



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Menopause Aid

**Estudo observacional descritivo transversal da mulher
climatérica**

Carina Alexandra Martins dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Martinez de Oliveira

Co-orientador: Prof. Doutor Pedro Araújo

Covilhã, Junho de 2011

Dedicatória

À minha avó, por ela quis ser médica.

Ao meu avô, por fazer parte das memórias mais felizes da minha infância.

Ao meu irmão, companheiro de aventuras, pelo seu apoio e enorme paciência.

*Aos meus pais, por todos os sacrifícios que fizeram, por todo o amor que sempre me deram,
porque sem eles jamais seria completa.*

“Procure viver com a mesma intensidade de uma criança. Ela não pede explicações; mergulha em cada dia como se fosse uma aventura diferente e, de noite, dorme cansada e feliz”

Paulo Coelho

Agradecimentos

À Covilhã, palco de tantas aventuras nestes 6 anos. À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior por me ter formado, não só profissionalmente, mas também no plano pessoal; por me ter ensinado a importância do rigor científico, mas também o valor do relacionamento interpessoal, tão necessário para que nunca me esqueça que irei cuidar de pessoas e não apenas de doenças, ou partes doentes de um corpo.

Ao meu orientador, Prof. Doutor José Martinez de Oliveira, por ter aceite este desafio, por ter sempre uma palavra de incentivo mesmo quando o cansaço e a desmotivação surgiram, por me ter acompanhado neste longo percurso de pesquisa e investigação sempre com um sorriso e boa disposição; por toda a sua orientação profissional e rigor científico. Ao meu co-orientador, Prof. Doutor Pedro Araújo, pelo seu empenho, pela pronta disponibilidade que sempre mostrou em atender-me e escutar as minhas ideias. O meu bem-haja aos dois.

À Unidade de Saúde Familiar “A Ribeirinha”, a todos os profissionais que dela fazem parte, por terem apoiado este projecto, pela sua compreensão e disponibilidade. Um agradecimento especial à Dra. Isabel Coelho e à Dra. Ana Rocha por toda a ajuda, orientação e entusiasmo que demonstraram perante o meu projecto. A todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo, pela receptividade e simpatia demonstradas.

À minha família, particularmente aos meus pais, que sempre acreditaram em mim, que ao longo destes 6 anos foram fonte de motivação e incentivo. Por serem para mim um exemplo de vida, de luta e persistência, de honestidade e muito amor. Ao meu irmão, por me ter ajudado quando mais precisei, por ter tido paciência perante os meus desabafos e exigências; sem ele não poderia ter concluído este trabalho.

Aos meus amigos, por me terem acompanhado e apoiado ao longo deste percurso, por me terem apoiado, por terem vivido comigo momentos que ficarão sempre gravados no meu coração.

Resumo

Objectivos: Estimar a idade média da menopausa e identificar a frequência e gravidade dos sintomas climatéricos.

Material e Métodos: Estudo observacional descritivo transversal de 69 mulheres climatéricas, com idades entre 40 e 88 anos, utentes da USF “A Ribeirinha”, entre Outubro de 2010 e Fevereiro de 2011. Para facilitar a recolha dos dados, construiu-se uma aplicação informática intitulada “Menopause Aid”, estruturada em 6 partes: dados sociodemográficos; antecedentes ginecológicos, obstétricos e menopáusicos; Score de Risco de Framingham; Menopause Rating Scale; Factores de Risco para OP; e utilização de THS. A amostra (n=69) foi subdividida em 3 classes: Pré-Menopausa (n=7), Peri-Menopausa (n=25) e Pós-Menopausa (n=28).

Resultados: A idade média da menopausa foi de 50.12 ± 3.871 . De um modo geral, os sintomas mais frequentes foram os problemas musculares e das articulações (88.0%), irritabilidade (73.3%) e esgotamento físico e mental (71.7%). Falta de ar, suores e calores foram referidos por 50% das entrevistadas. Relativamente à gravidade dos sintomas, estes foram mais severos no grupo da pós-menopausa (39.3%). Neste estudo encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a idade das mulheres e um dos seguintes: sintomas totais da escala MRS ($\rho=0.289$); sintomas somáticos ($\rho=0.258$); sintomas urogenitais ($\rho=0.388$).

Conclusão: O aumento da idade das mulheres traduz-se num aumento da frequência e gravidade dos sintomas climatéricos. Menopause Aid é um programa inovador que engloba os principais parâmetros de avaliação da saúde da mulher e permite uma recolha fácil e sistemática dos dados.

Palavras-chave

Climatério; Menopausa; Sintomas climatéricos; Menopause Rating Scale; Menopause Aid

Abstract

Purpose: To estimate the average age of menopause and to identify frequency and severity of climacteric symptoms.

Material and Methods: A cross-sectional study of 69 menopausal women, aged between 40 and 88 years was carried out at the USF "A Ribeirinha", between October 2010 and February 2011. To simplify data's collection, it was created a computer application named "Menopause Aid", structured in 6 parts: demographic data; gynecological, obstetric and menopausal antecedents; Framingham Risk Score; Menopause Rating Scale; Risk Factors for Osteoporosis; and use of HRT. The sample (n = 69) was subdivided into three classes: Pre-Menopause (n=7), Peri-menopause (n=25) and postmenopause (n=28).

Results: The average age of menopause was 50.12 ± 3871 . The most frequent symptoms were muscle and joint problems (88.0%), irritability (73.3%) and physical and mental exhaustion (71.7%). Hot flashes were reported by 50% of the women. Climacteric symptoms were more severe in the postmenopausal group (39.3%). In this study, we found a statistically significant correlation between age of women and one of the following: total score of MRS scale ($\rho = 0289$), somatic symptoms ($\rho = 0258$), and urogenital symptoms ($\rho = 0388$).

Conclusion: The increasing age of women is reflected in increased frequency and severity of symptoms. Menopause Aid is an original program that comprises the key parameters to assess the health of women, and provides an easy and systematic data's collection.

Keywords

Climacteric; Menopause; Climatérica Symptoms; Menopause Rating Scale; Menopause Aid

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Índice	viii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tabelas	x
Lista de Siglas/Abreviaturas	xi
1 Introdução	1
2 Material e Métodos	4
2.1 Participantes	4
2.2 Instrumentos e recolha dos dados	4
2.3 Análise Estatística	7
3 Resultados	8
3.1 Menopause Aid	8
3.2 Caracterização da amostra.....	14
4 Discussão	22
5 Conclusões	26
Bibliografia.....	27
Anexos	30
Anexo 1. Score de Risco de Framingham	31
Anexo 2. MRS	34
Anexo 3. Definições e classificações da TA ⁽³⁷⁾	37

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de caso-uso. Representação dos principais constituintes do programa.....	5
Figura 2. Menu principal do programa “Menopause Aid”	8
Figura 3. Ficha do Utente para recolha de dados pessoais	9
Figura 4. Principais componentes do “Episódio Clínico” e campos que integram os antecedentes ginecológicos e menopáusicos	9
Figura 5. Antecedentes obstétricos.....	10
Figura 6. Itens que fazem parte do Score de Risco de Framingham	10
Figura 7. 11 Itens que constituem a escala MRS.....	11
Figura 8. Resultado numérico e categórico da escala total e das subescalas.....	12
Figura 9. Factores de risco major e minor para OP.....	12
Figura 10. Factores de risco para OP e indicação da necessidade de requisição de osteodensitometria	13
Figura 11. THS - Princípio activo, nome comercial, dosagem, início e fim da THS, e motivo de interrupção da THS	13
Figura 12. Campo de escrita livre.....	14

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da População de estudo	15
Tabela 2. Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos	16
Tabela 3. Antecedentes Menopáusicos.....	17
Tabela 4. Factores de Risco Cardiovasculares e de OP	18
Tabela 5. Frequência dos sintomas climatéricos em mulheres com idades entre 40 e 88 anos (exclusão mulheres com menopausa induzida)	18
Tabela 6. Frequência dos sintomas climatéricos, avaliados pela escala MRS	19
Tabela 7. Gravidade dos sintomas das mulheres na Pré-Menopausa, Peri-Menopausa e Pós- Menopausa	19
Tabela 8. Associação entre a idade das mulheres e os sintomas da escala MRS.....	20
Tabela 9. Correlação entre a idade da Menopausa e um dos seguintes: tipo de parto, nº de abortos e sintomas MRS.....	21

Lista de Siglas/Abreviaturas

ARS-c	Administração Regional de Saúde do Centro, IP
AVC	Acidente Vascular Cerebral
COC	Contraceptivos orais combinados
DAMES	Decisions at Menopause Study
DAC	Doença arterial coronária
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio-padrão
EUA	Estados Unidos da América
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FR	Factores de Risco
FSH	Hormona Foliculo-Estimulante (Follicle-stimulating hormone)
HDL-c	High-density lipoprotein cholesterol
IC	Insuficiência cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
ITU	Infecção do Tracto Urinário
MRS	Menopause Rating Scale
MUSE	Museums Uniting with Schools in Education
OP	Osteoporose
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAD	Pressão Arterial Diastólica
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SEM	Standard error of the mean
SGBD	Sistema de Gestão de Bases de Dados
TA	Tensão Arterial
THS	Terapia Hormonal de Substituição
UBI	Universidade da Beira Interior
VBA	Visual Basics for Applications

1 Introdução

Ao longo da próxima década, aproximadamente 40 milhões de mulheres irão experienciar a menopausa⁽¹⁾. Este termo designa a última menstruação, confirmada após 12 meses sucessivos de amenorreia, resultante da cessação definitiva da actividade folicular ovárica⁽²⁾. Embora se baseie na observação clínica, a confirmação diagnóstica da menopausa deve ser realizada através do doseamento sérico da hormona folículo-estimulante (FSH) e do estradiol (confirmação diagnóstica: FSH > 40mUI/ml e Estradiol < 20-30 pg/ml)⁽³⁾. A menopausa fisiológica resulta do processo biológico natural de cada mulher e ocorre, habitualmente, entre os 45 e os 55 anos⁽³⁾. Por outro lado, a menopausa induzida (iatrogénica ou artificial) resulta de uma ooforectomia cirúrgica bilateral, de qualquer acção terapêutica medicamentosa ou da acção terapêutica por radiações⁽³⁾. A menopausa pode ainda ser classificada como precoce, se acontece antes dos 40 anos, ou como tardia, quando surge após os 55 anos de idade⁽³⁾. O climatério corresponde à fase do processo de envelhecimento durante a qual a mulher passa do estado reprodutivo para o não reprodutivo⁽⁴⁾. Aquele engloba os períodos da pré-menopausa (início do declínio da função ovárica até à menopausa), da peri-menopausa (engloba a pré-menopausa até um ano após a última menstruação) e da pós-menopausa (período que começa após a última menstruação)⁽³⁾.

O climatério tem duração variável de mulher para mulher, caracterizando-se por alterações hormonais que se traduzem em mudanças do ciclo menstrual e aparecimento de sintomatologia típica, sobretudo vasomotora⁽²⁾. Durante aquele período, um número significativo de mulheres experimenta múltiplos e intensos sintomas, enquanto outras vivenciam apenas perturbações mínimas ou nem sequer apresentam qualquer tipo de queixa². De acordo com Grady D., 65% das mulheres experencia sintomas vasomotores, sendo os mais frequentes os afrontamentos; 30% refere sintomas vaginais, entre os quais dispareunia, atrofia vaginal e desconforto⁽⁵⁾. O estudo de Medeiros S. *et al* conclui que cerca de 40% das mulheres climatéricas apresenta sintomas psicológicos tais como depressão, melancolia e insónia⁽⁶⁾.

Entre as consequências a longo prazo das alterações hormonais, características da menopausa, encontram-se a Osteoporose (OP) e as Doenças Cardiovasculares (DCV). A OP é reconhecida como um importante problema de saúde pública a nível mundial, afectando mais de 75 milhões de pessoas na Europa, Japão e Estados Unidos da América; anualmente, causa 2.3 milhões de fracturas na Europa e Estados Unidos da América (EUA)⁽⁷⁾. A OP é uma doença esquelética sistémica, que se caracteriza pela deterioração da micro-arquitectura óssea e leva ao aumento da sua fragilidade⁽⁸⁾. A menopausa é o principal factor de risco para a perda óssea nas mulheres em idade adulta tardia⁽⁸⁾. O pico de massa óssea é atingido na terceira década de vida e a perda daquela inicia-se após os 40 anos, acentuando-se cerca de 1,5 anos antes da última menstruação⁽⁸⁾. A taxa de reabsorção aumenta para 2-3% após a menopausa e mantém-se constante durante aproximadamente 8-10 anos, resultando numa perda de massa

óssea total que pode atingir os 40% nos casos mais graves⁽²⁾. Caracteristicamente, a OP é referida como uma doença silenciosa, já que a perda óssea ocorre frequentemente sem sintomas evidentes daquela condição⁽⁹⁾. A OP tem vindo a ganhar importância pela gravidade dos seus efeitos, nomeadamente fracturas osteoporóticas que acarretam elevada morbidade e mortalidade, para além de todos os custos directos e indirectos relacionados com o tratamento⁽¹⁰⁾. Um estudo de Demir B. et al revelou que aproximadamente 40 % das mulheres na pós-menopausa têm osteopenia [o valor da Densidade Mineral óssea (DMO) situa-se entre -1 e -2,5 desvios-padrão em relação à normalidade] e aproximadamente 16% desenvolvem OP (valor da DMO está abaixo de -2,5 desvios-padrão da normalidade)⁽⁸⁾.

A menopausa também constitui um factor de risco para DCV uma vez que a privação de estrogénios tem um efeito deletério nas funções cardíaca, vascular e metabólica⁽¹¹⁾. Esta é a principal causa de morte nas mulheres após a menopausa e, de facto, morrem mais mulheres de doença cardíaca e Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (57%) do que das seguintes causas de morte combinadas: doenças respiratórias; cancro, incluindo o da mama; acidentes e envenenamento⁽¹²⁾. O Score de Risco de Framingham calcula a probabilidade de ocorrência de um evento cardiovascular (enfarte agudo do miocárdio, fatal e não fatal; morte súbita ou angina) nos próximos dez anos. Baseia-se em valores numéricos, positivos e negativos, a partir de zero, de acordo com o risco atribuível aos valores de idade, pressão arterial, colesterol total, HDL-c, tabagismo e diabetes mellitus⁽⁸⁾ (Anexo 1)

No final de 2007, a esperança média de vida europeia para o sexo feminino rondava os 82 anos⁽¹⁴⁾. Tal significa que uma mulher vive aproximadamente 30 anos após a menopausa. Em Portugal, o valor médio para a esperança de vida feminina é semelhante ao europeu passando, a mulher, cerca de um terço da sua vida no *status* pós menopausa⁽¹⁴⁾.

Várias ferramentas foram construídas com o objectivo de medir e avaliar os sintomas durante o climatério. Menopause Rating Scale (MRS) é uma escala destinada à avaliação da Qualidade de Vida específica da menopausa⁽¹⁵⁾. Aquela foi desenvolvida no início dos anos 90, na Alemanha, pelo “The Berlin Center for Epidemiology and Health Research”, em resposta à falta de escalas standardizadas que medissem a severidade dos sintomas relacionados com o envelhecimento e o seu impacto na qualidade de vida das mulheres⁽¹⁶⁾. De modo a estabelecer uma escala de sintomas, aplicaram-se métodos de análise factorial e estatísticos, que identificaram três dimensões independentes de sintomas/queixas: psicológica, somática e urogenital, que explicaram 59% da variância total. Isto traduz a elevada eficiência de uma escala com apenas 11 itens, quando comparada com outras escalas internacionais⁽¹⁵⁾. Inicialmente MRS foi aplicada sob a forma de entrevista e, mais tarde, sofreu uma revisão passando a um formato de questionário de preenchimento pela própria mulher. Ambas as formas de aplicação são válidas e podem ser utilizadas⁽¹⁷⁾. Aquela escala é aceite internacionalmente e já foi traduzida em vários idiomas, após adaptação linguística e cultural da mesma. A primeira tradução fez-se do original Alemão para Inglês. A versão inglesa, foi posteriormente utilizada para as traduções que se seguiriam, em Francês, Espanhol, Sueco,

Mexicano/Argentino, Português do Brasil, Turco e Indonésio, respeitando as recomendações metodológicas internacionais^(16,18,19). (Anexo2)

À luz dos conhecimentos actuais, torna-se pertinente um acompanhamento rigoroso das mulheres nesta fase das suas vidas, identificando factores de risco passíveis de tratamento que permitam diminuir a morbilidade e mortalidade associadas não só com as alterações a curto prazo (p.e. sintomas vasomotores) mas também com aquelas que surgem a médio (p.e. sintomas urogenitais) e longo prazos (p.e. OP e DCV). Poucos têm sido os estudos realizados na população portuguesa, no âmbito da menopausa e do climatério.

Este projecto de investigação incidiu sobre a mulher climatérica, com os seguintes objectivos: estimativa da idade média da menopausa; averiguação da frequência e gravidade dos sintomas associados a esta fase da vida, subdivididos nas três classes principais (Somática, Psicológica e Urogenital); relacionar a idade da menopausa com os factores sócio-demográficos, antecedentes ginecológicos e obstétricos e com os sintomas climatéricos. De modo a recolher os dados de forma mais eficaz e célere, foi desenhada e construída a aplicação informática “Menopause Aid”, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

2 Material e Métodos

2.1 Participantes

O presente trabalho consiste num estudo observacional descritivo transversal, conduzido entre Outubro de 2010 e Fevereiro de 2011⁽²⁰⁾. Foi realizado na Unidade de Saúde Familiar “A Ribeirinha”, na cidade da Guarda. A entrevista para recolha dos dados foi feita a mulheres seleccionadas aleatoriamente da sala de espera, enquanto aguardavam pela consulta com o Médico Assistente. Os critérios de inclusão consistiram em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, que deram o seu consentimento verbal para participar no estudo. Foram excluídas do mesmo, todas as mulheres com idade inferior a 40 anos e aquelas que não deram o seu consentimento verbal.

2.2 Instrumentos e recolha dos dados

De modo a facilitar a realização da entrevista e a recolha dos dados, foi construída uma aplicação informática denominada “Menopause Aid”. Para tal, recorreu-se à ajuda de um Técnico de Informática especializado em Modelagem de Dados e Lógica de Programação. A construção de “Menopause Aid” teve início em Setembro de 2010 e foi concluída em Janeiro de 2011. O programa Microsoft Access 2007 e a linguagem de programação Visual Basic for Applications (VBA) foram utilizados para criar a base de dados e a aplicação. O programa Microsoft Access 2007 corresponde a um sistema de Gestão de Bases de Dados (SGBD) para ambiente Windows⁽²¹⁾. Uma base de dados constitui um conjunto de dados relacionados de acordo com uma ou várias regras e um objectivo específico; sobre esses dados é aplicado um conjunto de acções que têm por objectivo a sua gestão e obtenção de resultados, nomeadamente a criação de fichas de inserção e consulta de dados, cálculos e estatísticas, relatórios, entre outros⁽²¹⁾. O VBA constitui uma linguagem de programação, baseada em objectos, que pode ser utilizada pelos vários componentes (programas) do Microsoft Office; foi concebido para funcionar com diferentes aplicações, de forma a potenciar a robustez das mesmas⁽²²⁾. A Figura 1. Ilustra um diagrama de Caso-Uso, que representa o modo como o utilizador interage com as funcionalidades disponibilizadas pela aplicação.

A entrevista decorreu entre os dias 31 de Janeiro de 2011 e 12 de Fevereiro de 2011, sendo estruturada em 6 partes:

- (1) Dados sociodemográficos das mulheres, que incluíram: idade, estado civil (solteira, casada, divorciada, união de facto, viúva), escolaridade (nenhuma, 4ª classe, 9º ano, 12º ano; curso médio, curso superior, outro) e profissão;

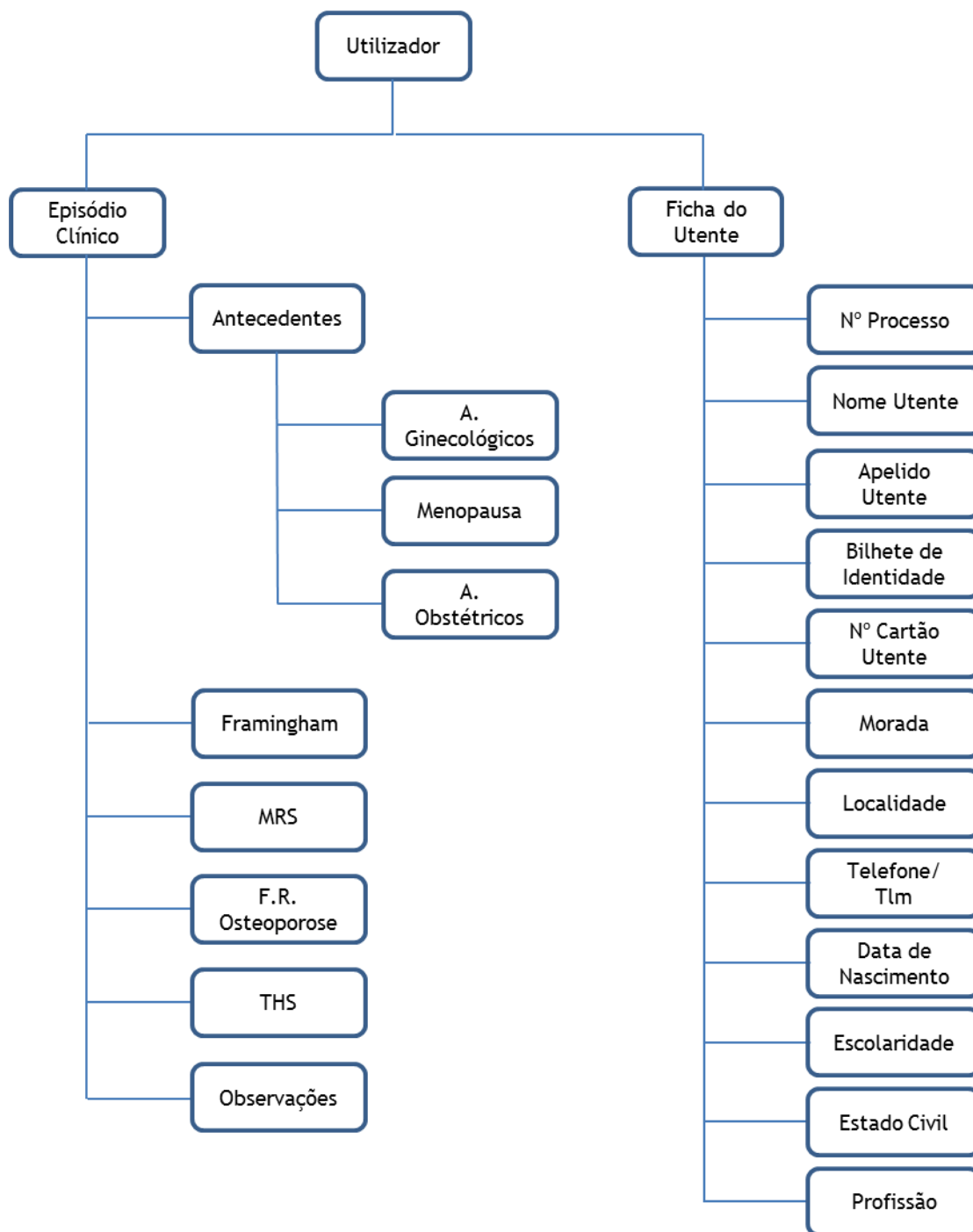


Figura 1. Diagrama de caso-uso. Representação dos principais constituintes do programa

(2) Antecedentes ginecológicos, obstétricos e menopáusicos. Os primeiros incluíram a idade da Menarca; duração dos ciclos menstruais; caracterização do fluxo menstrual (pouco abundante, normal, abundante ou muito abundante); existência ou não de dismenorria, leucorreia, dispareunia ou coitorragia; e a idade de início da actividade sexual. Os antecedentes obstétricos englobaram o número de gestações, de partos eutócicos e distócicos, de abortos e de filhos vivos; e o tipo de contraceção utilizado. Os

antecedentes menopáusicos incidiram sobre a idade da menopausa; causa da menopausa (natural ou induzida); no caso da menopausa induzida, o motivo da mesma [cirurgia com remoção de ambos os ovários com histerectomia; cirurgia com remoção de ambos os ovários sem histerectomia; falência prematura dos ovários; ablação iatrogénica da função ovárica por Quimioterapia (QT); ablação iatrogénica da função ovárica por Radioterapia (RT); outro]; e a opinião da mulher sobre a menopausa (regressão, alívio, misto, sem opinião particular sobre o assunto).

- (3) Score de risco de Framingham. Incluiu idade, valores de colesterol total, HDL-c, Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) e Tabagismo. O score de risco de Framingham é calculado automaticamente pelo programa Menopause Aid.
- (4) Escala MRS. Constituída por onze itens que avaliam os sintomas, distribuídos por três sub-escalas: (a) Somática - falta de ar, suores, calores; mal-estar do coração; problemas de sono; e problemas musculares e nas articulações (itens 1-3 e 11, respectivamente); (b) Psicológica - Estado de ânimo depressivo; irritabilidade; ansiedade; e esgotamento físico e mental (itens 4-7, respectivamente); e (c) Urogenital - Problemas sexuais; problemas de bexiga; e ressecamento vaginal (itens 8-10, respectivamente). Cada item pode ser graduado de 0 a 4 (0= nenhum; 1= pouco severo; 2= moderado; 3= severo; 4= muito severo). Para cada indivíduo o score total de cada subescala resulta da soma da pontuação de cada item da mesma. De acordo com a pontuação da subescala de sintomas somáticos, estes podem ser classificados em a) assintomáticos ou escassos (dois pontos ou menos), b) leves (3-4 pontos), c) moderados (5-8 pontos), ou d) severos (mais de 9 pontos). Os sintomas psicológicos serão igualmente classificados, de acordo com a pontuação, em a) assintomáticos ou escassos (um ponto ou menos), b) leves (2-3 pontos), c) moderados (4-6 pontos) ou d) severos (mais de 7 pontos). Por último, os sintomas urogenitais classificam-se em a) assintomáticos ou escassos (0 pontos), b) leves (1 ponto), c) moderados (2-3 pontos) ou d) severos (4 pontos ou mais). O score da escala total resulta da soma dos scores das três subescalas e os sintomas podem classificar-se em a) assintomáticos ou escassos (0-4 pontos), b) leves (5-8 pontos), c) moderados (9-15 pontos) ou d) severos (mais de 16 pontos). A classificação dos sintomas e a pontuação foram calculadas automaticamente pelo programa Menopause Aid.
- (5) Factores de risco (FR) para OP. Divididos em (a) major: idade superior a 65 anos; fractura vertebral prévia; fractura de fragilidade depois dos 40 anos; história de fractura da anca depois dos 40 anos; história de fractura da anca de um dos progenitores; terapêutica corticóide sistémica com mais de 3 meses de duração; hipogonadismo; menopausa precoce (<40 anos); e propensão para quedas aumentada; e (b) minor: artrite reumatóide; história de hipertiroidismo clínico; terapêutica crónica com anti-epilépticos; baixo aporte de cálcio; tabagismo; consumo excessivo de cafeína; consumo excessivo de bebidas alcoólicas; Índice de Massa Corporal (IMC) <19 kg/m²; perda de peso superior a 10% em relação ao indivíduo aos 25 anos; terapêutica crónica com heparina; e

imobilização prolongada. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, a presença de um factor de risco major ou de dois minor, sustenta a indicação para requisição de osteodensitometria⁽²³⁾.

(6) Utilização de THS.

2.3 Análise Estatística

Os dados estão expressos em média \pm erro padrão, valor mínimo, valor máximo e em percentagem.

Neste estudo, as correlações foram obtidas pelo Coeficiente de Correlação de Pearson⁽²⁴⁾, uma vez que a amostra é superior a 30 e justifica uma análise paramétrica. O valor da correlação é definido como ρ , [$\rho = 1$ (Correlação perfeita positiva entre as duas variáveis); $\rho = -1$ (Correlação perfeita negativa entre as duas variáveis); $\rho = 0$ (As duas variáveis não dependem linearmente uma da outra)] e, se o seu resultado, em módulo, se situar entre 0 e 0.30, existe uma correlação fraca; entre 0.30 e 0.70, existe uma correlação moderada; e se for superior a 0.70, existe uma correlação forte⁽²⁴⁾.

3 Resultados

3.1 Menopause Aid

Quando acede ao programa “Menopause Aid”, o utilizador depara-se com dois campos principais: 1) “Ficha do Utente” (Figuras 2 e 3), que permite a recolha de dados sociodemográficos, e 2) “Episódio Clínico” (Figura 2) para recolha dos dados relativos à saúde da mulher.



Figura 2. Menu principal do programa “Menopause Aid”

Na Figura 4 visualizam-se os 6 componentes principais do menu “Episódio clínico”: Antecedentes, Score de Risco de Framingham, MRS, FR para OP, THS e Observações da Consulta.

Os Antecedentes estão subdivididos em Antecedentes Ginecológicos, Menopáusicos e Obstétricos, tal como mostram as figuras 4 e 5.

A Figura 6 ilustra o Score de Risco de Framingham. Após preenchimento dos campos relativos à idade, colesterol total, HDL-c, PAS/PAD, DM e Tabagismo, o programa calcula automaticamente o risco de DAC em 10 anos.

MenopauseAID - Ficha de Paciente

Ficha de Paciente

Número do Processo: 20

Nome do Utente: Erminda

Apelido do Utente: Rodrigues

Bilhete de Identidade: [] Cartão Utente: []

Morada: []

Localidade: [] []

Telefone Fixo: [] Telemóvel: []

Data de Nascimento: 04/Mai/31 Escolaridade: Outro

Estado Cívil: Casada Profissão: Agricultura

Guardar Anular Registo

Figura 3. Ficha do Utente para recolha de dados pessoais

MenopauseAID - Episódio Clínico

Processo: [] Paciente: [] Cartão Utente: []

Data Abertura: [] Data Fecho: [] ano(s) e mês(meses)

Imprimir Pré-visualizar relatório

Antecedentes Framingham Menopause Rating Scale Osteoporose THS Observações Consulta

Antecedentes Ginecológicos

Menarca (Anos): [] Ciclos: [] Fluxo: []

Dismenorreia: [] Leucorreia: [] Dispareunia: [] Coitorrogia: []

Início Vida Sexual (anos): []

Menopausa

Idade (anos): 0 Precoce

Causa: Natural

Encara Menopausa: []

Antecedentes Obstétricos

Gestações: [] Partos Eutóxicos: []

Figura 4. Principais componentes do “Episódio Clínico” e campos que integram os antecedentes ginecológicos e menopáusicos

MenopauseAID - Episódio Clínico

Processo: 14 Paciente: Maria Pires Cartão Utente: []

Data Abertura: 09-Mar-11 Data Fecho: [] 64 ano(s)

Imprimir Pré-visualizar relatório

Antecedentes Framingham Menopause Rating Scale Osteoporose THS Observações Consulta

Idade (anos): 52 Normal

Causa: Natural

Encara Menopausa: Alívio

Antecedentes Obstétricos

Gestações	3	Partos Eutócicos	3
Partos Distócicos	0	Abortos	0
Número de Filhos Vivos	3		

Contraceção: Nenhuma

Figura 5. Antecedentes obstétricos

MenopauseAID - Episódio Clínico

Processo: 14 Paciente: Maria Pires Cartão Utente: []

Data Abertura: 09-Mar-11 Data Fecho: [] 64 ano(s)

Imprimir Pré-visualizar relatório

Antecedentes Framingham Menopause Rating Scale Osteoporose THS Observações Consulta

Data Registo	Idade	Colesterol Total	HDL-C	PAS - PAD	Diabetes	Tabaco	Risco de DAC em 10 anos
09/Mar/11	60-64	160-199	45-49	130-139	Sim	Não	15,00%

Novo Registo Editar Registo

Figura 6. Itens que fazem parte do Score de Risco de Framingham

Após o preenchimento dos 11 itens que fazem parte da escala MRS, obtém-se automaticamente o resultado numérico e categórico da escala total e das respectivas subescalas (Figuras 7 e 8).

Na figura 9 encontram-se os factores de risco para OP. Após selecção dos factores, o programa indica automaticamente se existe, ou não, necessidade de realização de osteodensitometria, de acordo com os critérios da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (figura 10).

	Nenhum	Pouco Severo	Moderado	Severo	Muito Severo	
Ponto 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severo
Ponto 02	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco Severo
Ponto 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moderado
Ponto 04	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum
Ponto 05	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco Severo
Ponto 06	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pouco Severo
Ponto 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Muito Severo
Ponto 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severo
Ponto 09	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum
Ponto 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severo
Ponto 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Severo

1. Falta de ar, suores, calores	5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)	9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)	6. Ansiedade (impaciência, pânico)	10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)
3. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar cedo)	7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)	11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)
4. Estado de ânimo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)	8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)	

Figura 7. 11 Itens que constituem a escala MRS

No menu relativo à THS, é possível inserir dados relativos ao princípio activo, nome comercial, dosagem, data de início e fim da THS, e motivo pelo qual a THS foi interrompida (figura 11).

No programa pode ainda encontrar-se um campo para escrita livre, onde podem ser inseridos outros dados que se considerem relevantes (figura 12). É ainda possível imprimir um relatório de todos os dados inseridos no episódio clínico.

Menopause Aid é constituído por campos de escolha múltipla e escrita livre, ambos de preenchimento simples e rápido.

The screenshot shows the 'MenopauseAID - Episódio Clínico' window. At the top, there are input fields for 'Processo' (14), 'Paciente' (Maria Pires), 'Data Abertura' (09-Mar-11), and 'Data Fecho' (64 ano(s)). Below these are buttons for 'Imprimir' and 'Pré-visualizar relatório'. A navigation bar includes 'Antecedentes', 'Framingham', 'Menopause Rating Scale', 'Osteoporose', 'THS', and 'Observações Consulta'. The main area contains a table with the following data:

Data	Sintomas Totais	Sintomas Somáticos	Sintomas Psicológicos	Sintomas Urogenitais
09/Mar/11	Severa (21)	Moderada (9)	Leve (6)	Leve (6)

At the bottom of the window are buttons for 'Novo Registo', 'Editar Registo', and 'Informação'.

Figura 8. Resultado numérico e categórico da escala total e das subescalas

The screenshot shows the 'MenopauseAID - Consulta Osteoporose' window. It is divided into two columns: 'Factores Risco Major' and 'Factores Risco Minor'. Each column contains a list of risk factors with checkboxes. The 'Factores Risco Major' list includes: Idade Superior a 65, Fractura Vertebral Prévia, Fractura de fragilidade depois dos 40 anos, História de fractura na anca de um dos progenitores, Terapêutica Corticóide Sistémica com mais de 3 meses de duração, Hipogonadismo, Menopausa Precoce (<40 anos), Hiperparatiroidismo Primário, and Propensão Quedas Aumentada. The 'Factores Risco Minor' list includes: Artrite Reumatóide, História de Hipertidoidismo Clínico, Terapêutica Crónica com Anti-Epilécticos, Baixo Aporte Cálcio, Tabagismo, Consumo Excessivo Cafeína (> 2 chávenas por dia), Consumo Excessivo Bebidas Alcoólicas, Índice de Massa Corporal (IMC) Menor do que 19kg/m2, Perda de Peso Superior a 10% em relação ao indivíduo aos 25 anos, Terapêutica Crónica Heparina, and Imobilização Prolongada. At the bottom are buttons for 'Guardar' and 'Apagar Registo'.

Figura 9. Factores de risco major e minor para OP

The screenshot shows the 'MenopauseAID - Episódio Clínico' window. At the top, there are fields for 'Processo' (12), 'Paciente' (Maria), 'Pinhanços', and 'Cartão Utente'. Below these are 'Data Abertura' (09-Mar-11) and 'Data Fecho' (65 ano(s)). There are buttons for 'Imprimir' and 'Pré-visualizar relatório'. A tabbed interface includes 'Antecedentes', 'Framingham', 'Menopause Rating Scale', 'Osteoporose', 'THS', and 'Observações Consulta'. The 'Osteoporose' tab is active, displaying a table with the following data:

Data Consulta	Factores Risco Major	Factores Risco Minor	Indicação para Requisição de Osteodensitometria
09/Mar/11		Baixo Aporte Cálcio	Não

At the bottom of the window are buttons for 'Novo Registo', 'Editar Registo', and 'Informação'.

Figura 10. Factores de risco para OP e indicação da necessidade de requisição de osteodensitometria

The screenshot shows the 'MenopauseAID - THS' window. It contains a form with the following fields: 'Princípio Activo' (a dropdown menu), 'Nome Comercial', 'Dosagem', 'Início' (with a date picker), 'Fim' (with a date picker), and 'Motivo' (a text area). At the bottom of the form are buttons for 'Guardar' and 'Apagar'. The background window shows patient information for 'Ermelinda Ferreira' and 'Cartão Utente'.

Figura 11. THS - Princípio activo, nome comercial, dosagem, início e fim da THS, e motivo de interrupção da THS

The image shows a screenshot of a software application window titled "MenopauseAID - Episódio Clínico". The window contains a form with several fields: "data" (09-Mai-11), "codigo" (Novo), and "codigoprocesso" (28). A modal window titled "subEpisodioClinicoObservacoesAdicionar" is open, showing a large text area labeled "observacoes" for free text entry. Below the text area are buttons for "Guardar" and "Apagar Registo". The main window also has buttons for "Novo Registo" and "Editar Registo".

Figura 12. Campo de escrita livre

3.2 Caracterização da amostra

Sessenta e nove mulheres aceitaram participar no estudo. A idade média daquelas foi de 57.41 ± 1.469 , com idade mínima de 40 e máxima de 88 anos. Tal como indica a tabela 1, a maior parte das mulheres era casada (76.8%), com escolaridade igual ou inferior à 4ª classe (47.8%), e encontrava-se no exercício de uma profissão (58.0%).

A tabela 2 mostra os principais antecedentes ginecológicos e obstétricos das participantes deste estudo. No que diz respeito aos antecedentes ginecológicos, a idade média da Menarca foi de 12.67 anos, os ciclos menstruais tiveram duração aproximada de 28 dias, com fluxo predominantemente normal (58%). A maior parte das mulheres referiu história de dismenorreia (63.8%) e negou antecedentes de leucorreia (72.5%), de dispareunia (82.6%) e de coitorragia (98.6%). Relativamente aos antecedentes obstétricos, cada mulher teve, em média, 2.43 gestações, 1.81 partos eutócicos, 0.15 partos distócicos, 0.34 abortos, e 1.99 filhos vivos. A maioria das mulheres deste estudo não utilizou qualquer tipo de método contraceptivo ao longo da sua vida reprodutiva (56.5%); entre as que utilizaram, os contraceptivos orais combinados foram o método de eleição (27.5%).

Na tabela 3, encontram-se os antecedentes menopáusicos da população em estudo. Aproximadamente 61.0% das mulheres encontravam-se na menopausa. Dentre estas, a maioria experienciou Menopausa natural (78.6%). A idade média da menopausa de causa natural foi de 50.12 anos, superior à da menopausa de causa induzida que foi de 46.67 anos. A principal causa de Menopausa Induzida foi cirurgia com remoção de ambos os ovários com histerectomia (88.9%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da População de estudo

Características	Total (n=69)	%
Idade (anos), média (IC 95%) \pm SEM (Mín-Máx)	57.41 \pm 1.469	(40-88)
Estado civil		
Solteira	3	4.4
Casada	53	76.8
Viúva	6	8.7
Divorciada	6	8.7
União de facto	1	1.5
Escolaridade		
\leq 4ª classe	33	47.8
9º ano	13	18.8
12º ano	6	8.7
Curso Superior	17	24.6
Profissão		
Empregada	40	58.0
Doméstica	19	27.5
Reformada	10	14.5

Relativamente à opinião das mulheres sobre a menopausa, a maioria não exibiu opinião particular sobre o assunto (51.5%); 27.3% das mulheres referiram alívio relativo à cessação dos ciclos menstruais.

A tabela 4 contém factores de risco cardiovasculares e factores de risco para OP. Em relação aos primeiros, 5.8% das mulheres entrevistadas eram diabéticas e 7.2% fumadoras. No que diz respeito à PAS/PAD, a maior percentagem de mulheres apresentou TA nas categorias óptima ou normal alta (30.4% em ambas). (Anexo 3). Não foi possível calcular o risco de DAC, tal como inicialmente previsto, uma vez que a grande maioria das entrevistadas não sabia os seus valores de colesterol total e HDL-c. Quanto aos factores de risco para OP, os mais prevalentes foram a idade superior a 65 anos, o baixo aporte de cálcio e o consumo excessivo de cafeína (21.7; 18.8 e 14.5; respectivamente). 33.0% das mulheres tinham indicação para realização de osteodensitometria, com base nos factores de risco.

Tabela 2. Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos

Características	Média ± SEM (Mín-Máx)
Antecedentes Ginecológicos	12.67 ± 0.211 (9-19)
Idade da Menarca (n=69)	
Duração ciclos (dias)*	28.13 ± 0.115 (24-30)
Tipo de fluxo - n (%)	
Normal	40 (58.0)
Pouco Abundante	6 (8.7)
Abundante	6 (8.7)
Muito Abundante	17 (24.6)
História de Dismenorreia - n (%)	
Sim	44 (63.8)
Não	25 (36.2)
História de Leucorreia - n (%)	
Sim	19 (27.5)
Não	50 (72.5)
História de Dispareunia - n (%)	
Sim	11 (15.9)
Não	57 (82.6)
História de Coitorragia - n (%)	
Sim	0 (0)
Não	68 (98.6)
NA	1 (1.4)
Início da Actividade Sexual	21.88 ± 0.519 (16-40)
Antecedentes Obstétricos	
Paridade	2.43 ± 0.193 (0-9)
Nulíparas - n (%)	5 (7.2)
Primíparas - n(%)	13(18.8)
Multíparas - n(%)	51 (73.9)
Nº Partos Eutócicos	1.81 ± 0.195 (0-1)
Nº Partos Distócicos	0.15 ± 0.043 (0-1)
Nº Abortos	0.34 ± 0.080 (0-3)
Nº filhos vivos	1.99 ± 0.168 (0-9)
Contracepção - n (%)	
Nenhuma	39 (56.5)
Preservativo	5 (7.2)
COC	19 (27.5)
DIU	6 (8.7)

* n = 60 (exclusão das mulheres com ciclos irregulares)

A tabela 5 mostra a frequência dos sintomas menopáusicos avaliados pela escala MRS. Os quatro sintomas mais frequentes para todas as mulheres (n=61) foram: problemas musculares e das articulações (88.0%); irritabilidade (73.3%); esgotamento físico e mental (71.7%) e ansiedade (70.0%). A falta de ar, suores e calores tiveram uma frequência de 50.0%.

Tabela 3. Antecedentes Menopáusicos

Características	n	%
Menopausa		
Sim	42	60.9
Não	27	39.1
Idade Menopausa: média ± DP (Mín-Máx)		
Causa Natural	50.12 ± 3.871 (40-55)	
Causa Induzida	46.67 ± 4.359 (39-52)	
Causa Menopausa (n=42)		
Natural	33	78.6
Induzida	9	21.4
Cirurgia com remoção de ambos os ovários com hysterectomia	8	88.9
Cirurgia com remoção de ambos os ovários sem hysterectomia	0	0
Falência Prematura dos Ovários	0	0
Ablação latrogénica da função ovárica por QT	0	0
Ablação latrogénica da função ovárica por RT	1	11.1
Opinião sobre a Menopausa (mulheres que tiveram Menopausa Natural)		
Sem opinião particular sobre o assunto	17	51.5
Regressão	5	15.2
Alívio	9	27.3
Misto	2	6.1
THS (n=42)		
Sim	9	21.4
Não	33	78.6

Baseada na idade média da menopausa de causa natural (50.12 ± 3.871), dividiu-se a amostra (excluindo as mulheres que tiveram menopausa de causa induzida) em 3 classes: Pré-Menopausa (mulheres com idades compreendidas entre 40 e 45 anos), Peri-Menopausa (idades compreendidas entre 46 e 54 anos) e Pós-Menopausa (idades compreendidas entre 55 e 88 anos)⁽²⁵⁾. A tabela 6 mostra a frequência dos sintomas climatéricos, avaliados pela escala MRS (exclusão das mulheres com menopausa induzida), de acordo com a divisão nas classes supra-citadas. Os sintomas de falta de ar, suor e calores; estado de ânimo depressivo; ansiedade; e esgotamento físico e mental, foram mais frequentes entre as mulheres no grupo da peri-menopausa (56.0%, 68.0%, 76.0% e 80.0%, respectivamente), quando comparados com o grupo da pré-menopausa (28.6%, 14.3%, 57.1% e 42.9%, respectivamente) e da pós-menopausa (50.0%, 35.7%, 67.9% e 71.4%, respectivamente). Os sintomas mal-estar do coração; problemas de sono; problemas musculares e das articulações; irritabilidade; problemas sexuais; e ressecamento vaginal, foram mais frequentes no grupo da pós-menopausa (50.0%, 67.9%, 89.3%, 78.6% e 78.6%, respectivamente) do que nos grupos da pré-menopausa (28.6%, 14.3%, 71.4%, 57.1%, 28.6% e 28.6%, respectivamente) e da peri-menopausa (32.0%, 56.0%, 72.0%, 72.0%, 52.0% e 48.0%, respectivamente).

A tabela 7 explicita a gravidade dos sintomas medidos através da escala MRS, de acordo com os grupos Pré-menopausa, Peri-Menopausa e Pós-menopausa. De um modo geral, a gravidade dos sintomas aumenta do grupo da Pré-Menopausa para o da Pós-Menopausa.

Tabela 4. Factores de Risco Cardiovasculares e de OP

Características	n	%
F.R. cardiovasculares (n=62)		
Diabetes Mellitus	4	5.8
Sim	58	84.1
Não		
Tabagismo	5	7.2
Sim	57	82.6
Não		
PAS/PAD		
<120/<80	21	30.4
120-129/80-84	15	21.7
130-139/85-89	21	30.4
140-159/90-99	4	5.8
>160/>100	1	1.4
F.R. Osteoporose		
Factores de Risco Major		
Idade > 65 anos	15	21.7
Fractura Vertebral prévia	2	2.9
Fractura de Fragilidade depois dos 40 anos	-	-
Terapêutica Corticóide Sistémica > 3 meses	-	-
Hipogonadismo	-	-
Menopausa precoce (<40 anos)	1	1.4
Hiperparatiroidismo primário	-	-
Propensão quedas aumentada	1	1.4
Factores de risco minor		
Artrite Reumatóide	-	-
História de Hipertiroidismo Clínico	-	-
Terapêutica crónica com anti-epilépticos	-	-
Baixo aporte de cálcio	13	18.8
Tabagismo	5	7.2
Consumo excessivo de cafeína (> 2 chávenas/dia)	10	14.5
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas	1	1.4
IMC < 19 Kg/m ²	-	-
Perda de peso superior a 10 % em relação ao indivíduo de 25 anos	-	-
Terapêutica crónica com heparina	-	-
Imobilização prolongada	1	1.4
Indicação para realização de Osteodensitometria		
Sim	23	33.3
Não	46	66.7

Tabela 5. Frequência dos sintomas climatéricos em mulheres com idades entre 40 e 88 anos (exclusão mulheres com menopausa induzida)

Sintomas Menopáusicos	n = 60	%
1. Problemas musculares e das articulações	48	88.0
2. Irritabilidade	44	73.3
3. Esgotamento físico e mental	44	71.7
4. Ansiedade	42	70.0
5. Problemas sexuais	36	60.0
6. Ressecamento vaginal	36	60.0
7. Problemas de sono	31	51.7
8. Falta de ar, suores, calores	30	50.0
9. Mal estar do coração	24	40.0
10. Estado de ânimo depressivo	28	46.7
11. Problemas de bexiga	22	36,7

Tabela 6. Frequência dos sintomas climatéricos, avaliados pela escala MRS

Sub-escala e sintomas	Total n= 60	Pré- Menopausa n=7	Peri- Menopausa n= 25	Pós- Menopausa n=28
Somáticos				
1. Falta de ar, suores, calores	30 (50.0)	2 (28.6)	14 (56.0)	14 (50.0)
2. Mal estar do coração	24 (40.0)	2 (28.6)	8 (32.0)	14 (50.0)
3. Problemas de sono	31 (51.7)	1 (14.3)	14 (56.0)	19 (67.9)
11. Problemas musculares e das articulações	48 (88.0)	5 (71.4)	18 (72.0)	25 (89.3)
Psicológicos				
4. Estado de ânimo depressivo	28 (46.7)	1 (14.3)	17 (68.0)	10 (35.7)
5. Irritabilidade	44 (73.3)	4 (57.1)	18 (72.0)	22 (78.6)
6. Ansiedade	42 (70.0)	4 (57.1)	19 (76.0)	19 (67.9)
7. Esgotamento físico e mental	44 (71.7)	3 (42.9)	20 (80.0)	20 (71.4)
Urogenitais				
8. Problemas sexuais	36 (60.0)	2 (28.6)	13 (52.0)	22 (78.6)
9. Problemas de bexiga	22 (36.7)	5 (71.4)	8 (32.0)	12 (42.9)
10. Ressecamento vaginal	36 (60.0)	2 (28.6)	12 (48.0)	22 (78.6)

^a Os dados são expressos como n (%)

Tabela 7. Gravidade dos sintomas das mulheres na Pré-Menopausa, Peri-Menopausa e Pós-Menopausa

Caraterísticas	Assint/ Escassa	Leve	Moderada	Severa
Pré-Menopausa (n=7)				
Total	3 (42.9)	1 (14.3)	3 (42.9)	-
S	6 (85.7)	1 (14.3)	-	-
P	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)	-
U	7 (100)	-	-	-
Peri-Menopausa (n= 26)				
Total	4 (16.0)	4 (16.0)	10 (40.0)	7 (28.0)
S	14 (56.0)	9 (36.0)	2 (8.0)	-
P	12 (48.0)	7 (28.0)	6 (24)	-
U	21 (84.0)	4 (16.0)	-	-
Pós Menopausa (n= 30)				
Total	3 (10.7)	3 (10.7)	11 (39.3)	11 (39.3)
S	11 (39.3)	13 (46.4)	4 (14.3)	-
P	14 (50.0)	9 (32.1)	5 (17.9)	-
U	18 (64.3)	9 (32.1)	1 (3.6)	-

No presente estudo, não se encontrou correlação significativamente estatística entre a idade da menopausa de causa natural e qualquer um dos seguintes factores: Paridade, tipo de contraceção, tabagismo e nível de escolaridade. Também não foi encontrada correlação entre os sintomas da escala MRS e os seguintes: tipo de ciclos (regulares ou irregulares), idade da menopausa de causa natural, nº de gestações, nível de escolaridade e profissão. Foi igualmente infrutífera a correlação entre o modo como a mulher percebe a menopausa e a profissão e escolaridade da mesma.

Tabela 8. Associação entre a idade das mulheres e os sintomas da escala MRS

Características	Idade das Mulheres		Dismenorreia	
	Correlação de Pearson	Sig	Correlação de Pearson	Sig
Total	0.289*	0.016	0.317	0.073
Somáticos	0.258*	0.032	0.153	0.395
Psicológicos	0.099	0.421	0.270	0.129
Urogenitais	0.388**	0.001	0.325	0.065
Falta de ar, suores, calores	- 0.203	0.094	- 0.158	0.380
Mal estar do coração	0.093	0.446	0.144	0.425
Problemas de sono	0.297*	0.013	0.104	0.563
Problemas musculares e das articulações	0.312**	0.009	0.405**	0.020
Estado de ânimo depressivo	- 0.049	0.687	0.162	0.368
Irritabilidade	0.124	0.310	0.499**	0.003
Ansiedade	- 0.019	0.310	0.206	0.249
Esgotamento físico e mental	0.138	0.257	0.144	0.528
Problemas sexuais	0.185	0.127	0.042	0.817
Problemas de bexiga	0.291*	0.015	0.275	0.121
Ressecamento vaginal	0.297*	0.013	0.091	0.615

*Correlação positiva fraca, com um nível de significância de 0.05

** Correlação positiva moderada com um nível de significância de 0.01

Tal como exposto na tabela 8, encontrou-se uma correlação positiva fraca entre a idade das mulheres e a) sintomas totais da escala de MRS ($\rho=0.289$), b) sintomas somáticos ($\rho=0.258$), c) problemas de sono ($\rho=0.297$), d) problemas de bexiga ($\rho=0.291$), e e) ressecamento vaginal ($\rho=0.297$). Encontrou-se uma correlação positiva moderada entre a idade das mulheres e a) problemas musculares e das articulações ($\rho=0.312$); e b) sintomas urogenitais ($\rho=0.388$). De igual forma, encontrou-se uma correlação positiva moderada entre a dismenorreia e a) problemas musculares e das articulações ($\rho=0.405$) e b) irritabilidade ($\rho=0.499$)

Na tabela 9 podemos verificar a existência de uma correlação negativa moderada entre a idade da menopausa e a) o número de partos distócicos ($\rho=-0.373$), e b) o número de abortos ($\rho=-0.398$). De todos os sintomas da escala MRS, os problemas de bexiga são os únicos que se correlacionam com a idade da menopausa, sendo esta uma correlação negativa moderada ($\rho=-0.333$).

Tabela 9. Correlação entre a idade da Menopausa e um dos seguintes: tipo de parto, nº de abortos e sintomas MRS

Características	Idade da Menopausa	
	Coeficiente de Correlação de Pearson	Sig. (valor)
Partos eutócicos	0.111	0.482
Partos Distócicos	- 0.373	0.015
Abortos	- 0.398	0.009
MRS - Problemas de bexiga*	- 0.333	0.031

* Único sintoma da escala MRS com correlação

4 Discussão

No presente estudo, a idade média da menarca foi de 12.67 ± 0.211 anos. O estudo DAMES, realizado em Espanha, obteve idade semelhante, cujo valor foi de 12.6 anos⁽²⁶⁾. A idade média da menarca na Europa Ocidental (12.58 anos) foi ligeiramente superior à obtida neste trabalho⁽²⁷⁾, à semelhança do que se verificou nos EUA, cuja média foi de 13.2 anos⁽²⁶⁾. O projecto MUSE, que englobou dados de 67 países de todo o Mundo, encontrou uma idade média de 13.53 ± 0.98 anos, superior em quase um ano à obtida neste projecto de investigação⁽²⁸⁾.

A idade média da menopausa de causa natural foi de $50.12 \pm 3,871$ anos. O resultado obtido, neste estudo, ficou abaixo do valor médio nas populações espanhola (51.7 anos⁽²⁶⁾), francesa (52.0 anos⁽²⁸⁾) e americana (52.6 anos⁽²⁶⁾). No projecto MUSE, a idade média encontrada foi de 49.24 ± 1.73 anos, inferior à deste estudo⁽²⁸⁾. É de assinalar que o valor obtido, neste estudo, se situa dentro do intervalo médio considerado na Europa (50.1- 52.8 anos)⁽²⁹⁾.

Relativamente à menopausa de causa induzida, a idade encontrada neste trabalho foi de 46.67 ± 4.359 anos. A principal causa foi cirurgia com remoção de ambos os ovários com histerectomia (88.9%), estando de acordo com outros estudos que também apontam esta causa como a principal⁽³⁰⁾. A idade obtida foi superior à relatada em estudos realizados noutros países, tais como, EUA (40.4 ± 0.6)⁽³¹⁾ e Índia (42.3 ± 5.3)⁽³¹⁾.

Os sintomas climatéricos mais frequentes foram os somáticos e os psicológicos. Contudo, na literatura, os sintomas descritos como os mais representativos têm sido os somáticos e urogenitais⁽¹⁵⁾. Actualmente, sabe-se que os sintomas reportados pelas mulheres variam entre culturas. Por exemplo, num estudo com mulheres Japonesas, foram descritas baixas percentagens de ânimo depressivo (2.3%-6.9%) e de irritabilidade (10.8 - 12.2%)⁽³²⁾; outro estudo demonstrou que as frequências de ânimo depressivo e falta de ar, suores e calores foram significativamente menores nas mulheres Japonesas do que nas Americanas e Canadianas⁽³²⁾. Tais variações entre culturas podem reflectir, entre outros, 1) as crenças e expectativas em torno da menopausa, envelhecimento e papel da mulher na sociedade, 2) sensibilidade para sintomas específicos, 3) biologia, dieta e comportamentos de saúde, ou 4) estado hormonal (pré-, peri-, ou pós-menopausa)⁽³²⁾.

Sintomas Somáticos. Os problemas musculares e das articulações tiveram uma frequência de 88%, sendo este valor ligeiramente superior ao encontrado num estudo realizado em mulheres da Malásia, cuja frequência foi de 80.1%⁽¹⁷⁾. No entanto, outro estudo que decorreu na Colômbia, encontrou frequências de 43.5% entre mulheres não-Afro-Colombianas e de 77.1% entre mulheres Afro-colombianas, sugerindo variação racial dos sintomas⁽³³⁾. Embora diversos estudos afirmem que os sintomas de falta de ar, suores, calores são os sintomas climatéricos mais frequentes⁽³⁴⁾, tal não se verificou neste estudo, onde ocupam o 8º lugar por ordem de

frequência (50.0%). No entanto, a sua frequência faz parte do intervalo descrito noutros estudos (41.6% a 65.5%).^(17,33,35). Relativamente ao sintoma de mal-estar do coração, a sua frequência foi superior à encontrada na literatura: 40% versus 9.0%, 18.3%, 26.8% e 28.4%^(17,33,35). A frequência de problemas de sono em diferentes estudos, variou entre 45.6%⁽¹⁵⁾ e 60.5%⁽³³⁾. Os valores encontrados neste estudo (51.7%), incluem-se naquele intervalo. As queixas comuns de problemas de sono entre as mulheres entrevistadas podem estar relacionadas com a ocorrência de sintomas vasomotores e com estados de maior irritabilidade. Foram feitas pesquisas relativamente ao climatério e à qualidade do sono, revelando discordâncias entre esta qualidade percebida pela mulher e os exames polissonográficos⁽³⁵⁾. Esta discordância foi explicada pela maior prevalência de sintomas somáticos e psicológicos que poderiam distorcer a percepção da mulher sobre o sono⁽³⁵⁾.

Sintomas psicológicos. A frequência de irritabilidade foi de 73.3 %, bastante superior aos valores encontrados noutros estudos, nos quais as frequências foram de 29.2 %⁽³³⁾, 31.6 %⁽¹⁵⁾, 37.9 %⁽¹⁷⁾ e 63.7%⁽³³⁾. Contudo, numa população de mulheres brasileiras, a frequência de irritabilidade foi de 87.1%⁽³⁵⁾. As frequências relativas ao esgotamento físico e mental também foram superiores neste estudo (71.7% versus 47.2%⁽³³⁾, 58.2%⁽³⁵⁾, 67.1%⁽¹⁷⁾ e 64.7%⁽³³⁾). De igual modo, a frequência de ansiedade foi superior à de outros estudos (70.0% versus 25.2% e 64.2 %^(17,33,35)). A frequência do estado de ânimo depressivo foi de 46.7% valor dentro do intervalo exposto noutros estudos (32.6% a 74.6%)^(17,15). A elevada frequência de irritabilidade, esgotamento físico e mental, e ansiedade entre as mulheres, merece atenção. Vários estudos consideram que este achado pode estar relacionado com a tendência das mulheres para atribuírem à menopausa, tanto os sintomas relacionados com a carência estrogénica, quanto as queixas físicas ou emocionais decorrentes de estados mórbidos prévios⁽³⁵⁾. Por outro lado nas culturas ocidentais, a perda de elementos de valorização da mulher na fase climatérica, tais como, beleza física, juventude e maternidade, pode favorecer sentimentos de desvalorização, tristeza e até depressão⁽³⁶⁾. A percepção do envelhecimento e a intensificação dos sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, aliados a eventos comuns naquela fase, como o crescimento dos filhos, a reforma ou a morte do cônjuge, implicam ajustes emocionais e mudanças do estilo de vida, por vezes difíceis para a mulher⁽³⁶⁾.

Sintomas urogenitais. Neste estudo, os problemas sexuais e o ressecamento vaginal tiveram igual frequência (60.0%), encontrando-se esta acima do valor obtido noutras investigações para os problemas sexuais, que variaram entre (14.3% a 30.9 % para os problemas sexuais^(17,32,33) e 15.4% a 37.9% para o ressecamento vaginal^(17,33,36)). Na literatura, a frequência de problemas de bexiga variou entre 13.8% e 24.9%^(17,33). Neste estudo, aquela foi de 36.7%. Durante o climatério, deve-se dar particular atenção à temática da sexualidade, uma vez que esta é considerada um dos pilares da qualidade de vida⁽³⁶⁾. Estudos demonstram que 25.0% a 33.0% das mulheres entre os 35 a 59 anos apresentam disfunções sexuais, podendo estes valores chegar aos 75.0% entre os 60 a 65 anos⁽³⁶⁾. Para além da atrofia urogenital que ocorre nesta fase, a mulher climatérica tem que lidar com as mudanças físicas

decorrentes do envelhecimento simbolizado pela menopausa, e que podem comprometer a sua percepção da auto-imagem corporal, diminuindo a auto-estima e interferindo negativamente na libido⁽³⁶⁾. Por outro lado, o facto de o sexo masculino deter um conhecimento diminuto acerca das mudanças que caracterizam o climatério e das suas implicações na saúde da mulher, leva a que aquele tenha dificuldade em compreender a mulher nesta etapa da vida⁽³⁶⁾. Adicionalmente, após os 50 anos, o homem sofre um declínio natural dos níveis de testosterona, o que pode comprometer a sua libido e potência sexual e interferir com a sexualidade da sua companheira⁽³⁶⁾.

Estado hormonal (pré-, peri- e pós-menopausa) e gravidade dos sintomas. Neste estudo, a frequência de sintomas somáticos foi maior nas mulheres do grupo pós-menopausa. A gravidade dos sintomas aumentou da pré-menopausa para a peri-menopausa, e desta para a pós-menopausa. Para além disso, encontrou-se uma correlação fraca positiva entre os sintomas somáticos e a idade da mulher, ou seja, a frequência daqueles aumenta com o aumento da idade da mulher. Vários estudos^(35,36) têm relacionado estes achados com a diminuição progressiva das hormonas esteróides ováricas, principalmente estrogénios, que têm sido associados à regulação térmica podendo explicar os sintomas vasomotores aumentados nas mulheres pós-menopáusicas. As mulheres do grupo pós-menopausa experienciaram maior frequência de sintomas urogenitais. No presente trabalho também foi encontrada uma correlação positiva moderada entre os sintomas urogenitais e a idade da mulher. Os estrogénios exercem um efeito positivo sobre o sistema urogenital, o qual possui receptores para esta hormona⁽¹⁵⁾. Quando os níveis de estrogénios diminuem, ocorre atrofia do aparelho urogenital, provocando sintomas de ressecamento vaginal, dispareunia, ITU, frequência e incontinência urinárias⁽¹⁵⁾. É na pós-menopausa que a carência estrogénica é mais evidente, pelo que este e outros estudos apontam para uma maior prevalência de sintomas urogenitais nesta fase da vida da mulher^(15,17). Os sintomas psicológicos foram mais frequentes nas mulheres do grupo da peri-menopausa. Encontrou-se uma correlação positiva fraca entre a idade das mulheres e os problemas de sono. A literatura mostra que os estrogénios actuam no SNC, tanto por mecanismos genómicos, modulando a síntese, libertação e metabolismo dos neurotransmissores, neuropeptídeos e neuroesteróides; quanto por mecanismos não-genómicos, influenciando a excitabilidade eléctrica, a função sináptica e as características morfológicas⁽¹⁵⁾. A evidência clínica mostra que, durante o período climatérico, ocorre hipoestrogenismo no sistema límbico, provocando, conseqüentemente, sintomas de humor depressivo, irritabilidade e ansiedade⁽¹⁵⁾. A administração de estrogénios melhora aqueles sintomas psicológicos⁽¹⁵⁾. Os componentes psico-sociais também são factores determinantes para a presença e intensidade dos sintomas menopáusicos. Embora vários estudos relacionem um baixo nível de educação com maior frequência de sintomas somáticos e psicológicos⁽¹⁵⁾, neste estudo não se encontrou uma correlação significativamente estatística.

Limitações. Este estudo apresentou algumas limitações, tais como o tamanho da amostra e o tempo de estudo. O total de 69 mulheres foi subdividido em 3 grupos [pré-menopausa (n=7), peri-menopausa (n=25) e pós-menopausa (n=28)]; uma amostra maior, colhida num período de tempo superior, permitiria fazer inferências passíveis de generalizações estatística e cientificamente significativas. O facto de a ARS do Centro ter negado a autorização para implementar o programa informático Menopause Aid no sistema SAM, dificultou a recolha de dados, limitando o valor de n. As mulheres foram convidadas a participar no estudo no próprio dia em que a entrevista foi realizada, portanto, devido à falta de aviso prévio, aquelas desconheciam os seus valores de colesterol total e de HDL-c, o que impossibilitou o cálculo do Score de Risco de Framingham, que faz parte do programa Menopause Aid.

5 Conclusões

Com este estudo, concluiu-se que a idade média da menopausa de causa natural foi de $50.12 \pm 3,871$ anos. Os sintomas climatéricos mais frequentes foram os somáticos e os psicológicos. Dentro dos sintomas somáticos, os mais frequentes foram os problemas musculares e das articulações. Em relação aos psicológicos predominaram a irritabilidade e o esgotamento físico e mental. Nos urogenitais, os problemas sexuais e o ressecamento vaginal foram os sintomas predominantes.

Obtiveram-se correlações significativamente estatísticas entre a idade das mulheres e um dos seguintes: sintomas totais da escala MRS (correlação positiva fraca); sintomas somáticos (correlação positiva fraca); sintomas urogenitais (correlação positiva moderada); problemas de sono (correlação positiva fraca); problemas de bexiga (correlação positiva fraca); ressecamento vaginal (correlação positiva fraca); problemas musculares e das articulações (correlação positiva moderada); e entre a dismenorreia e um dos seguintes: problemas musculares e das articulações (correlação positiva moderada); e irritabilidade (correlação positiva moderada).

Verificou-se que a gravidade dos sintomas aumentou da pré-menopausa para a peri-menopausa, e desta para a pós-menopausa.

Em suma, o aumento da idade das mulheres traduz-se num aumento da frequência e gravidade dos sintomas climatéricos (somáticos, psicológicos e urogenitais).

Menopause Aid é um programa inovador que engloba os principais parâmetros de avaliação da saúde da mulher. Ao permitir uma recolha fácil e sistemática dos dados, este programa poderia, no futuro, ser implementado no SAM, melhorando a qualidade do seguimento das mulheres climatéricas pelos seus Médicos de Família.

Até à data, poucos estudos têm sido realizados no âmbito da menopausa, pelo que, este estudo foi pioneiro ao abordar esta temática. A hipótese do programa Menopause Aid ser integrado no SAM, colocaria, no horizonte, a possibilidade de criar uma base de dados a nível nacional, através do mesmo método de recolha de dados. Esta base seria ponto de partida para estudos futuros, que permitiriam obter um melhor conhecimento sobre a saúde da mulher Portuguesa. Tal possibilitaria um seguimento mais efectivo e eficiente da mulher climatérica, melhorando a acção do Médico de Família ao nível da prevenção, de modo a reduzir a morbi-mortalidade associada a esta fase da vida.

Bibliografia

1. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, Samuels S, Greendale GA, Harlow SD, et al. Factors Associated with Age at Natural Menopause in a Multiethnic Sample of Midlife Women. *AJE* 2011;153(9):865-874.
2. Santos AA, Oliveira CF, Bernardes A, Torgal I, Carvalho MJ, Santos TA, et al, colaboradores. Manual de Ginecologia. Lisboa: Permanyer Portugal; 2009. p.295-300. vol 1.
3. Circular Informativa nº 01. 2011, Componentes electrónicos - Menopausa: Conceitos e estratégias. Portugal: CRSMCA. p.10.
4. Pitkin J, Peattie AB, Magowan BA. *Obstetrics and Gynaecology: An Illustrated colour text*. 1ª ed. Churchill Livingstone; 2003. p.148.
5. Grady D. Management of Menopausal Symptoms. *N Engl J Med* 2006;355:2338-47.
6. Medeiros SF, Medeiros MMWY, Oliveira VN. Climacteric complaints among very low-income women from a tropical region of Brazil. *Sao Paulo Med J* 2006;142(4):214-8.
7. Waugh EJ, Lam MA, Hawker GA, McGowan J, Papaioannou A, Cheung AM, et al. Risk factors for low bone mass in healthy 40-60 year old women: A systematic review of the literature. *Osteoporosis Int* 2009;20:1-21.
8. Demir B, Haberal A, Geyik P, Baskan B, Ozturkoglu E, Karacay O, et al. Identification of the risk factors for osteoporosis among postmenopausal women. *Maturitas* 2008;253-256.
9. Alexandraki KI, Syriou V, Ziakas PD, Apostolopoulos NV, Alexandrakis AI, Piperi C, et al. The knowledge of osteoporosis risk factors in a Greek female population. *Elsevier* 2008;38-45.
10. Torteson ANA, Melton LG, Dawson-Hughes B, Baim S, Favus MJ, Khosla S, et al. Cost-effective osteoporosis treatment thresholds: The United States perspective. *Osteoporos Int* 2008;19:437-47.
11. Sharma S, Tandon VR, Mahajan A. Menopause and Cardiovascular Disease. *JK Science* 2008 Jan-Mar;10(1).
12. Currie H, Williams C. Menopause, Cholesterol and Cardiovascular Disease. *Touch Briefings* 2008;17-20

13. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. SBC 2007;1-14.
14. Eurostat: Your key to European statistics [online]. 1953 [cited 2010 Sep 19]. Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00025&language=en>
15. Chedraui P, Aguirre W, Hidalgo L, Fayad L. Assessing menopausal symptoms among healthy middle aged women with the Menopause Rating Scale. Elsevier 2007;271-278.
16. Metintas S, Arýkan I, Kalyoncu C, Ozalp S. Menopause Rating Scale as a screening tool in rural Turkey. Rural and Remote Health 2010;1-11.
17. Rahman SASA, Zainudin SR, Mun VLK. Assessment of menopausal symptoms using modified Menopause Rating Scale (MRS) among middle age women in Kuching, Sarawak, Malaysia. APFMJ 2010;9(5).
18. Dinger J, Zimmermann T, Heinemann LAJ, Stoehr D. Quality of life and hormone use: new validation results of MRS scale. BioMed Central 2006;4(32).
19. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, Schneider HPG, Strelow F, Heinemann LAJ, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: A methodological review. BioMed Central 2004;2(45):1-8.
20. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. ENSP 2003.
21. Neves A. Manual de Microsoft Access. EPT 2010; 1-37
22. Abreu L. Notas sobre programação VBA em Access 2000. ESJM 2002;1-31
23. Tavares V, Canhão H, Gomes JAM, Simões E, Romeu JC, Coelho P, et al. Recomendações para o Diagnóstico e Terapêutica da Osteoporose. Acta Reum 2007; 32:49-59
24. Maroco J. Análise Estatística – Com utilização do SPSS. 3ª ed. Edições Sílabo 2007.
25. Kakkar V, Kaur D, Chopra K, Kaur A, Kaur IP. Assessment of the variation in menopausal symptoms with age, education and working/non-working status in north-Indian sub population using menopause rating scale (MRS). Elsevier 2007;306-314.

26. Reynolds RF, Obermeyer CM. Age at Natural Menopause in Spain and the United States: Results from the DAMES project. *AJHB* 2005;17:331-340.
27. Gatti RR, Ribeiro RPP. Prevalência do excesso de peso em adolescentes segundo a maturação sexual. *Rev Salus-Guarapuava-PR* 2007;1(2):175-182.
28. Frederic T, François R, Eric B, Thierry M. International Variability of Ages at Menarche and Menopause: Patterns and Main Determinants. *JHU* 2001;73(2):271-290.
29. Palacios S, Henderson VW, Siseles N, Tan D, Villaseca P. Age of menopause and impact of climacteric symptoms by geographical region. *Climacteric* 2010;13(4):419-428.
30. Dvornik V, Long JR, Liu PY, Zhao LJ, Shen H, Recker R, et al. Predictive factors for age at menopause in Caucasian females. *Elsevier* 2006; 19-26.
31. Bhattacharya SM, Jha A. A comparison of health-related quality of life (HRQOL) after natural and surgical menopause. *Elsevier* 2010;431-434.
32. Bromberger JT, Meyer PM, Kravitz HM, Sommer B, Cordal A, Powell L, et al. Psychologic Distress and Natural Menopause: A Multiethnic Community Study. *AJPH* 2001; 91(9):1435-1442.
33. Monterrosa A, Blumel JE, Chedraui P. Increased menopausal symptoms among Afro-Colombian women as assessed with the Menopause Rating Scale. *Elsevier* 2008; 182-190.
34. Velasco JEV, Martín JM, Martínez EM, Luna GO. Estudio del climatérico y la menopausia. *Ginecol Obstet Mex* 2009; 77(9):253-276.
35. Lorenzi DRS, Danelon C, Saciloto B, Padilha I. Factores indicadores da sintomatologia climatérica. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005;27(1):12-19.
36. Lorenzi DRS, Catan LB, Moreira K, Ártico GR. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. *Ver Bras Enferm* 2009; 62(2):287-93.
37. Ponce P. *Manual de Terapêutica Médica*. Lidel 2010; 168.

Anexos

Anexo 1. Score de Risco de Framingham

Idade (anos)	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8
Coolesterol Total (mg/dl)	Homens	Mulheres
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
≥280	3	3
HDL-c	Homens	Mulheres
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
≥60	-1	-3
PAS (mmHg) / PAD (mmHg)	Homens	Mulheres
<120 / <80	0	-3
120-129 / 80-84	0	0
130-139 / 85-89	1	0
140-159 / 90-99	2	2
≥160 / ≥ 100	3	3
Quando os valores de PAS e PAD discordarem, usar o valor mais alto		
Diabetes Mellitus	Homens	Mulheres
Sim	2	4
Não	0	0
Tabagismo	Homens	Mulheres
Sim	2	2
Não	0	0
Soma dos pontos		
Idade + CT + HDL-c + PAS/PAD + DM + Tabagismo = Total de pontos		

Homens pontos	Homens Risco de DAC em 10 anos (%)	Mulheres pontos	Mulheres Risco de DAC em 10 anos (%)
≤ -1	2	≤ -2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	16	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	12	13
≥14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	24
		17	≥27

Anexo 2. MRS

Versão Inglesa de MRS

Symptoms	None	Mild	Moderate	Severe	Very Severe
1. Hot flushes, sweating (episodes of sweating)					
2. Heart discomfort (unusual awareness of heart beat, heart skipping, heart racing, tightness)					
3. Sleep problems (difficulty in falling asleep, difficulty in sleeping through, waking up early)					
4. Depressive mood (feeling down, sad, on the verge of tears, lack of drive, mood swings)					
5. Irritability (feeling nervous, inner tension, feeling aggressive)					
6. Anxiety (inner restlessness, feeling panicky)					
7. Physical and mental exhaustion (general decrease in performance, impaired memory, decrease in concentration, forgetfulness)					
8. Sexual problems (change in sexual desire, in sexual activity and satisfaction)					
9. Bladder problems (difficulty in urinating, increased need to urinate, bladder incontinence)					
10. Dryness of vagina (sensation of dryness or burning in the vagina, difficulty with sexual intercourse)					
11. Joint and muscular discomfort (pain in the joints, rheumatoid complaints)					

Versão em Português do Brasil de MRS

Sintomas	Nenhum	Pouco Severo	Moderado	Severo	Muito Severo
1. Falta de ar, suores, calores					
2. Mal estar do coração (batidas do coração diferentes, saltos nas batidas, batidas mais longas, pressão)					
3. Problemas de sono (dificuldade em conciliar o sono, em dormir toda a noite e despertar-se cedo)					
4. Estado de animo depressivo (sentir-se decaída, triste, a ponto das lágrimas, falta de vontade, trocas de humor)					
5. Irritabilidade (sentir-se nervosa, tensa, agressiva)					
6. Ansiedade (impaciência, pânico)					
7. Esgotamento físico e mental (caída geral em seu desempenho, falta de concentração, falta de memória)					
8. Problemas sexuais (falta no desejo sexual, na atividade e satisfação)					
9. Problemas de bexiga (dificuldade de urinar, incontinência, desejo excessivo de urinar)					
10. Ressecamento vaginal (sensação de ressecamento, ardência e problemas durante a relação sexual)					
11. Problemas musculares e nas articulações (dores reumáticas e nas articulações)					

Anexo 3. Definições e classificações da TA⁽³⁷⁾

Categoria	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal Elevada	130-139	e/ou	85-89
Grau 1 Hipertensão	140-159	e/ou	90-99
Grau 2 Hipertensão	160-179	e/ou	100-109
Grau 3 Hipertensão	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	e	<90

