOPES & MAIA (2000), a sexualidade hoje é o resultado dos relacionamentos e das ações das pessoas consigo mesmas e com as outras, dentro de um ambiente

comum. A escritora Rose Marie Muraro (2000) observa, que, no limiar do “terceiro milênio” da era cristã, está acabando mais um ciclo histórico da sexualidade humana, iniciado no século XVIII com a Revolução Industrial.

Hoje, a mulher “retorna” a um mundo público, conquistando um espaço até então reservado ao homem. A força dá lugar à capacidade de articular idéias, comunicar-se e agir com eficiência e rapidez na execução de qualquer atividade, independentemente das questões de gênero ou mesmo de idade mas, dependente dos fatores psicobiológicos e sociais. Atualmente, não podemos estar alheios a este contexto, ao discorrermos sobre a sexualidade da mulher climatérica. Devemos avaliar os fatores que podem interferir nesta esfera do comportamento humano, ainda pouco compreendidos.

Dentre estes, o socioeconômico ocupa lugar de destaque. PEDRO (1999), com esta mesma casuística, em estudo preliminar, salientou que a autopercepção negativa do estado de saúde em mulheres climatéricas associou-se com o baixo nível socioeconômico, com a baixa escolaridade e com a maior intensidade dos sintomas. PINTO-NETO (2000) observou que o uso da TRH, como tratamento da menopausa, foi significativamente maior em mulheres com mais escolaridade e melhores condições sociais. Nesta análise, verificou-se também que as características sociodemográficas da população influenciaram alguns parâmetros da sexualidade.

Assim, apesar de existir um viés importante, determinado pela decalagem do tempo entre o início da atividade sexual e a realização da pesquisa em questão, observamos que a classe social e a escolaridade atuais da mulher associaram-se positivamente com a idade ao início da atividade sexual, tanto mais precoce quanto menor a renda e a escolaridade.

Pode-se explicar estas influências pela fragilidade dos grupos mais pobres e com menor escolaridade em receber o impacto das conquistas da liberalidade sexual e da busca do prazer, sem o devido preparo do desenvolvimento educacional (HALBE, 2000). Um outro fator que deve ser considerado nesta análise refere-se às vantagens sociais e econômicas que poderiam advir da vida conjugal e da maternidade, em grupos menos favorecidos (GIKOVATE, 1983).

Sabe-se, também, que o acesso à educação sexual e às informações sobre sexualidade está fortemente condicionado ao maior poder aquisitivo e tem ação primordial na determinação do início da atividade sexual entre os mais jovens (LOPES, 1993).

A atividade e o prazer sexual também estiveram associados à classe social e à escolaridade. Observamos, por um lado, nas classes sociais mais elevadas, as manifestações da sexualidade, provavelmente, regidas por padrões preconizados pelos movimentos feministas da Europa e dos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70, os mais evoluídos e aceitos até o momento (TANNAHILL, 1983). Por outro lado, as mulheres das classes D e E, possivelmente,

governaram-se pelos padrões mais tradicionais e arcaicos: submetendo-se ao homem financeira e sexualmente, sem este estar interessado em agradá-la, ela também não se preocupou se isso lhe agradava ou não, tratando apenas de desempenhar o seu papel vitoriano de esposa (GIKOVATE, 1983).

Neste inquérito, a cor declarada como branca associou-se positivamente com a manutenção da atividade sexual e uma maior média das relações/mês, mas não teve influência sobre a obtenção do prazer. Saliencamos que estas associações desapareceram quando ajustamos os riscos relativos da cor declarada pela classe social. Era de se esperar que isto poderia acontecer, sobretudo em nosso país, que viveu 400 dos seus 500 anos num sistema de escravidão índia e/ou africana (MOTT, 2000).

PINTO-NETO (2000), com a mesma população deste inquérito, observou, em relação a esta característica, uma colinearidade importante com a classe social, por conseqüência, com a escolaridade e o uso de TRH, principalmente, entre as mulheres brancas. Nesta análise, vimos que uso atual de TRH se mostrou como fator de proteção na manutenção da prática sexual e não teve nenhuma associação com o prazer nas relações.

Cabe destacar que ainda existem algumas controvérsias sobre o uso de TRH e a resolução dos problemas da sexualidade, que podem ocorrer ou exacerbar-se no climatério. As variações nas atitudes dos profissionais da saúde em relação à prescrição de TRH ou não, as suas diferentes modalidades

farmacológicas e o contexto cultural da abordagem da menopausa dificultam as avaliações do seu efetivo desempenho (BREEN, 1999).

Entretanto, parece consenso no mundo ocidental que o uso de estrogênios melhore a secura vaginal e a dispareunia causada pela atrofia genital, enquanto os androgênios podem estar relacionados com a fase mental da excitação, expressa pela libido e pelo interesse sexual (FROCK & MONEY, 1992; EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS, 1996; MONTGOMERY & SURITA, 1998; BACHMANN, et al., 2000).

Em relação ao prazer, o uso de TRH pouco ou nada influi nesta fase da resposta sexual, mesmo com o uso de androgênios. Ressalte-se que os hormônios não resolvem as questões psicossociais e que estamos muito longe de resolvê-las (TELES, 1999).

Quanto aos fatores relacionados com o mundo contemporâneo como o uso de TRH, incrementado nestas últimas três décadas, temos o trabalho remunerado como forma de independência financeira e social. Nesta casuística, somente um terço trabalhava fora de casa e esta característica não influenciou sobre a sexualidade. Nas questões referentes à mulher e o trabalho, a sexualidade e a menopausa isoladamente já são complexas, que dirá entrelaçadas.

Em inquérito populacional realizado na Bélgica, constatou-se que as mulheres de classe socioeconômica alta e com um trabalho remunerado referiram

menos sintomas do que aquelas que só trabalhavam em casa. Na classe mais baixa, a situação inverteu-se: as que tinham um trabalho remunerado apresentaram mais queixas climatéricas, em relação às que não estavam trabalhando (SEVERNE, 1983).

No livro "*Sex and business*", lançado este ano nos Estados Unidos, a sexóloga Shere Hite: destacando, principalmente, o assédio sexual no local de trabalho, fala da influência positiva da "tensão sexual" neste ambiente, tanto para a pessoa quanto para a instituição. Afirma, com propriedade, a maior criatividade e produtividade na execução dos serviços ou, até mesmo, o poder do trabalho fora de casa ser capaz de despertar e manter o interesse e a atividade sexual, baseada em entrevistas com funcionários e com a direção das instituições (HITE, 2000).

A religião, outro importante fator, senão o principal na determinação do padrão sexual nos últimos 2.000 anos, merece considerações. Como era de se esperar, a grande maioria das mulheres era católica mas, cabe destaque para um terço da amostra ser constituída por mulheres não católicas, resultado surpreendente em um país eminentemente católico.

Talvez, para esta análise comparativa, perdeu-se um pouco de qualidade, pois a explosão de seitas não católicas no Brasil só ocorreu nesses últimos vinte anos e estas mulheres, provavelmente, foram criadas dentro de padrões católicos, o que não gerou diferenças nesta amostra.

Entretanto, não podemos esquecer que a influência da Igreja Católica sobre a sexualidade humana e a moralidade, desde a queda do Império Romano, não foi apenas disseminada, mas investida de autoridade religiosa, política e social. Destruuiu-se a instrução. Durante séculos ocorreu o obscurantismo, quando ler e escrever tornou-se privilégio dos mosteiros, onde só se lia e se escrevia sob os critérios ortodoxos desta Igreja (TANNAHILL, 1983; GREGERSEN, 1983).

A continência sexual foi um elemento importante usado para atrair os povos saciados do mundo romano ao cristianismo. Este oferecia à mulher a igualdade espiritual em relação aos homens, enquanto a mantinha firmemente em seu lugar de procriadora por quase 2.000 anos (TANNAHILL, 1983).

A tentativa, frustrada, de mudanças, ocorreu na Idade Média, com a Reforma pregada por Calvino e Lutero, que acabou por criar, em alguns casos, seitas até mais radicais e conservadoras do que a própria Igreja Católica. Sinais de descontentamento das mulheres ganharam força somente em finais do século XIX, com o Movimento Sufragista e Feminista, que reivindicava o direito do voto da mulher e a igualdade entre homens e mulheres (TANNAHILL, 1983; GREGERSEN, 1983).

O direito ao voto, nos Estados Unidos, só foi alcançado após 70 anos de reivindicações e as outras consolidações importantes, neste movimento pela igualdade de direitos, começaram a se tornar realidade em meados deste século, após as incansáveis manifestações em relação a valores e costumes machistas,

que se mostravam fragilizados após a Segunda Guerra Mundial (TANNAHILL, 1983; GREGERSEN, 1983).

Tais conquistas progridem com a permissão, dada pelo Papa Paulo VI, para a participação de uma mulher na elaboração das Encíclicas da Igreja Católica durante o Concílio Vaticano II, um marco de vitória na luta das mulheres em busca da inserção política e social e do direito à saúde reprodutiva e sexual, que vão culminar na Revolução Feminista dos anos 60 e 70, ao definir novos padrões de comportamento sexual (GREGERSEN, 1983; TANNAHILL, 1983).

Fatores associados à liberalidade sexual, como o hábito de fumar, mostraram, neste estudo, ter relação negativa com a manutenção da atividade sexual e indiferente com a obtenção do prazer. Alguns trabalhos têm mostrado que o tabagismo é mais prevalente em usuárias de TRH e nas mulheres com melhores condições de vida (PINTO-NETO, 2000).

Outros estudos têm associado o hábito de fumar à diminuição da libido e do prazer sexual, provavelmente, devido às alterações vasculares de microcirculação da genitália feminina (clitórís e mucosa vaginal), da sensibilidade mamária e, também, pela ação da nicotina diretamente sobre os neurotransmissores no hipotálamo, principalmente com o avançar da idade (WILLET, STAMPFER, BAIN, 1983).

Cabe lembrar, ainda, que o tabagismo está associado à menopausa mais precoce e ao uso irregular de TRH nas mais jovens (KHAW, 1992; PINTO-NETO, 2000). É possível que estes dois fatores, o uso regular de TRH e a menopausa precoce, tenham agido sinergicamente sobre as alterações da sexualidade, resultando em menor atividade sexual e menos prazer entre as tabagistas, neste estudo. Pesquisas mais detalhadas sobre o tabagismo e a sexualidade no climatério (e com este objetivo bem definido), ainda são necessárias para avaliarmos estas hipóteses.

Observou-se neste inquérito que o estado marital foi a característica sociodemográfica mais positivamente associada à manutenção da atividade sexual e que não teve influência significativa na obtenção do prazer. UTIAN & SCHIFF (1994) também reportaram resultados semelhantes em mulheres climatéricas norte-americanas onde, o que influenciou, como em outros estudos, foi a presença de parceiro, que, em uniões estáveis, tem um papel decisivo na manutenção da atividade sexual (FROCK & MONEY, 1992; MATARAZZO, 1992).

Após a análise dos resultados deste inquérito e, comparando-os com os pensamentos acerca de relacionamentos conjugais, podemos supor que o gozo da sexualidade no climatério depende mais de uma vida saudável, em todos os seus sentidos, do que propriamente devido às influências da mudança de atitudes da mulher frente à ocorrência do evento da menopausa (HUNTER, 1992).

Nesta pesquisa, a obtenção do prazer sexual mostrou uma tendência crescente de associação positiva com a autopercepção do estado de saúde, tendo mais chance de ter prazer nas relações sexuais as mulheres que se consideraram estar em melhor estado de saúde, o mesmo não acontecendo com a manutenção da atividade sexual, que não teve associação com esta variável.

A definição de saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde) engloba o bem-estar físico, mental e social e tem bastante fundamento. O ser humano tem que ter este conceito sempre lembrado, principalmente, quando tratar de assuntos referentes ao comportamento, como a sexualidade (WHO, 1981).

Às outras características analisadas neste inquérito (IMC, estado menopausal, tipo de menopausa) não apresentaram associação significativa com a sexualidade no climatério.

Colocados estes aspectos, é imprescindível, para boa análise, uma revisão das variáveis que possam influir nesta questão, como: o início da atividade sexual, o conhecimento do ciclo da resposta sexual, a fisiopatologia da menopausa, o estado menopausal, o impacto que o aumento de idade e a menopausa podem provocar, a natureza da menopausa – natural ou cirúrgica, fatores endócrinos, influências sociais e culturais, acontecimentos paralelos e, também, uma avaliação do relacionamento e da vitalidade sexual do parceiro.

Finalmente, cabe mencionar, de um modo ideal, que os profissionais de saúde devem ter claras as intervenções para abordagem da sexualidade no climatério passam por quatro componentes preconizados por DUNN, UMLAUF, MERMIS (1992), conhecidos como "4R": Reestruturar, Reeducar, Reenfocar e Refrescar.

Reestruturar significa a ação do profissional na relação entre as emoções e a função sexual, por exemplo, mostrar a influência de fatores, como o *stress*, os conflitos, as doenças graves e a perda de parentes próximos, na alteração de sua visão do impacto destes sobre a sua saúde e a sexualidade.

Reeducar refere-se ao acesso da pessoa às informações sobre a função sexual humana e suas alterações ao longo da vida (secura vaginal, dispareunia, queda de hormônios, incontinência e infecções urinárias).

Reenfocar envolve redirecionar a atenção da paciente para experiências prazerosas e sensuais para encarar as mudanças, que também ocorrem na atitude sexual do parceiro com idade avançada.

Refrescar refere-se à utilização de elementos que revitalizem a relação, como conversar, abraçar, segurar as mãos, beijar, dançar, assistir vídeos eróticos, variar posições e usar acessórios na prática sexual.

Adicionado a esta abordagem, pode-se adotar o uso da Terapia de Reposição Hormonal como um quinto "R", com ou sem coadjuvância de drogas que melhorem o desempenho sexual masculino e/ou feminino.

Convém ressaltar as limitações deste estudo, como as dificuldades em se obter respostas em relação às questões da sexualidade. Em vista disso, optou-se por um questionário mais dirigido para seus objetivos principais, que não abordasse tipos de relacionamentos, tipos de atividade sexual, comparações com períodos anteriores da vida da mulher e entrevistas com o parceiro.

Alguns aspectos relevantes sobre o estudo da sexualidade durante o climatério ainda precisam ser lembrados. O primeiro deles é que os trabalhos com populações hospitalares ou de clínicas privadas traduzem uma alta prevalência de dificuldades sexuais e de relacionamento (SARREL & WHITEHEAD, 1985; PINTO-NETO et al., 1994). Também é importante salientar que existem poucos estudos populacionais e longitudinais que abordem a sexualidade da mulher climatérica (DENNERSTEIN, 1996).

Destacamos que este estudo é de base populacional, realizado através de questionário pré-testado internacionalmente e com um índice de respostas de 88%, o que valida seus resultados.

Estudos adicionais com sólidas bases científicas sobre o climatério e a sexualidade ainda precisam ser realizados e muitas mulheres e parceiros

precisam ser ouvidos. Por exemplo, a procura médica pode ser estudada como uma variável, pois foi verificado, nesta análise, que o prazer sexual associou-se positivamente com a autopercepção de um bom estado de saúde. Ou seria o contrário?

Concluindo, a realização deste estudo permitiu um contato com outro lado fascinante da ginecologia, não ensinada na maioria das escolas de medicina, as interfaces das ações psicossociais sobre a fisiologia sexual. Como já foi dito, o aparelho genital feminino é visto somente como reprodutivo, desprezando a atenção aos direitos da sexualidade, inerentes a todo ser humano.

Prendemos contribuir para a mudança desta atitude dos profissionais de ensino, médicos e pesquisadores em relação à sexualidade humana.

## 6. CONCLUSÕES

---

- O início da atividade sexual ocorreu predominantemente na adolescência.
- A maioria das mulheres declarou manter atividade sexual, atualmente, com uma frequência mediana de quatro relações/mês. Um terço da amostra referiu ter cinco a dez relações sexuais por mês.
- A maior parte das mulheres referiu obter prazer na relação sexual.
- A principal mudança na vida sexual foi a diminuição do interesse, independentemente da atividade e do prazer.
- Aproximadamente um terço das mulheres estava em abstinência sexual e o principal motivo foi a falta de parceiro.
- Em ordem de importância, ter parceiro estável, pertencer às classes de maior poder aquisitivo, não fumar e uso atual de terapia hormonal foram os fatores associados à manutenção da atividade sexual. A maior escolaridade teve influência na obtenção do prazer.
- A diminuição do interesse, principal mudança na vida sexual, associou-se à ausência de parceiro e à menor escolaridade.
- A autopercepção do estado de saúde, principalmente, “excelente/boa” teve influência positiva na obtenção do prazer mas, não se associou com a manutenção da atividade sexual.

## ***7. SUMMARY***

---

In this final century, the increase of life expectancy mainly among female population made the climacteric study with their psychobiological and social implications like sexuality, important question. This is significant because they are related to improve of life quality and style. **Objectives:** describe some sexuality aspects in climacteric women and the influence of the social and demographic characteristic, the clinical characteristic and the healthy state of self-perception. **Methods:** descriptive study, cross sectional associated with domicile population inquiry in women aged 45 to 60 inhabit in Campinas (SP), Brazil. A total of 456 women were carried out between randomization based in a 1991 demographic census from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. The data were gathered from domicile interview through structured questionnaire internationally tested in UEA and Asian Southeast. Were collected statistical position data (frequency, average and median value) and relative risk (RR) age adjusted, with 95% confidence interval. **Results:** The majority of women began their sexual life in adolescent period and keep on their sexual (68%) and achieving pleasure (86%) in climacteric stage; with four intercourse/month (median frequency value). A sample third was sexual absent in the last 12 month. The main factor was the lack of partner or presence of sick partner (75%) and not due to women factor. The significant change of women sexual activity was the absence of sexual attraction

(75%), the vaginal dryness and coitus pain were not important. The early first intercourse associated characteristics were the less scholarship (RR 5,7) and the less acquisitive power (category D or E with RR 3,5). Regarding holding the sexual activity, was significant to have stable partner and mainly be married (RR 30,7), belong to A or B category (RR 3,3) using HTR (RR 1,8). The pleasure achievement was affected only by high scholarship (RR 4,3) and by good health self-perception (RR 9,6). **Conclusion:** The activity and the sexual pleasure in climacteric women have a many-sided influence that goes through social and economics issues, cultural questions, clinical conditions, habits and sexual education. The aim of this study was to contribute to alert the health workers and searches, to gain knowledge not only through biological strict actions about human behavior, but specially to the climacteric sexuality and improve attention to the women and partner complains.

## **8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

- AGRESTI, A.- **Categorical data analysis**. New York, John Wiley & sons, 1990.
- ALMEIDA, P.M. & WIKERHAUSER, H.- **O critério ABA/ABIPEME- em busca da atualização**. São Paulo, 1991. p. 22-23.
- ALVES, M.I.M. – **O Adolescente, a mídia e uma relação tão prazerosa**. Campinas. 2000. [Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas].
- ARAÚJO, M.J.O. – Vivir la menopausia. In: GÓMEZ, A.- La revolucion de las canas. **Cuadernos Mujer/ Salud, 4**: 54-57, 1999.
- AVIS, N.E. & MCKINLAY, S.M.- A longitudinal analysis of women's attitude toward menopause: results from the Massachusetts women's health study. **Maturitas, 13**: 65-79, 1991.
- BACHMANN, G.A.; BURD, I.D.; EBERT, G.A.- Menopausal sexuality. In: LOBO, R.A.; KELSEY, J.; MARCUS, R.- **Menopause: biology and pathobiology**. San Diego, Academic Press, 2000. 383-393p.
- BEAUVOIR, S. – **O segundo sexo 2. A experiência vivida**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980. 343-362.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE. **Our bodies, ourselves**. 2<sup>a</sup> ed. New York. Simon & Schuster Inc. 1976. pp 327-336.
- BOULET, M.J.; ODDENS, B.J.; LEHERT, P.; VEMER, H.M.; VISSER, A.- Climateric and menopause in seven South- east asian countries. **Maturitas, 19**: 157-76, 1994.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Informe Epidemiológico do SUS- Ministério da Saúde- ano V, nº 2, 1996.
- BREEN, M.J. – Aprendiendo a escuchar, escuchando para aprender. In: GÓMEZ, A. - La revolution de las canas. **Cuadernos Mujer/ Salud, 4:** 25-32, 1999.
- BRENNER, D.F.- The menopausal syndrome. **Obstet Gynecol., 72:** 6-11, 1998.
- CARREÑO, D. – Una mirada sobre prácticas y realidades en el fin de siglo. In: GÓMEZ, A. - La revolution de las canas. **Cuadernos Mujer/ Salud, 4:** 100-105, 1999.
- CAVALCANTI, S. – Anorgasmia. In: LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. – **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. p. 159-163.
- CHRISTENSON, C.V.; JOHNSON, A.B.- Sexual patterns in a group of older never-married women. **J. Geriatr Psychiatry 7 :** 80-98, 1973.
- DAVIS, S.R.; BURGER, H.G.- Use of androgens in postmenopausal women. **Curr Opin Obstet Gynecol, 9(3):** 177-80, 1997.
- DENNERSTEIN, L.-Well-being, symptoms and the menopausal transition. **Maturitas, 23(2):** 147-157, 1996.
- DENNERSTEIN, L.; DUDLEY, E.C.; HOPPER, J.L.; BURGER, H.G.- Sexuality, hormones and the menopausal transition. **Maturitas, 26(2):** 83-93, 1997.
- DEUTSCH, H.- The Psychology of women. New York. Guine & Stratton Inc, 1945. p 476-510.
- DUNN, M. E.; UMLAUF, R.L.; MERMIS, B.J.- The rehabilitation situations inventory: staff perception of difficulties behavior situations in rehabilitation. **Arch. Phys. Med. Rehabil., 73 (4):** 316-19, 1992.

- EUROPEAN MENOPAUSE SOCIETY CONSENSUS. – European consensus development conference on menopause. **Human Reproduction**, **11(5)**: 975-979, 1996.
- FERNANDES, C.E. & WEHBA, S. – Síndrome do climatério. Nutrição. In: RODRIGUES DE LIMA, G. & BARACAT, E.C. – **Ginecologia endócrina**. São Paulo, Atheneu, 1995. 267-270.
- FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. - **A travessia: como uma mulher pode viver melhor após os 40 anos**. São Paulo, Limay, 1997.119p.
- FONSECA, A. M. – A mulher do século. **Jornal da Sogesp**, **15**: 16, 2000
- FREUD, S. - As transformações da puberdade. In: STRACHEY, J. – **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1973. p.213-238.
- 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.
- FROCK, J. & MONEY, J. – Sexuality and menopause. **Psychother Psychosom**, **57(1-2)**:29 -33, 1992.
- GIKOVATE, F. – Observações acerca de uma pesquisa sobre o comportamento sexual do brasileiro. In: SANTA-INEZ, A. L. – **Pesquisa acerca dos hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros**. São Paulo, Cultrix, 1983. 97-108.
- GÓMEZ, A. – Introducción. In: GÓMEZ, A. – La revolución de las canas. **Cuadernos, Mujer/Salud**, **4**:2-8, 1999.
- GOODSON, L. & LOPES, G. – Comportamento sexual na andropausa. In: LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. – **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. p.95-99.

- GREENDALE, G. A.; HOGAN, P.; SHUMAKER, S. – Sexual functioning in postmenopausal women. **J. Women's Health** 5: 445-458, 1996.
- GREGERSEN, E. - **Práticas Sexuais - A História da sexualidade humana**. São Paulo, Roca. 1983. 323p.
- GROENEVELD, F.P.; BAREMAN, F.P.; 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.
- GRUIS, M.L.; WAGNER, N.N.- Sexuality during the climacteric. **Postgrad Med**, 65(5): 197-207, 1979.
- 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.
- HAGSTAD, A. – Gynecology and sexuality in middle – aged women – **Women Health**, 13: 57-80, 1988.
- HALBE, A. – Antecedentes emocionais da gravidez na adolescência. **Jornal da Febrasgo**, 3: 12-13, 2000.
- HALLSTROM, T.-Sexuality of women in middle age: the Goteborg study. **J. Biosoc. Sci.**, 6: 165-75, 1979.
- HARDY, E.; ALVES, G.; OSIS, M.J.D. – Climatério – Implicações sociais. **Femina**, 20: 313-20, 1992.
- HITE, S. – **Sex and business**. London. Biddles Ltd., Guildford and Key's Lynn. 2000. 221p.
- HOLTE, A.- Influences of natural menopause on health complaints: a prospective study of health Norwegian women. **Maturitas**, 14: 127-41, 1992.

HUNTER, M.- The women's health questionnaire: a measure of mid-aged women's perception of their emotional and physical. **Psychology and Health**, 7: 45-54, 1992.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

**Recenseamento geral da população**, 1991. Rio de Janeiro, IBGE, 1994.

JASZMANN, L.- Epidemiology of climateric and post climateric complaints. In: VANKEEP, P.A. & LAURITZEN, C.- Aging and estrogens. **Front Hormone Res.** Basel, Carger, 1973. p.22-34.

JONG, E. – **Medo de voar**. Rio de Janeiro, Record, 1990. 331 p.

KATCHADOURIAN, H. A.; LUNDE D.T. – **Fundamentals of human sexuality**. 2ª Ed. New York. Holt Rinehart & Winston Inc., 1975. 175p

KEYS, A.; FIDANZA, F.; KARVONEN, M.J.; KIMU, N.; TAYLOR, H.L.- Indices of relative weight and obesity. **J Chron Dis**, 25: 329-43, 1972.

KHAW, K. T. – Epidemiology of the menopause. In: KHAW, K. T. – **Hormone replacement therapy**. New York. Churchill Livingstone Inc., 1992. p.56-62.

KINSEY, A.C.; POMEROY, W.B.; MARTIN, C.E.; GEBMARD, P.H.- **Sexual behavior in the human female**. New York, Philadelphic & Saunders, 1953.

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.- **Estatística de Saúde**. São Paulo, EPU, 1987. 9-38p.

LEIBLUM, S.R.; SWARTZMAN, L.C.- Women's attitudes toward the menopause: na update. **Maturitas**, 8(1): 47-56, 1986.

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.
- LONGCOPE, C.- The endocrinology of the menopause. In: LOBO, R. A .  
**Treatment of the postmenopausal woman: basic and clinical aspects.**  
New York, Raven Press, 1994. 47-53p.
- LOPES, G. – **Sexualidade Humana.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1993. 364p.
- LOPES, G.; MAIA, M.- Sexualidade e cultura – A construção dos mitos e tabus sexuais. In: SÁ, C.A.M.; PASSOS, M.R.L.; KALIL, R.S.- **Sexualidade humana.** Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter. 2000. p. 109-116.
- LUTZ, E. & VERA, G. – Mantener la alegría de vivir. In: GÓMEZ, A .- La revolution de las canas. **Cuadernos Mujer/ Salud**, **4**: 64-73, 1999.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. – **A resposta sexual humana.** São Paulo, Roca, 1984. 296 p.
- MASTERS, W.H. & JOHNSON, V.E. – **A inadequação sexual humana.** São Paulo, Roca, 1985. 364 p.
- MATARAZZO, M.H. – **Amar é preciso – os caminhos para uma vida a dois.** São Paulo, Gente, 1992. 136p.
- McCOY, N.L.- Survey research on the menopause and women's sexuality. In:  
BERG, G. & HAMMAR, M.- **The modern management of the menopause – a perspective for the 21<sup>st</sup> century.** London, Patheron, 1994. 581-587 p.
- McCOY, N.L.- Methodological problems in the study of sexuality and the menopause. **Maturitas**, **29(1)**: 51-60, 1998.
- MENDES, M.C. – Climatério e sexualidade – visão de um ginecologista. In:  
LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. – **Sexologia e ginecologia.** Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. p. 39-46.

- MONTGOMERY, M. – Comportamento sexual na menopausa. In: LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. – **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. p. 89-94.
- MONTGOMERY, M. & SURITA, R. – O sexo na terceira idade. **GO Atual**, 7: 8-12, 1998.
- MOTT, L. – A sexualidade no Brasil Colonial In: SÁ, C.A.M.; PASSOS, M.R.L.; KALIL, R.S.- **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro. Livraria e Editora Revinter. 2000. p. 117 - 129.
- MURARO, R.M. – Uma história do homem e da mulher e suas perspectivas para o futuro. In: SÁ, C.A.M.; PASSOS, M.R.L.; KALIL, R.S.- **Sexualidade humana**. Rio de Janeiro. Revinter. 2000. p. 33 - 53.
- NHSLS – **A National Health and Social Life Survey**. Research of NHSLS. Washington. 1998. 245p.
- PEDRO, A.O.- **Inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do Município de Campinas**. Campinas, 1999.  
[Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas/ Universidade Estadual de Campinas].
- 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.
- PINTO-NETO, A.M.; PEDRO, A.O.; COSTA-PAIVA, L.H.S.; LANE, E.- Brazilian women's attitudes towards menopause and its treatment. **Menopause**, 6 (4): 366, 1999.

- PINTO-NETO, A.M. – **Atitudes de mulheres climatéricas do Município de Campinas frente à menopausa e seu tratamento: um inquérito populacional domiciliar**. Campinas. 2000. [Tese de livre-docência. Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas].
- PRATHER, J. & FIDELL, L.- Sex differences in the content and style of medical advertisement. **Soc. Sci. Med.**, 9: 23-6, 1975.
- REIS, J.T.L. – Infância e adolescência. In: LOPES, G.; GOODSON, L.; CAVALCANTI, S. – **Sexologia e ginecologia**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1995. p. 59-70.
- SANTA-INEZ, A .L. – O relatório do IPPM. In: SANTA-INEZ, A .L. – **Pesquisa acerca dos hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros**. São Paulo, Cultrix, 1983. 17-47.
- SARREL, P.M.- Sexuality in the middle years. **Obstet Gynecol Clin North Am**, 14(1): 49-62, 1987.
- SARREL, P.M.; WHITEHEAD, M.I. – Sex and menopause: defining the issues. **Maturitas**. 7:217-24, 1985.
- SCHILL, W.B.; KÖHN,F.M.; HAIDL, G. – The Aging male. In: BERG, G. & HAMMAR, M. – **The modern management of the menopause – a perspective for the 21 st century**. UK. Parthenon Publishing Group Limited, 1994. p. 545-565.
- SEMMENS, J.P.; WAGNER, G. – Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women. **JAMA**. 248 (4): 445 - 448, 1982.
- SEVERNE, L. – The view of the woman. In: VAN HERENDAEL, H.B.; RIPHAGEN, F.E.; GOESSENS, L.; VAN DER PAS, H. – **The climateric in update**. Lancaster, England, M.T.P. Press Limited, 1983. p. 19 - 28.

- SHERWIN, B.B. – Hormonal influences on sexuality in the post menopause. In: BERG, G. & HAMMAR, M.- **The modern management of the menopause – a perspective for the 21<sup>st</sup> century**. London, Parthenon, 1994a. 589-597 p.
- SHERWIN, B.B. – Sexuality and the menopause. In: BERG, G. & HAMMAR, M.- **The modern management of the menopause – a perspective for the 21<sup>st</sup> century**. London, Parthenon, 1994b. 617-620 p.
- SUPLICY, M. – Nossos sonhos para o milênio. **Revista Cláudia**, **463 S**: 27, 2000.
- TAKIUTI, A. D.- Atendimento na rede básica de saúde. In: Comissão de saúde do adolescente. **Adolescência e Saúde 1**. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, 1999. p. 11-34.
- TANNAHILL, R. – **O sexo na história**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983. 516p.
- TELES, M.A.A. – Develando los tabúes. In: GÓMEZ, A. - La revolution de las canas. **Cuadernos Mujer/ Salud**, **4**: 45-52, 1999.
- UTIAN, W.H. & SCHIFF, I.- NAMS- Gallup survey on women's knowledge, information sources, and attitudes and hormone replacement therapy. **Menopause**, **1**: 39-48, 1994.
- VERMEULEN, A. – Andropause, fact or fiction? In: BERG, G. & HAMMAR, M. – **The modern management of the menopause – a perspective for the 21<sup>st</sup> century**. UK. Parthenon Publishing Group Limited, 1994. p. 567-577.
- VITIELLO, N. – Ginecologia e sexualidade. **Sexo & Saúde**, **1**: 22-24p. 2000.
- VON MÜHLEN, D.G.; KRITZ-SILVERSTEIN, D.; BANETT-CONNOR, E.- A community based study of menopause symptoms and estrogen replacement in older women. **Maturitas**, **22**: 71-78, 1995.
- WERMER, A.A. – The male climateric. **JAMA**. **119**: 1441-3, 1939.

WILBUR, J.; MILLER, A.M.; MONTEGOMERY, A.; CHANDLER, P.-

Sociodemographic characteristics, biological factors, and symptom reporting in midlife women. **Menopause**, **5**: 43-51, 1998.

WILLET, W.; STAMPFER, M.L.; BAIN, C.- Cigarette smoking relative weight and menopause. **Am. J. Epidemiol.**, **117**: 651-8, 1983.

WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Research on the menopause.**

Geneve, WHO, Technical Report Series, 1981. 670p

## **9. BIBLIOGRAFIA DE NORMATIZAÇÕES**

1. HERANI, M.L.G. - **Normas para apresentação de dissertações e teses.**  
São Paulo, BIREME, 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.

***ANEXOS***

---

## **ANEXO A**                    **MITOS E TABUS SOBRE A SEXUALIDADE**

### **QUADRO 1. MITOS DA SEXUALIDADE FEMININA**

- A mulher deve entregar-se ao homem para satisfazer o desejo dele.
- A mulher não deve ter a iniciativa frente ao sexo.
- A mulher não deve ter relações sexuais durante a menstruação.
- Existem dois tipos de orgasmo: um clitoridiano e outro vaginal.
- O orgasmo deve ser simultâneo com o do homem.
- A mulher deve dar por finalizado o ato sexual logo que o homem tenha ejaculado.

*Fonte: Lidia Bequer e Ana M. Donato.*

### **QUADRO 2. MITOS DA SEXUALIDADE MASCULINA**

- O homem não tem ou não deve expressar certos sentimentos.
- No sexo, como em qualquer outra coisa, o que conta é o rendimento.
- O homem é encarregado de dirigir e orquestrar o sexo, sendo também responsável pelo orgasmo da mulher.
- O homem sempre quer e está disposto para o sexo.
- Sexo significa somente penetração vaginal.
- O sexo não necessita de aprendizagem.

*Fonte: Zylbergeld Bernie*

**(LOPES, 1993)**

---

## **ANEXO A(contín.) MITOS E TABUS SOBRE A SEXUALIDADE**

### **QUADRO 3. MITOS DA SEXUALIDADE FEMININA E MASCULINA**

- As mulheres não sentem desejo sexual durante a gestação.
- As mulheres tem menos necessidade de sexo que o homem.
- A menopausa assinala o fim da vida sexual da mulher.
- A masturbação deforma os genitais.
- O tamanho do pênis influi no prazer.
- A ereção indica necessidade de relações sexuais imediatas.
- Se um homem é esterilizado, o impulso sexual diminui.
- Depois de casado, o homem deixa de masturbar-se, curando-se desta doença.

*Fontes: Gabriel Luring. Como vivir su sexualidad*

*Maria Luisa Lerer. Sexualidad feminina*

*Kusnetzoff. O homem sexualmente feliz*

*James Leslie McCary. Mitos e crendices sexuais*

**(LOPES,1993)**

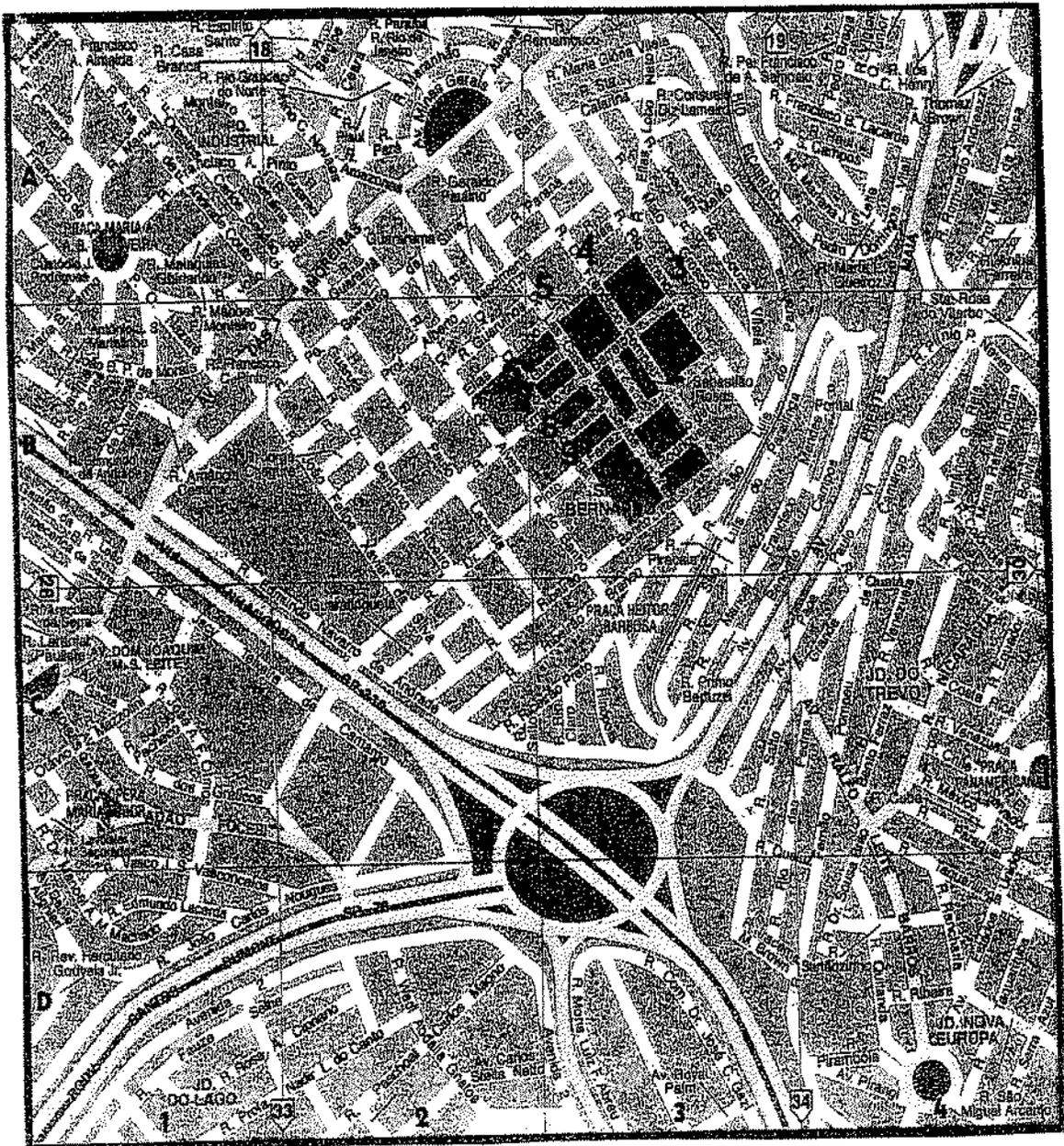
---

# Anexo 1

## ANEXO 1

### EXEMPLO DO MAPA DE UM SETOR CENSITÁRIO

Setor censitário                      Nome: São Bernardo





## Anexo 3

---

### Check List

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Nº estudo \_\_\_\_\_

1. Idade: [ ] [ ]

2. Nacionalidade - Nato:

---

## **Anexo 4**

---

### **CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO ORAL**

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.

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.

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.

A Sra. aceita participar do estudo respondendo o questionário ?

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

---

## Anexo 5

### QUESTIONÁRIO PESQUISA SOBRE A SAÚDE DA MULHER EM CAMPINAS

Nº. DO SETOR |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Nº.

CPS  BG  NA  JE  SZ

ENTREVISTADORA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1a. REVISÃO:

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

2a. REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

3a. REVISÃO

NOME \_\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

DIGITAÇÃO

1a. VEZ

2a. VEZ

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SEÇÃO 1**  
**ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SEXUAIS E REPRODUTIVOS**

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

1.1 Qual é a sua idade?   ANOS

1.2 Há quanto tempo a Sra. mora em Campinas?  
  MESES OU   ANOS [ 88 ] SEMPRE MOREI  
 PASSE À 1.4

1.3 Antes de morar em Campinas, em que cidade e Estado a Sra. morou por mais tempo?  
 CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

1.4 Foi à escola?  
 [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO  
 PASSE À 1.6

1.5 Qual a última série que completou?  
 \_\_\_\_\_ SÉRIE DO \_\_\_\_\_ GRAU [ 88 ] NÃO SABE/  
 NÃO LEMBRA

1.6 Qual a sua religião?

[ 1 ] CATÓLICA ROMANA	[ 5 ] RELIGIÕES ORIENTAIS
[ 2 ] PROTESTANTE TRADICIONAL (PRESBITERIANA, BATISTA, METODISTA)	[ 6 ] EVANGÉLICA (CRENTE, ASSEMBLÉIA, CONGREGAÇÃO, UNIVERSAL)
[ 3 ] ESPÍRITA KARDECISTA	[ 7 ] JUDAICA / ISRAELITA
[ 4 ] UMBANDA / CANDOMBLÉ	[ 10 ] OUTRA. Qual? _____ <input type="text"/>
[ 8 ] NENHUMA ==> PASSE À 1.9	

1.7 Desde quando a Sra. segue essa religião?

[ 1 ] DESDE QUE NASCI	[ 3 ] HÁ MAIS DE 1 ANO ATÉ 5 ANOS
[ 2 ] HÁ MENOS DE 1 ANO	[ 4 ] HÁ MAIS DE 5 ANOS

1.8 Com que frequência a Sra. vai a(o) \_\_\_\_\_ ? (VER 1.6 - IGREJA, CULTO,  
 TERREIRO)

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

---

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

- [ 1 ] O DIA TODO  
 [ 2 ] MEIO PERÍODO  
 [ 3 ] MENOS DE MEIO PERÍODO  
 [ 4 ] NÃO TRABALHA

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

- [ 1 ] FUMA ATUALMENTE ==> PASSE À 1.12  
 [ 2 ] FUMOU NO PASSADO  
 [ 3 ] NUNCA FUMOU ==> PASSE À 1.14

1.11 Há quanto tempo a Sra. parou de fumar?

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| MESES OU \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| ANOS

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

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| CIGARROS [ 88 ] OUTROS: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

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

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| MESES OU \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_| ANOS

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?

- [ 1 ] BRANCA [ 5 ] ORIENTAL  
 [ 2 ] PARDA [ 6 ] ÍNDIGENA  
 [ 3 ] MULATA [ 7 ] OUTRA. Qual? \_\_\_\_\_  
 [ 4 ] PRETA \_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

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

- [ 1 ] SOLTEIRA  
 [ 2 ] CASADA  
 [ 3 ] AMASIADA/VIVE JUNTO  
 [ 4 ] SEPARADA/DIVORCIADA  
 [ 5 ] VIÚVA
- ] PASSE  
 À 1.17

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

- [ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO  
 PASSE À 1.21

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ANOS

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 1.20

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ANOS OU \_\_\_\_|\_\_\_\_| MESES OU \_\_\_\_|\_\_\_\_| DIAS

1.21 Quantas vezes a Sra. já ficou grávida?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[ 88 ] NENHUMA

PASSE À 1.1.3

1.22 Quantos abortos a Sra. teve?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[ 88 ] NENHUM

1.23 Quantos filhos nasceram vivos?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[ 88 ] NENHUM

1.24 Quantos filhos nasceram mortos?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[ 88 ] NENHUM

1.25 Quantos filhos estão vivos hoje?

\_\_\_\_|\_\_\_\_|

[ 88 ] NENHUM

1.26 Atualmente está grávida?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À F.1.1

1.27 A Sra. esteve grávida nos últimos 12 meses?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

**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.**

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

[ 1 ] 1.25 ≠ 88

[ 2 ] 1.25 = 88

PASSE À 1.1.3

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ANOS

OU

\_\_\_\_|\_\_\_\_| MESES

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

|\_|\_|\_| FILHOS [ 88 ] NENHUM

1.30 Tem algum neto morando com a Sra.?

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

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

1.31 A Sra. já usou alguma vez?	1. SIM	2. NÃO
a) Pílula (comprimido)		
b) DIU (aparelho)		
c) Injeção		
d) Laqueadura (operação da mulher)		
e) Vasectomia (operação do homem)		
f) Camisinha		
g) Coito interrompido (tirar fora, jogar fora, marcha ré)		
h) Diafragma		
i) Tabelinha		
j) Outro: Qual? _____  _ _		

1.32 Qual método para evitar filhos está usando atualmente?

TEXTUAL: \_\_\_\_\_ |\_|\_| [ 88 ] NENHUM

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

1.33 Com que idade a Sra. teve sua primeira menstruação? |\_|\_| ANOS

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

|\_|\_| ANOS [ 3 ] NUNCA TEVE  
PASSE À 1.39

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

[ 1 ] SIM [ 2 ] NÃO

PASSE À 1.37

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

- [ 1 ] NÃO TEM PARCEIRO  
 [ 2 ] O PARCEIRO É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE  
 [ 3 ] ELA É DOENTE OU FEZ CIRURGIA RECENTEMENTE  
 [ 4 ] IMPOTÊNCIA DO PARCEIRO  
 [ 5 ] PARCEIRO NÃO PROCURA MAIS  
 [ 6 ] ELA NÃO PROCURA MAIS O PARCEIRO  
 [ 7 ] POR QUE SENTE DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL  
 [ 10 ] NÃO SENTE DESEJO DE TER RELAÇÕES  
 [ 11 ] O CASAL NÃO SE DÁ BEM  
 [ 12 ] POR QUE TEM MEDO DE ENGRAVIDAR  
 [ 13 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_

PASSE  
 À 1.39

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

\_\_\_\_\_ VEZES

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

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

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

CIRURGIA	1. SIM	2. NÃO	8. NÃO SABE / NÃO LEMBRA
a) Laqueadura (operação da mulher)			
b) Retirada do útero			
c) Retirada de um ovário			
d) Retirada de dois ovários			
e) Outras. Quais? _____ _____			

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

[ 1 ] 1.39 b = 1

[ 2 ] 1.39 b = 2

PASSE À 1.41

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

[ 1 ] MENSTRUAVA TODOS OS MESES

[ 2 ] ESTAVA IRREGULAR

[ 3 ] JÁ NÃO ESTAVA MENSTRUANDO

[ 8 ] NÃO LEMBRA

1.41 Qual é a sua altura?      |\_\_|\_|.|\_\_|\_|\_|\_| CM

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

1.42 Qual é o seu peso?      |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| kg

---

## SEÇÃO 2 ATITUDE FRENTE À MENOPAUSA

**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.

PENSANDO NAS MULHERES EM GERAL ...	1. CONCORDO	2. DISCORDO	3. MAIS OU MENOS
2.1 A mulher sente-se mais velha após a menopausa.			
2.2 Na menopausa a mulher pode ficar mais estressada (esgotada).			
2.3 Na menopausa aparecem sintomas que incomodam.			
2.4 Na menopausa a mulher freqüentemente tem mais problemas emocionais (depressão, tristeza, nervosismo, irritabilidade).			
2.5 Os parceiros de mulheres que estão na menopausa acham que elas ficam menos atraentes ("bonita").			
2.6 Para a mulher, a fase da menopausa é um período desagradável ("ruim").			
2.7 Durante a menopausa a mulher sente-se menos feminina ("mulher").			
2.8 Na menopausa a mulher freqüentemente não se sente bem.			
2.9 A mulher sente-se menos atraente após a menopausa ("bonita").			
2.10 Após a menopausa, as mulheres têm menos vontade de ter relações sexuais.			
2.11 As mulheres não podem controlar aquilo que causa todos os problemas na menopausa.			
2.12 A menopausa traz coisas boas.			
2.13 Os problemas da menopausa desaparecem sozinhos.			

PENSANDO NAS MULHERES EM GERAL ...	1. CONCORDO	2. DISCORDO	3. MAIS OU MENOS
2.14 As mulheres que ficam imaginando que vão ter sintomas na menopausa, acabam tendo.			
2.15 É agradável saber que a gravidez não é possível após a menopausa.			
2.16 Após a menopausa, a mulher acha o sexo mais prazeroso.			
2.17 Em geral, as mulheres na menopausa acham que as mudanças físicas são normais.			
2.18 A mulher sente-se mais madura e autoconfiante na menopausa.			
2.19 Após a menopausa, as relações sexuais ficam melhores.			
2.20 Para os problemas da menopausa, a mulher deve preferir tratamentos naturais (isto é: dieta, exercícios, vitamina) ao invés dos hormonais.			
2.21 A ausência de menstruação após a menopausa é um alívio.			
2.22 Após a menopausa, a mulher se sente mais livre e mais independente.			
2.23 As mulheres na menopausa deveriam consultar um médico.			
2.24 Os sintomas da menopausa não devem ser tratados com medicação.			
2.25 As mulheres com sintomas da menopausa devem tomar hormônios.			
2.26 O tratamento hormonal traz mais vantagens que desvantagens.			
2.27 A menopausa deve ser tratada com medicação.			

### 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?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À I.3.3

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

[ 1 ] SEMPRE FOI ASSIM

[ 2 ] MUDOU

PASSE À 3.4

3.3 Por que a Sra. acha que mudou?

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

[ 2 ] PORQUE FEZ UMA CIRURGIA

[ 3 ] PORQUE ESTÁ TOMANDO ALGUM REMÉDIO/ ANTICONCEPCIONAL

[ 8 ] NÃO SEI

[ 4 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ANOS OU \_\_\_\_|\_\_\_\_| MESES OU \_\_\_\_|\_\_\_\_| DIAS

PASSE À 3.6

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

\_\_\_\_|\_\_\_\_| ANOS

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

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.8

3.7 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

---

- [ 1 ] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [ 2 ] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [ 3 ] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [ 4 ] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGÜENTAR
- [ 5 ] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [ 6 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [ 7 ] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [ 10 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

PASSE À 1.3.3

3.8 O médico receitou alguma medicação?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 1.3.3

3.9 Qual?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

[ 1 ] TOMA ATUALMENTE

[ 2 ] JÁ PAROU

[ 3 ] NUNCA TOMOU

**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

SINTOMAS	3.11 Alguma vez sentiu?	3.12 Durante o último mês, quantas vezes sentiu?
Ondas de calor? (fogacho)	1   SIM   2   NÃO	□□□ VEZES   88   NENHUMA
Suor intenso? (sudorese)	1   SIM   2   NÃO	□□□ VEZES   88   NENHUMA
Batedeira? (palpitação)	1   SIM   2   NÃO	□□□ VEZES   88   NENHUMA
Tontura?	1   SIM   2   NÃO	□□□ VEZES   88   NENHUMA

SINTOMAS	3.11 Alguma vez sentiu?	3.12 Durante o último mês, quantos dias sentiu?
e) Nervosismos/ ansiedade?	1   SIM   2   NÃO	□□□ DIAS   88   NENHUM
f) Irritabilidade?	1   SIM   2   NÃO	□□□ DIAS   88   NENHUM
g) Dor de cabeça? (cefaléia)	1   SIM   2   NÃO	□□□ DIAS   88   NENHUM
h) Depressão (tristeza, melancolia)	1   SIM   2   NÃO	□□□ DIAS   88   NENHUM
i) Insônia? (dificuldade para dormir)	1   SIM   2   NÃO	□□□ DIAS   88   NENHUM

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

[ 1 ] PELO MENOS 1 ITEM DE 3.11 = 1

[ 2 ] TODOS OS ITENS DE 3.11 = 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?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.15

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

TEXTUAL \_\_\_\_\_

PASSE À 3.16

3.15 Por que a Sra. nunca consultou o médico?

- [ 1 ] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [ 2 ] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [ 3 ] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [ 4 ] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGÜENTAR
- [ 5 ] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [ 6 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [ 7 ] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [ 10 ] NÃO TEM TEMPO / TEM MUITO TRABALHO
- [ 11 ] OUTRO. Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PASSE  
À 3.19

3.16 O médico receitou alguma medicação?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.19

3.17 Qual?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

[ 1 ] TOMA ATUALMENTE

[ 2 ] JÁ PAROU

[ 3 ] NUNCA TOMOU



3.23 O médico receitou alguma medicação?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À F.3.2

3.24 Qual?

TEXTUAL \_\_\_\_\_ | |  
 \_\_\_\_\_ | |

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

[ 1 ] TOMA ATUALMENTE

[ 2 ] JÁ PAROU

[ 3 ] NUNCA TOMOU

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

[ 1 ] 1.35 = 1 OU 2

[ 2 ] 1.35 = 0

PASSE À 3.33

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.33

3.27 Que mudanças a Sra. sentiu?

[ 1 ] DIMINUIÇÃO NO INTERESSE SEXUAL

[ 2 ] AUMENTO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

[ 3 ] DIMINUIÇÃO DO NÚMERO DE RELAÇÕES SEXUAIS

[ 4 ] SECURA VAGINAL

[ 5 ] DEPRESSÃO / TRISTEZA

[ 6 ] ANSIEDADE

[ 7 ] SENTIMENTO DE NÃO SE SENTIR ATRAENTE

[ 10 ] DOR DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL

[ 11 ] OUTRO. QUAL? \_\_\_\_\_ | |

\_\_\_\_\_ | |

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.30

3.29 Por que a Sra. nunca consultou um médico?

\_\_\_\_\_

- [ 1 ] OS SINTOMAS NÃO MERECIAM ATENÇÃO MÉDICA
- [ 2 ] OS SINTOMAS SÃO NATURAIS OU FAZEM PARTE DA MENOPAUSA
- [ 3 ] OS SINTOMAS NÃO ERAM FORTES OU NÃO INCOMODAVAM
- [ 4 ] APESAR DOS SINTOMAS SEREM FORTES, DAVA PARA AGUENTAR
- [ 5 ] NÃO SENTIU LIBERDADE DE FALAR SOBRE OS SINTOMAS COM O MÉDICO
- [ 6 ] NÃO TINHA DINHEIRO PARA IR AO MÉDICO
- [ 7 ] NÃO TINHA UM MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO
- [ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA
- [ 10 ] OUTRO. Quais? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

PASSE  
À 3.33

3.30 O médico receitou alguma medicação?

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 3.33

3.31 Qual?

TEXTUAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

[ 1 ] TOMA ATUALMENTE

[ 2 ] JÁ PAROU

[ 3 ] NUNCA TOMOU

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

[ 1 ] EXCELENTE

[ 2 ] BOA

[ 3 ] NÃO MUITO BOA

[ 4 ] PÉSSIMA

## 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.?

[ 1 ] PARADA DA MENSTRUÇÃO

[ 2 ] SÃO AS ONDAS DE CALOR

[ 3 ] NERVOSISMO / IRRITABILIDADE / DEPRESSÃO / TRISTEZA / ANSIEDADE

[ 4 ] DISTÚRBIOS/DESEQUILÍBRIOS HORMONAIIS

[ 5 ] ENVELHECIMENTO / PASSAGEM / TRANSFORMAÇÃO / MUDANÇA

[ 6 ] NÃO PODER ENGRAVIDAR

[ 8 ] NÃO SABE

[ 7 ] OUTROS. O que? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

[ 8 ] NÃO SEI

4.3 A Sra. acha que pode engravidar?

[ 1 ] SIM

[ 3 ] NUNCA PENSEI NISSO

[ 2 ] NÃO

[ 8 ] NÃO SEI

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

[ 1 ] MÉDICO / SERVIÇO DE SAÚDE

[ 2 ] REVISTAS / JORNAIS / LIVROS

[ 3 ] TELEVISÃO / RÁDIO

[ 4 ] AMIGOS / PARENTES / CONHECIDOS

[ 5 ] NUNCA RECEBEU INFORMAÇÕES

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

O médico deu informações sobre:	1. SIM	2. NÃO	3. NÃO LEMBRA
a) Sintomas físicos como ondas de calor ou suores noturnos?			
b) Mudanças que as mulheres podem sentir em sua vida sexual como: diminuição do interesse sexual, relações dolorosas ou secura vaginal?			
c) Sintomas emocionais como irritabilidade, nervosismo, depressão?			
d) Menstruações irregulares?			
e) Tratamentos que podem ajudá-la em relação aos sintomas da menopausa?			
f) Osteoporose ou problemas com os ossos?			
g) Doenças do coração/circulação?			

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

- [ 1 ] PELO MENOS 1 ITEM DE 4.5 = 1  
 [ 2 ] TODOS OS ITENS DE 4.5 = 1 ==> PASSE À 4.7
- 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?
- [ 1 ] BASTANTE ESCLARECIDA  
 [ 2 ] ESCLARECIDA  
 [ 3 ] POUCO ESCLARECIDA  
 [ 4 ] NEM UM POUCO ESCLARECIDA
- 4.7 Na sua opinião, após a menopausa, o corpo da mulher produz mais hormônios, menos hormônios, ou fica igual?
- [ 1 ] MAIS HORMÔNIOS  
 [ 2 ] MENOS HORMÔNIOS  
 [ 3 ] FICA IGUAL  
 [ 8 ] NÃO SABE DIZER
-

**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).

1. Risco de osteoporose ou perda óssea.
2. Aumento do risco para as doenças do coração/circulatórias.
3. Diminuição do interesse sexual ou problemas relacionados ao sexo.
4. Depressão ou irritabilidade.

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

4.9 E qual o segundo efeito que mais a preocupa?

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

[ 1 ] SIM

[ 2 ] NÃO

PASSE À 4.12

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

[ 1 ] REPOSIÇÃO HORMONAL

[ 2 ] EXERCÍCIOS

[ 3 ] DIETA

[ 4 ] VITAMINAS/CÁLCIO

[ 5 ] TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

[ 6 ] CREMES VAGINAIS

[ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

[ 7 ] OUTRO. Quais? \_\_\_\_\_

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

[ 1 ] O MÉDICO RECEITOU

[ 2 ] ELA PEDIU

[ 3 ] ELA PEDIU E O MÉDICO RECEITOU

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

[ 8 ] NÃO LEMBRA ==> PASSE À 4.16

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

[ 1 ] TOMA ATUALMENTE ==> PASSE À 4.16

[ 2 ] JÁ PAROU

[ 3 ] NUNCA TOMOU ==> PASSE À 4.15

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

- [ 1 ] DEVIDO AOS EFEITOS COLATERAIS
- [ 2 ] DEVIDO A PREOCUPAÇÃO COM O RISCO DE CÂNCER
- [ 3 ] DEVIDO A MELHORA DOS SINTOMAS
- [ 4 ] PELO CUSTO DOS REMÉDIOS
- [ 5 ] PORQUE ENGORDOU
- [ 6 ] OUTRO. Qual? \_\_\_\_\_

PASSE  
À 4.16

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

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

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:

MEDICAMENTOS	1. SIM	2. NÃO
a) Premarim		
b) Dílena; Climene; Premarin + Provera; Premelle; Premarim MPA		
c) Hormônios masculinos (andrógenos)		
d) Estracomb; Ginedisc; Estraderm; System; Climaderm		

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

[ 1 ] ALÍVIO DOS SINTOMAS

[ 2 ] PREVENIR A FRAQUEZA NOS OSSOS (OSTEOPOROSE)

[ 3 ] PREVENIR AS DOENÇAS DO CORAÇÃO / CIRCULATÓRIAS

[ 4 ] PREVENIR OS PROBLEMAS DE BEXIGA

[ 5 ] PREVENIR A SECURA VAGINAL

[ 6 ] MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA

[ 8 ] NÃO SABE/NÃO LEMBRA

[ 7 ] OUTROS. Quais? \_\_\_\_\_

**SEÇÃO 5**  
**CLASSIFICAÇÃO DE STATUS SOCIOECONÔMICO**

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

5.1 Quem é o chefe-da-família na sua casa?    
 | 1 | A PRÓPRIA ENTREVISTADA | 2 | OUTRA PESSOA. Quem? \_\_\_\_\_

5.2 Qual é o último ano de escola que \_\_\_\_\_ (ver 5.1. chefe-da-família) cursou?

1) Não estudou / primário incompleto..... 0 pontos  
2) Primário completo / ginásial incompleto..... 5 pontos  
3) Ginásial completo / colegial incompleto..... 10 pontos  
4) Colegial completo / universitário incompleto ..... 15 pontos  
5) Universitário completo ..... 21 pontos

**TOTAL DE PONTOS =** \_\_\_\_\_

5.3 Na sua casa tem:

a) Aparelho de vídeo cassete/VCR? | 1 | Não | 2 | Sim (10 pontos) \_\_\_\_\_  
b) Máquina de lavar roupa? | 1 | Não | 2 | Sim (8 pontos) \_\_\_\_\_  
c) Geladeira? | 1 | Não | 2 | Sim (7 pontos) \_\_\_\_\_  
d) Aspirador de pó? | 1 | Não | 2 | Sim (6 pontos) \_\_\_\_\_

**TOTAL DE PONTOS =** \_\_\_\_\_

5.4 Quantos \_\_\_\_\_ (LEIA CADA ITEM ABAIXO) existem em casa?

Item	Nenhum	Números de item possuídos/pontos						PONTOS
		1	2	3	4	5	6 ou +	
a) Carro	0	4	9	13	18	22	26	_____
b) TV em cores	0	4	7	11	14	18	22	_____
c) Banheiros	0	2	5	7	10	12	15	_____
d) Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32	_____
e) Rádios	0	2	3	5	6	8	9	_____
<b>TOTAL DE PONTOS =</b>								_____

**ENCERRE A ENTREVISTA**

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

TOTAL GERAL DE PONTOS = \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ PONTOS

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

| 1 | CLASSE A: = 89 PONTOS OU MAIS

| 2 | CLASSE B = 59-88 PONTOS

| 3 | CLASSE C = 35-58 PONTOS

| 4 | CLASSE D = 20-34 PONTOS

| 5 | CLASSE E = 0-19 PONTOS

---

*“Balzac (1850) prestou às mulheres um serviço imenso,  
que elas nunca lhe poderão agradecer suficientemente,  
pois duplicou para elas a idade do amor.  
Antes dele, todas as namoradas de romances tinham vinte anos.  
Ele prolongou até os trinta, até os quarenta anos sua vida ativa,  
pleiteando, em seu favor, a causa da natureza, da verdade.  
Curou o amor do preconceito da mocidade...  
Multiplicou senão a alegria humana,  
pelo menos a consciência desta alegria”.*

**Martin Claret**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE