

QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS Em Mulheres Climatéricas Residentes na Região Sul do Brasil

Dino R.S. DE LORENZI, Bruno SACIOTO, Graziela R. ÁRTICO,
Sabrina K.R. FONTANA

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e possíveis fatores associados em grupo de mulheres climatéricas da região Sul do Brasil.

População e Métodos: Estudo transversal de 506 mulheres entre 45 e 60 anos atendidas em um serviço universitário de atenção ao climatério da Região Sul do Brasil entre junho e outubro de 2002. Excluíram-se as mulheres com histerectomia prévia, usuárias de terapia hormonal ou de contraceptivos hormonais. A qualidade de vida foi avaliada através do Questionário de Saúde da Mulher. Na análise estatística, procedeu-se à regressão linear múltipla.

Resultados: A idade média das mulheres entrevistadas foi de 51,3 (\pm 4,5) anos, sendo 15,4% pré-menopáusicas, 34,4% perimenopáusicas e 50,2% pós-menopáusicas. A qualidade de vida mostrou-se comprometida entre as mulheres estudadas. Mostraram-se preditores da qualidade de vida da qualidade de vida no climatério neste estudo o total de anos completos de estudo ($p < 0.01$), a confirmação de tabagismo no último ano número ($p < 0.01$), o estado menopausal ($p < 0.01$), a história de atividade física regular ($p < 0.01$) e a confirmação de co-morbidades clínicas prévias ($p < 0.01$). As mulheres com maior escolaridade e com atividade física regular mostraram melhor qualidade de vida. Já a história de co-morbidades clínicas e a confirmação de tabagismo associaram a pior qualidade de vida. Quanto ao estado menopausal, a pré-menopausa associou-se a melhores escores de qualidade de vida quando comparada com a perimenopausa e a pós-menopausa. **Conclusão:** Ainda que a qualidade de vida tenha se mostrado associada ao estado menopausal, os resultados obtidos reforçam a hipótese de que o climatério não é somente influenciado por fatores biológicos, mas também por fatores psicossociais e culturais.

D.R.S.L., B.S., G.R.Á., S.K.R.F.:
Setor de Atenção Multidisciplinar ao Climatério da Universidade de Caxias do Sul, Brasil

© 2009 CELOM

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS AMONG CLIMACTERIC WOMEN from South Brazil

Objective: This study aimed to evaluate the quality of life in climacteric and associated factor among women from Southeast Brazil.

Patients and Method: A cross-section study of 506 women aged between 45 and 60 years old attended at a university climacteric clinic from South Brazil from June to October 2002. Hysterectomized women, as well as hormonal therapy or hormonal contraceptive users were excluded. The quality of life was evaluated by the Women's Health Questionnaire (WHQ). Statistical analysis was performed with multiple linear regression analysis.

Results: The average of the age among the studied women was 51.3 (\pm 4.5) years old. About 15.4% were premenopausal, 34.4% perimenopausal and 50.2% postmenopausal women. The quality of life showed up deteriorated among the studied women. The factors

related with quality of life were: the educational level ($p < 0.01$), the confirmation of smoking in the last year ($p < 0.01$), regular physical activity ($p < 0.01$), the confirmation of previous co-morbidities ($p < 0.01$) and the menopausal status ($p < 0.01$). A higher educational level, as well as the confirmation of regular physical activity led to a significant increase on their life quality. Smoking and previous clinical co-morbidities were responsible for the lower scores of quality of life. The pre-menopause was associated with a higher life quality level if compared to peri and post menopause. No differences in relation to the scores of life were identified among the perimenopausal and postmenopausal women.

Conclusions: Nevertheless the menopausal status showed up associated to the quality of life, the results of the study pointed out that the climacteric is not just influenced by biological factors, but also by psychosocial and cultural factors.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno inicialmente observado nos países desenvolvidos e, após, em países em desenvolvimento como o Brasil. Este deverá se incluir entre as nações em desenvolvimento com o maior número de idosos até 2025. Ao mesmo tempo, tem preocupado a maior expectativa de vida feminina brasileira, que, segundo dados censitários, ultrapassa a masculina em 10,8 anos, chegando aos 75,6 anos^{1,2}.

O prolongamento da expectativa de vida feminina gerou um interesse crescente acerca do climatério e suas implicações para a saúde da mulher. Porém, muitas são ainda as controvérsias em relação a essa etapa da vida feminina. Hoje se reconhece que esta é influenciada tanto por fatores biológicos relacionado à queda dos níveis estrogênicos, como por fatores sociais, culturais e psicológicos relacionados ao processo de envelhecimento^{1,3}.

Na última década, em especial após a publicação dos resultados do estudo WHI (*Women's Health Initiative*, 2002), os aspectos relacionados à qualidade de vida passaram a nortear a atenção médica à mulher no climatério, com vistas a promover uma abordagem clínica mais humanizada e baseada em evidências clínicas⁴⁻⁶.

No Brasil, infelizmente, pouco se conhece acerca dos sentimentos e percepções das mulheres sobre a menopausa, os estudos nacionais tendem a se centrar na terapia hormonal ou em aspectos clínicos específicos do climatério. É importante lembrar que a inferência de pesquisas realizadas em outros países na população brasileira nem sempre é possível, devido a diferenças sócio-culturais e econômicas⁴. Assim, este estudo objetivou avaliar os fatores associados à qualidade de vida no climatério entre as usuárias de um serviço universitário da região Sul do Brasil. Espera-se que os seus resultados contribuam para uma maior compreensão dessa etapa e suas implicações para a qualidade de vida feminina.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

Estudo transversal de 506 mulheres com idade entre 45 e 60 anos de idade usuárias do Ambulatório de Climatério da Universidade de Caxias do Sul, Brasil.

O estado menopausal foi definido pela história menstrual em: pré-menopausa (ciclos menstruais naturalmente mantidos e regulares), perimenopausa (caso mudança no padrão menstrual nos últimos 12 meses) e pós-menopausa (o último período menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses antes da entrevista). Devido à dificuldade de se precisar através o seu estado menopausal, excluíram-se as mulheres histerectomizadas, usuárias de terapia hormonal ou de contraceptivos hormonais nos últimos seis meses^{1,6}.

A qualidade de vida foi avaliada através de um instrumento validado para o Brasil, o Questionário de Saúde da Mulher (*Women's Health Questionnaire*). Este possui 36 itens distribuídos em nove domínios: sintomas somáticos, humor deprimido, dificuldades cognitivas, ansiedade, satisfação sexual, sintomas vasomotores, distúrbios do sono, sintomas menstruais e atração. Quanto maior o *score*, pior a qualidade de vida⁷.

Os dados foram coletados através de entrevistas realizadas entre agosto e outubro de 2002. As variáveis avaliadas foram: idade, renda familiar em salários mínimos percapita (somatório total dos rendimentos da família dividido pelo seu número de componentes), escolaridade (total de anos completos de estudo), cor (definida pela própria entrevistada como branca ou não branca), ocupação, estado marital, atividade sexual no último mês, número de filhos vivos, idade da menopausa, índice de massa corporal, confirmação de tabagismo no último ano, história de co-morbididades clínicas e atividade física regular (no mínimo três vezes por semana, com uma duração não inferior a 30 minutos cada sessão de exercícios)⁸.

Os dados coletados foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences for*

Personal Computer versão 12. Inicialmente, foram descritas as frequências simples, médias e desvios-padrão. Para a comparação de médias, utilizou-se o teste *t* de *Student* e a análise de variância (ANOVA). Visto a possibilidade de ocorrência de variáveis de confusão, procedeu-se a seguir a regressão linear múltipla, tendo como desfecho os escores de qualidade de vida. A fim de possibilitar a sua inclusão nos modelos de regressão linear, as variáveis categóricas tabagismo, estado marital, cor, ocupação, atividade sexual, co-morbidades clínicas e atividade física regular receberam valores 0 ou 1, conforme a ausência ou presença do fator em estudo (variáveis *dummy*). Em todas as análises realizadas, aceitou-se um nível de significância de 5%.

Esta pesquisa foi previamente avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul, tendo sido aprovada. Todas as mulheres entrevistadas foram esclarecidas acerca da sua metodologia e objetivos, tendo assinado um termo de consentimento livre e esclarecido antes da sua inclusão no estudo.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 506 mulheres, com uma idade média de 51,3 ($\pm 4,5$) anos, sendo 50,2% pós-menopáusicas, 34,4% perimenopáusicas e 15,4% pré-menopáusicas. A menopausa ocorreu, em média, aos 48,4 anos ($\pm 3,7$).

A maioria das entrevistadas se considerou branca (73%), tendo referido uma média de 5,4 ($\pm 2,4$) anos completos de estudo. Somente 35,4% confirmaram uma ocupação remunerada, com uma renda familiar média de 1,3 ($\pm 1,2$) salários mínimos percapita. Cerca de 70% referiu ter um companheiro fixo e 69,8% atividade sexual no último mês. História de tabagismo no último ano foi relatada por 24,3% das entrevistadas, com consumo médio diário de 13,3 ($\pm 9,4$) cigarros. Cerca de 60,9% era portadora de co-morbidades prévias, com destaque para a hipertensão arterial (246 casos), sendo 32,8% obesas (IMC ≥ 30 Kg/m²). Somente 27,7% confirmaram atividade física regular.

A análise global do Questionário de Saúde da Mulher revelou um escore médio de 76,1 ($\pm 19,1$), indicando um comprometimento moderado da qualidade de vida das mulheres estudadas. A análise bivariada mostrou um maior comprometimento da qualidade de vida entre as mulheres com menor escolaridade ($p < 0,01$), menor renda familiar ($p = 0,01$), não brancas ($p = 0,05$), tabagistas ($p = 0,01$),

obesas ($p = 0,03$) e com co-morbidades prévias ($p < 0,01$). Já as mulheres fisicamente ativas mostraram uma melhor qualidade de vida ($p < 0,01$). Não se observou qualquer associação entre os escores de qualidade de vida e as variáveis idade, ocupação, estado marital e confirmação de atividade sexual no último mês (Quadros 1 e 2).

As mulheres pré-menopáusicas mostraram uma melhor qualidade de vida quando comparadas às na perimenopausa e pós-menopausa em todos os domínios do Questionário da Saúde da Mulher. O escore global de qualidade de vida no grupo pré-menopáusico foi de 68,2 ($\pm 17,4$), chegando a 79,9 (± 20) e a 76,1 ($\pm 19,9$) entre as mulheres na peri e pós-menopausa, respectivamente. Ao se comparar estes dois últimos grupos, não se identificaram diferenças significativas nos seus escores de qualidade de vida (Quadro 3).

Quadro 1 – Escores de qualidade de vida segundo variáveis sociodemográficas

Variáveis	n (%)	Scores – QSM Média (DP)	p
Idade (em anos)			
45-49	212 (41,9)	76,8 (19,5)	0,66 ¹
50-54	162 (32,0)	75,0 (20,5)	
55-60	132 (26,1)	76,6 (20,1)	
Cor			
Branca	361 (71,3)	74,6 (19,5)	0,05 ²
Não branca	145 (28,7)	80,2 (20,5)	
Anos completos de estudo			
< 5	240 (47,4)	80,8 (18,4)	< 0,01 ¹
5-9	194 (38,3)	74,6 (18,2)	
≥ 10	72 (14,2)	65,3 (13,4)	
Ocupação remunerada			
Sim	179 (35,4)	76,9 (19,9)	0,31 ²
Não	327 (64,6)	74,9 (20,1)	
Renda familiar percapita			
< 1 salário mínimo	227 (44,9)	80,9 (20,3)	< 0,01 ²
1-2 salários mínimos	204 (40,3)	73,9 (18,2)	
> 2 salários mínimos	75 (14,8)	68,2 (20,0)	
Estado marital			
Com companheiro fixo	354 (70,0)	76,3 (20,4)	0,92 ¹
Sem companheiro fixo	152 (30,0)	76,1 (19,8)	

Anova¹ – O teste de comparações múltiplas (*Tukey*) mostrou diferenças significativas de qualidade de vida ($p < 0,05$) entre todas as categorias relacionadas à escolaridade. Quanto à renda familiar, a qualidade de vida se mostrou significativamente pior ($p < 0,05$) entre as mulheres que recebiam menos de um salário mínimo percapita em relação às demais categorias avaliadas. Não ocorreram diferenças significativas na qualidade de vida entre as mulheres que recebiam entre 1 a 2 salários mínimos e mais de 2 salários mínimos percapita. Teste *t* de *Student*²

Quadro 2 – Scores de qualidade de vida segundo variáveis reprodutivas e condições de saúde

Variáveis	n (%)	Scores – QSM Média (DP)	p
Número de gestações			
≤ 3	312 (61,6)	73,7 (19,7)	< 0,01 ¹
> 3	194 (38,3)	80,2 (19,8)	
Relações sexuais no último ano			
Não	353 (69,8)	78,5 (20,4)	0,88 ¹
Sim	153 (30,2)	75,2 (19,7)	
Tabagismo			
Não fumante	381 (75,5%)	75,6 (19,8)	0,04 ²
Fumante	125 (24,5%)	72,8 (18,7)	
Prática regular de exercícios			
Sim	140 (27,2)	78,2 (19,6)	< 0,01 ²
Não	366 (72,3)	71,1 (19,7)	
Índice de massa corporal			
IMC ≤ 30 Kg/m ²	340 (67,1)	74,9 (20,2)	0,03 ²
IMC > 30 Kg/m ²	166 (32,9)	78,8 (19,0)	
Co-morbidades prévias			
Sim	308 (60,9)	70,4 (19,3)	< 0,01 ²
Não	198 (39,1)	79,9 (19,5)	

Anova¹ – O teste de comparações múltiplas (*Tukey*) mostrou escores médios de qualidade de vida significativamente maiores ($p < 0,05$) entre as mulheres na pré-menopausa quando comparadas às na peri e pós-menopausa.

Teste *t* de Student²

Quadro 3 – Escores de qualidade de vida segundo o estado menopausal

Domínios do QSM	Pré-menopausa Média (DP)	Perimenopausa Média (DP)	Pós-menopausa Média (DP)	p
Sintomas somáticos	15,4 (5,1)	18,0 (5,2)	17,7 (5,4)	< 0,01 ¹
Humor deprimido	11,1 (3,9)	12,9 (4,4)	12,8 (4,8)	< 0,01 ¹
Dificuldades cognitivas	5,2 (2,4)	6,7 (2,7)	6,5 (2,7)	< 0,01 ¹
Ansiedade	7,7 (2,9)	8,9 (3,3)	8,7 (3,2)	< 0,01 ¹
Funcionamento sexual	5,5 (2,1)	6,3 (2,5)	6,4 (2,5)	< 0,01 ¹
Sintomas vasomotores	3,2 (1,9)	4,5 (2,1)	5,5 (2,5)	< 0,01 ¹
Problemas com o sono	6,7 (2,9)	8,1 (2,7)	8,2 (2,8)	< 0,01 ¹
Atração	4,6 (1,9)	5,4 (2,4)	5,6 (2,6)	< 0,01 ¹
Problemas menstruais	8,8 (2,7)	9,2 (3,3)	-	0,58 ²
Total	68,2 (17,4)	79,9 (20,0)	76,1 (19,9)	< 0,01¹

Anova¹ – O teste de comparações múltiplas (*Tukey*) mostrou escores de qualidade de vida piores ($p < 0,05$) entre as mulheres perimenopáusicas e pós-menopáusicas quando comparadas às pré-menopáusicas. Não se constatou diferenças significativas nos domínios do instrumento QSM entre as mulheres na perimenopausa e pós-menopausa.

Teste T²

Os sintomas somáticos e o humor depressivo foram os que mais contribuíram para deterioração da qualidade de vida, independente do estado menopausal.

A análise por regressão linear múltipla mostrou como preditoras da qualidade de vida no climatério as variáveis escolaridade (número total de anos completos de estudo), confirmação de tabagismo no último ano número, estado menopausal, história de atividade física regular e confirmação de comorbidades clínicas prévias (Quadro 4).

Os scores de qualidade de vida mostraram-se significativamente melhores entre as mulheres com menor escolaridade ($p < 0,01$), e sem atividade física regular ($p < 0,01$). Já a confirmação de comorbidades clínicas ($p < 0,01$) e de tabagismo no último ano associaram-se a pior qualidade de vida. Quanto ao estado menopausal, o período da pré-menopausa associou-se a melhores scores de qualidade de vida quando comparada com a perimenopausa e a pós-menopausa.

DISCUSSÃO

O climatério é período fisiológico decorrente do esgotamento fisiológico dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres de meia idade. Inicia-se entre os 35 e 40 anos, estendendo-se até os 65 anos. Caracteriza-se por uma queda progressiva da secreção de extratou, levando ao aparecimento de sintomas típicos, culminando com a suspensão definitiva dos ciclos menstruais (menopausa) e podendo vir a interferir na qualidade de vida feminina⁹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida refere-se à percepção que um indivíduo tem da sua vida no contexto dos valores e da cultura em que vive, com base em suas expectativas e interesses pessoais. É considerada um

Quadro 4 – Fatores associados à qualidade de vida no climatério: análise por regressão linear múltipla

Variáveis	β	p
Escolaridade (anos completos de estudo)	-0,223	< 0,01
Estado menopausal ¹	0,112	< 0,01
Prática regular de exercícios	-0,118	< 0,01
História de tabagismo no último ano	0,127	< 0,01
História de co-morbidades prévias	0,184	< 0,01

Análise ajustada para idade, escolaridade, cor, ocupação remunerada, renda familiar percapita, estado marital, paridade (com ou sem filhos), atividade sexual no último mês, estado menopausal, história de co-morbidades clínicas, tabagismo, prática regular de exercícios e índice de massa corporal

¹ Perimenopausa e pós-menopausa

construto multidimensional com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida, entre as dimensões que lhe dão significado destacam-se a manutenção da capacidade funcional, a satisfação geral, a realização pessoal, o estado emocional e a interação social, aspectos estes importantes também no climatério¹⁰. No presente estudo, a avaliação da qualidade de vida com base no Questionário da Saúde da Mulher revelou uma maior deterioração nos domínios relacionados a sintomas somáticos, humor deprimido, ansiedade e dificuldades com o sono. Vale aqui lembrar que 50% a 70% das mulheres no climatério referem sintomas somáticos e dificuldades emocionais^{1,6}.

No que se refere a queixas somáticas, vale lembrar que, ao procurarem atendimento médico, as mulheres tendem a atribuir à menopausa tanto os sintomas relacionados ao hipostrogenismo, como as queixas relacionadas a eventuais estados mórbidos prévios.¹¹ Estudo realizado em São Paulo, Brasil, envolvendo mulheres portadoras de cardiopatia isquêmica revelou piores escores de qualidade de vida quando comparado a um grupo controle sem a doença. As mulheres cardiopatas não somente mostraram uma maior limitação física nas atividades cotidianas, como uma maior prevalência de dificuldades emocionais¹².

Estima-se que 20% das mulheres e 10% dos homens desenvolvam quadros depressivos ao longo da sua vida. Nesse sentido, pesquisa realizada na cidade de Campinas, São Paulo, com 367 mulheres mostrou taxas de depressão no climatério ao redor de 58,9%¹³.

A maior prevalência de depressão no climatério tem sido associada ao declínio da secreção de estradiol que caracteriza essa fase, reduzindo a síntese de endorfinas cerebrais e interferindo no humor¹⁴. Já outros estudos asso-

ciam a maior labilidade do humor no climatério à severidade das ondas de calor nessa fase, visto estas interferirem na qualidade do sono e até nas atividades sociais⁶. Nesse sentido, pesquisa norte-americana envolvendo 581 mulheres de meia idade demonstrou uma associação significativa entre o nível de depressão e a intensidade da sintomatologia climatérica¹⁵.

Para outros autores, a maior tendência à depressão no climatério seria dependente da atitude da mulher frente à menopausa e o processo de envelhecimento. Nas culturas ocidentais, a beleza física, a juventude e a maternidade são elementos de valorização feminina, cuja perda pode resultar em tristeza e mesmo depressão.¹⁴ Além disso, o climatério transcorre normalmente com eventos importantes como a aposentadoria, a viuvez, a morte dos pais e o crescimento e independência dos filhos, situações que requerem ajustes emocionais nem sempre fáceis para a mulher, podendo gerar quadros de estresse e ansiedade que culminam em depressão¹⁶.

A relação entre a qualidade de vida no climatério com o nível de escolaridade, número de filhos e satisfação profissional tem sido também apontada pela literatura¹⁷. No presente estudo, piores escores de qualidade de vida foram inicialmente observados entre as mulheres com mais filhos, o que talvez se deva à preocupação destas com o seu bem-estar frente às dificuldades econômicas e a violência urbana ainda tão marcantes no Brasil.

As mulheres entrevistadas que não se consideraram de cor branca mostraram também a princípio uma pior qualidade de vida, achado semelhante ao obtido em estudo norte-americano envolvendo mulheres climatéricas de etnias diversas. Este revelou uma menor prevalência de sintomas entre as mulheres de etnia oriental quando comparadas às caucasianas, ao passo que entre as mulheres afro-americanas, predominaram os sintomas vasomotores e queixas relacionadas a um maior ressecamento vaginal. As mulheres hispânicas, por sua vez, referiram mais palpitações, incontinência urinária, secura vaginal e dificuldades com a memória¹⁸.

A atividade física influenciou positivamente a qualidade de vida neste estudo. O exercício físico estimula a síntese de endorfinas hipotalâmicas, estabilizando a termo-regulação hipotalâmica e aliviando as ondas de calor, ao mesmo tempo em que melhora a flexibilidade articular, contribuindo para a manutenção da massa muscular e do peso corporal, aumentando assim a auto-estima e a sensação de bem estar^{1,19}. O tabagismo, por sua vez, favoreceu a deterioração da qualidade de vida. A nicotina estimula a síntese catecolaminas, causando ansiedade e até euforia, além de acelerar a frequência cardíaca e elevar a pressão

arterial. A nicotina seria também um agente agravante da sintomatologia climatérica, à medida que estimularia a atresia folicular e interfere nas proteínas carreadoras do estradiol²⁰.

Quanto à esfera sexual, pesquisas mostram uma prevalência de disfunções sexuais ao redor de 25 a 33% entre os 35 e 59 anos, chegando a 75% após os 60 anos^{1,21}. Atrofia urogenital causa ressecamento vaginal e dispareunia, dificultando o intercuro sexual. As mudanças físicas decorrentes do processo de envelhecimento, este simbolizado pela menopausa, comprometem a auto-imagem da mulher, baixando a sua auto-estima e interferindo também negativamente na atividade sexual^{22,23}. No entanto, para as mulheres climatéricas que identificam na redução das obrigações com os filhos e com a carreira profissional uma oportunidade para um maior exercício afetivo-sexual, as repercussões na esfera sexual parecem ser menos severas²³.

Agravando a situação acima, os homens pouco conhecem sobre o climatério e as suas implicações para a saúde da mulher, além de terem lidar com as dificuldades trazidas pelo seu próprio envelhecimento²⁴. Dois aspectos do envelhecimento masculino, em particular, merecem atenção. Primeiramente, o homem de meia idade sofre uma queda progressiva dos níveis de testosterona, o que pode vir a comprometer a sua libido masculina e até potência sexual.²⁵ Além disso, após os 60 anos, a prevalência de neoplasias de próstata é significativamente maior, podendo o seu tratamento vir a interferir na sua atividade sexual masculina¹⁷.

O estado menopausal influenciou os escores de qualidade de vida neste estudo. As mulheres na peri e pós-menopausa mostraram pior qualidade de vida em relação às pré-menopausas. Na perimenopausa, isso é explicável pela maior ocorrência de distúrbios menstruais nessa fase, bem como pela apreensão frente à possibilidade de uma gestação indesejada, visto as dificuldades com a contracepção após os 40 anos²⁶.

Hoje é aceito que o processo de envelhecimento não é influenciado somente por fatores biológicos, mas também pela condição social e singularidades individuais, conforme demonstrado em nosso estudo^{1,23}. O término da vida reprodutiva e o início de envelhecimento feminino simbolizados pela menopausa tem significados diversos para a mulher, sua família e sociedade, sendo dependentes principalmente da capacidade de compreensão e reflexão das mulheres. Nessa fase não é apenas a maternidade que é colocada em questão, mas sim todos os papéis atribuídos a mulher²⁷. Um aspecto não abordado neste estudo, ainda que provavelmente presente de forma subjetiva nas res-

postas dadas pelas mulheres entrevistadas quando da aplicação do Questionário de Saúde da Mulher diz respeito à possível influência das atitudes em relação à menopausa nos os escores de qualidade de vida^{1,6}.

Levantamento envolvendo um grupo de mulheres australianas revelou uma maior prevalência de sintomas vasomotores e somáticos nos anos da transição menopausal. Nesse estudo a severidade da sintomatologia climatérica associou-se à escolaridade, à história comorbidades clínicas prévias, à prática de automedicação, ao nível de estresse, ao tabagismo, ao sedentarismo e, em especial, à manifestação de atitudes negativas acerca da menopausa²⁸. Já outro estudo envolvendo 2349 mulheres norueguesas mostrou que, com exceção da atrofia urogenital e das ondas de calor, os demais sintomas climatéricos são influenciados por fatores sociodemográficos, com destaque para as atitudes em relação à menopausa²⁹.

Nesse contexto, o grau de escolaridade influencia as atitudes das mulheres frente à menopausa, facilitando uma maior compreensão do climatério e os cuidados que essa fase demanda e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida^{9,17,30}. O fator ocupação/profissão merece aqui atenção, pois a mulher com uma atividade profissional, através da convivência diária com outras mulheres, tem mais oportunidades de trocar experiências, o que favorece a universalização das suas dúvidas, sentimentos e até sintomas, reduzindo assim os seus níveis de ansiedade¹⁶.

O presente estudo, ainda que não representativo da população brasileira, refletiu a influência dos fatores psicossociais e culturais na qualidade de vida da mulher no climatério, paralelamente à influência dos fatores biológicos relacionados ao hipoestrogenismo. Seus achados serviram para reforçar a importância de medidas como a redução do tabagismo, o tratamento de eventuais comorbidades prévias e o incentivo à atividade física regular na qualidade de vida da mulher no climatério, inclusive, como uma alternativa à terapia hormonal.

Merece destaque a influência da escolaridade nos índices de qualidade de vida no climatério. As iniciativas voltadas a levar informações às mulheres de meia idade, esclarecendo as suas implicações para a sua saúde e os cuidados necessários para promover um envelhecimento mais sadio e ativo são estratégias importantes para a sua qualidade de vida. A educação em saúde, além de contribuir para uma maior auto-cuidado, favorece uma percepção mais positiva acerca da menopausa e do processo de envelhecimento, tranquilizando a mulher e, inclusive, contribuindo para uma maior aderência a eventuais medidas terapêuticas instituídas.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. DE LORENZI D, BARACAT E, SACILOTTO B, PAFILHA JR. I: Fatores Associados à qualidade de vida na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras 2006;52:312-7
2. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro 2000
3. WILBUR J, MILLER AM, MONTGOMERY A, CHANDLER P: Sociodemographic characteristics, biological factors and symptoms reporting in midlife women. Menopause 1998;5:43-51
4. DE LORENZI D, BARACAT E: Climatério e qualidade de vida. Femina 2005;33:899-903
5. Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 2002; 288:321-233
6. DE LORENZI D, DANELON C, SACIOTO B, PADILHA JR I: Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet 2005;27:7-11
7. SILVA FILHO C, BARACAT E, CONTERNO L, HAIDAR M, FERRAZ M: Sintomas climatérios e qualidade de vida: validação do questionário da saúde da mulher. Rev Saúde Pública 2005;39:333-9
8. SANTOS RD: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose. Arq Brasil Cardiol 2001;77(supl.3):1-48
9. BOSSEMEYER R: Aspectos Gerais do Climatério. In: Fernandes CE, Melo NR, Wehba S. Climatério Feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. 1ª ed. São Paulo: Lemos 1999;p.17-33
10. ZAHAR S, ALDRIGHI J, TOSTES M, RUSSOMANO F, ZAHAR L: Avaliação da qualidade de vida na menopausa. Reprod Clim 2001;16:163-172
11. HUNTER MS: Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. Baillieres Clin Endocrinol Metab 1993;7:33-45
12. FAVARATO M, ALDRIGHI J: A mulher coronariopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. Rev Assoc Med Bras 2001;47:339-45
13. SCALCO MZ: Depressão e menopausa. Femina 2002;30:51-5
14. ARCHER JS: Relationship between estrogen, serotonin, and depression. Menopause 1999;6:71-8
15. BOSWORTH H, BASTIAN L, KUCHIBHATKA M et al: Depressive symptoms, menopausal status and climacteric symptoms in women at midlife. Psychosomatic 2001;63:603-8
16. DENNERSTEIN L, LEHERT P, GUTHRIE J: The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well being. Arch Women Ment Health 2002;5:15-22
17. DI CORRADO D, DI NUOVO S, CATALANO D, SOUATRITO R, SCIACCHITANO G, TROVATO G: Quality of life in menopause. Clin Ter 2001;152:235-240.
18. GOLD EB, STERNFELD B, KELSEY JL et al: Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. Am J Epidemiol 2000;152:463-473
19. IVARSSON T, SPETZ AC, HAMMAR M. Physical exercise and vasomotor symptoms in postmenopausal women. Maturitas 1998;2:139-146
20. NUSBAUM ML, GORDON M, NUSBAUM D, MCCARTHY MA, VASILAKIS D: Smoke alarm: a review of the clinical impact of smoking on women. Prim Care Update Ob Gyn 2000;7:207-214.
21. PEDRO A, PINTO-NETO A, COSTA-PAIVA L, OSIS M, HARDY E: Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Rev Saúde Pública 2003;37:735-742:
22. DE LORENZI DRS, SACILOTTO B: Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. Rev Assoc Med Bras 2005;52:256-260
23. FAVARATO ME, ALDRIGHI JM, FRÁGUAS JR et al: Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Reprod Clim 2000;15:199-202
24. FERNANDEZ M, GIR E, HAYASHIDA M: Sexualidade no período do climatério: situações vivenciadas pela mulher. Rev Esc Enferm USP 2005;39:129-35
25. DENNERSTEIN L, LEHERT P, GUTHRIE J: The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch. Women Ment Health 2002;5:15-22
26. KHADEMI S, COOKE MS: Comparing the attitudes of urban and rural Iranian women toward menopause. Maturitas. 2003; 46:113-121
27. MORI M, COELHO V: Women in body and soul: biopsychosocial factors in menopause. Psicol Reflex Crit 2004;17:177-187
28. DENNERSTEIN L, SMITH AM, MORSE C et al: Menopausal symptoms in Australian women. Med J Aust 1993;159:232-6
29. GROENENVELD F, BAREMAN F, BARENTSEN R, DOKTER H, DROGENDIJK A, HOES A: Relationships between attitude towards menopause, well being and medical attention among women aged 45-60 years. Maturitas. 1993;17:77-88.
30. UTIAN WH: Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. Health Qual Life Outcomes 2005;3:47



Universidade de Caxias do Sul, Brasil