



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Artigo original

O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho



Cecília Lomônaco^{a,b,*}, Rozaine Aparecida Fontes Tomaz^a
e Maria Tereza de Oliveira Ramos^a

^a Curso de Psicologia, Centro Universitário do Triângulo (UNITRI), Uberlândia, MG, Brasil

^b Instituto de Biologia, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 20 de julho de 2015

Aceito em 1 de agosto de 2015

On-line em 23 de outubro de 2015

Palavras-chave:

Climatério

Menopausa

Mudança comportamental

R E S U M O

Objetivos: Identificar as dificuldades nas relações familiares e no âmbito do trabalho decorrentes dos sintomas do climatério, bem como as ações para seu enfrentamento.

Material e métodos: Estudo transversal e qualiquantitativo do qual participaram 30 mulheres em pós-menopausa.

Resultados: As vivências relacionadas ao climatério foram heterogêneas e não necessariamente negativas. Houve grande diversidade na forma como as entrevistadas definiram a menopausa e apenas 33,3% haviam sido preparadas para vivenciá-la, a maioria por orientação médica. Os primeiros sintomas ocorreram aos 46,5 anos ($\pm 5,3$ anos) e foram mencionados: ondas de calor, ganho de peso, irritabilidade e dor durante a relação sexual. Houve diferença entre as mulheres quanto ao número de sintomas percebidos, que variaram de 1 a 27 ($13,4 \pm 6,3$). Foram mencionadas significativas mudanças comportamentais, tais como: a redução da atividade sexual decorrente da queda da libido, a falta de paciência para lidar com os filhos, a menor motivação para o trabalho e a redução da autoestima. Para o enfrentamento das transformações ocorridas foram adotadas dietas alimentares, prática de exercícios físicos ou mudanças em alguns valores e atitudes.

Conclusões: O despreparo pode gerar dificuldades no enfrentamento da síndrome do climatério e comprometer a qualidade de vida e/ou a satisfação pessoal.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

E-mail: cecilia.lomonaco.paula@gmail.com (C. Lomônaco).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.08.001>

1413-2087/© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

The impact of menopause in the relationships and social roles established on the family and at work

A B S T R A C T

Keywords:

Climactery

Menopause

Behavioral change

Objectives: To identify the difficulties on the family relationships and at work derived from the menopause symptoms, as well as the management measures adopted.

Methods: Cross-sectional, qualitative/quantitative study attended by 30 post-menopause women.

Results: The menopause related experiences were heterogeneous and not necessarily negative. There was great diversity in how the respondents defined menopause and only 33.3% had been prepared to experience it, mostly by medical directions. The first symptoms occurred at 46.5 years (± 5.3 years), being mentioned: the hot flashes, the gain of weight, the irritability and the pain during intercourse. There were differences between women in the number of symptoms perceived, ranging from 1 to 27 (13.4 ± 6.3). Important behavioral changes were mentioned such as the reduction of sexual activity due to the decline of libido, the lack of patience to deal with the sons, the less motivation to work and the reduced self-esteem. In order to deal with the symptoms they adopted new diets, physical exercises or altered some values and attitudes.

Conclusions: The lack of preparation can lead to difficulties to cope with climacteric syndrome, which may compromise quality of life and/or personal satisfaction.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

All rights reserved.

Introdução

De acordo com Organização Mundial de Saúde, a menopausa ou última menstruação é um evento biológico espontâneo e natural, marcado pela perda de atividade folicular ovariana.¹ O processo de transição do período reprodutivo para o não reprodutivo denominado climatério não se dá, entretanto, abruptamente. Há um período de pré-menopausa, iniciado aos 35 anos, seguido pela perimenopausa, que dura de dois a oito anos, caracterizada pela presença de ciclos menstruais irregulares resultantes de intensa variação endócrina e pela pós-menopausa, assinalada pela ausência da menstruação por mais de 12 meses.²

Entretanto, a menopausa representa mais do que o fim do ciclo menstrual, pois vem acompanhada de inúmeras transformações físicas e psíquicas desagradáveis relacionadas não somente com o processo de envelhecimento,³ mas também com as resignificações de papéis estabelecidos socialmente no âmbito da família e do trabalho.^{4,5}

De modo geral, as mulheres começam a perceber a chegada desse processo a partir de 45 anos e meio, mas isso pode variar até os 47,5 anos por causa de predisposições genéticas ou por influência de hábitos de vida, tais como o uso de cigarros,⁶ alimentação⁷ atividade física⁸ ou histórico prévio de depressão.⁹

Nem todas as mulheres que passaram pela menopausa apresentaram sintomas desagradáveis, pois o mal-estar experimentado durante a menopausa e o surgimento de doenças a ela associadas pode diferir de acordo com o nível socioeconômico, a etnia, o estado marital e a qualidade das relações familiares.¹⁰ Além disso, estão inter-relacionados muitos sintomas da menopausa, como a ocorrência dos fogachos, que

intensificam a insônia e a irritabilidade e predis põem a mulher à depressão e à redução da libido.^{11,12}

As consequências psicológicas associadas à menopausa são muito mais difíceis de ser avaliadas e pesquisadas quando comparadas com os sintomas físicos, dada sua subjetividade e relação com contextos pessoais de vida. Pouco se sabe, por exemplo, sobre os efeitos da menopausa no dinamismo, na sensação de bem-estar, no decréscimo de produtividade e no aumento das dificuldades de relacionamento pessoais e sociais.¹³

A menopausa é, ainda, um fenômeno pouco conhecido pela grande maioria das mulheres.¹⁴ A falta de informação faz com que algumas a associem à velhice e façam dela um ritual de passagem para que o ato sexual seja abandonado, uma vez que a procriação não é mais possível.⁴ A qualidade de vida das mulheres climatéricas pode também ser influenciada por morbidades clínicas e dificuldades emocionais prévias, o que distorce a percepção dessas mulheres acerca da menopausa.^{15,16} Além disso, a visão negativa da menopausa pode ser determinante para dificultar o enfrentamento das transformações biopsicossociais e desconfortos por ela ocasionados e trazer sofrimento e vergonha pelo rebaixamento da feminilidade.³ Pode-se considerar, ainda, que as mudanças corporais geralmente atuam negativamente sobre a autoimagem feminina e potencializam o sofrer psíquico, especialmente nos países ocidentais, que, sobremaneira, valorizam a saúde, a beleza e a juventude.^{17,18}

Atualmente, com o aumento da expectativa de vida da população mundial, principalmente em países desenvolvidos, 95% das mulheres atingem a menopausa, o que ressalta não somente sua importância na saúde pública, mas também sua relevância econômica, tendo em vista que grande parte das mulheres contribui significativamente para a economia do

país com sua força de trabalho.^{12,19} Além disso, no Brasil, a proporção de mulheres “chefes de família” aumentou para 12% e ocorreu uma expansão de 42% entre 1996 e 1999,²⁰ o que reforça sua importância como agentes de transformações sociais na atualidade.

Diante desse quadro, faz-se necessário capacitar profissionais da saúde para lidar com as mulheres que vivenciam a menopausa e se sentem fragilizadas para enfrentar as transformações corporais e psíquicas por ela provocadas, o que geralmente compromete a sua qualidade de vida e o seu convívio social. Os relatos de intervenções para esclarecer e acolher mulheres que atravessam o climatério ainda são escassos na literatura brasileira. Algumas ações nesse sentido já foram feitas no Estado de São Paulo,^{14,21} em que trabalhos grupais foram realizados para favorecer o rompimento da sensação de isolamento e promover a troca de experiências e o fortalecimento de mulheres para lidarem com as preocupações que acompanham a crise de meia-idade e dar-lhes opções para melhorar sua qualidade de vida.

Para que iniciativas e programas de assistência às mulheres climatéricas possam ser fundamentados teoricamente, é necessário identificar mais detalhadamente quais são os principais fatores associados à redução da qualidade de vida dessas mulheres. Desse modo, é preciso investigar como as mulheres enfrentam essa fase da vida e quais são suas principais dificuldades para ressignificação de seus papéis sociais e da dinâmica e do sentido de suas vidas.²² Além disso, a preparação psicológica anterior à perimenopausa pode ser crucial para redução dos efeitos dessa crise e promoção da saúde da mulher.^{23,24}

O estudo objetivou identificar o impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho, bem como as ações para seu enfrentamento.

Método

O estudo foi transversal, de natureza qualiquantitativa. Foram entrevistadas 30 mulheres climatéricas que trabalham na cidade de Uberlândia e que já estavam em pós-menopausa havia pelo menos dois anos. Não foram feitas restrições quanto a idade, classe social e estado civil, mas mulheres vulneráveis, com saúde comprometida ou que apresentassem dificuldade de expressão ou autodeterminação reduzida não foram incluídas. Além disso, as participantes concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as demandas do Comitê de Ética do Centro Universitário do Triângulo (Unitri), que aprovou esta investigação (Parecer 772.095 de 11/09/2014).

Foi usado um questionário sociodemográfico que continha dados de identificação, tais como idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, número de pessoas com quem mora, posse de carro ou casa própria, profissão, turno e carga horária de trabalho semanal, tempo de experiência profissional, descrição das atividades profissionais e alguns dados sobre como aproveita o tempo livre. Além disso, foi feita uma entrevista semiestruturada em três etapas. Na primeira foram feitas perguntas que investigaram como as mulheres entrevistadas foram preparadas para a entrada no climatério e os principais sintomas físicos, emocionais e psíquicos observados ao

longo de todas as suas fases (pré, peri e pós-menopausa). Na segunda, as entrevistadas foram indagadas sobre as principais dificuldades advindas da sintomatologia anteriormente mencionada no âmbito do trabalho e das relações sociais e familiares. Na terceira, as entrevistadas foram perguntadas quanto às ações empreendidas para o enfrentamento dos sintomas apresentados e as mudanças de comportamento que se fizeram necessárias para o estabelecimento de nova dinâmica de interação consigo mesmas e com outras pessoas.

O nível de desconforto de cada entrevistada foi quantificado para a obtenção de um índice sintomatológico, calculado a partir do somatório da atribuição de pontos a cada sintoma apresentado: 1 ponto para sintomas leves, 3 para os de intensidade moderada e 5 para os vivenciados de forma intensa. Considerando, em seguida, as dificuldades e os problemas enumerados nos domínios do bem-estar físico e psicológico, das relações sociais, do trabalho e da autoestima, cada participante definiu seu estado de satisfação geral. Para isso, foi apresentada a cada uma delas uma escala ordinal com cinco níveis para que escolhessem entre as categorias muito ruim (1), ruim (2), bom (3), muito bom (4) e ótimo (5). O teste de Kruskal-Wallis foi usado para verificar se havia diferenças nos índices sintomatológicos e no número de sintomas apresentados por cada participante entre as categorias de estado de satisfação geral. A seguir, foram correlacionadas algumas variáveis independentes ligadas à sintomatologia (índice sintomatológico, número de sintomas apresentado e idade) com a variável dependente ligada à dificuldade de enfrentamento das transformações percebidas (estado de satisfação geral). O teste de correlação de Spearman foi usado para calcular os índices de correlação entre as variáveis e sua significância estatística.²⁵ As análises estatísticas foram feitas com o programa estatístico Systat ® 10.2.²⁶

Resultados

As 30 mulheres que participaram deste estudo foram entrevistadas entre 20 de setembro e 24 de outubro de 2014 nos seus ambientes de trabalho.

Caracterização sociodemográfica das participantes

As entrevistadas variaram entre 50 e 67 anos ($56,3 \pm 4,03$), a maioria era casada (50%), 1,5 filhos (de 0 a 3). Algumas entrevistadas eram solteiras (20%), divorciadas (26,7%) ou viúvas (3,3%). A escolaridade variou do ensino fundamental (26,7%) ao curso superior (33,3%) e algumas apresentaram cursos de pós-graduação (20%). Cerca de 20% das entrevistadas concluíram o ensino médio.

O tempo de trabalho variou entre quatro e 40 anos ($27,3 \pm 8,74$), com remuneração média de 4,5 salários mínimos (entre um e 14). Algumas delas trabalhavam como autônomas (13,3%), mas a maioria recebia salário de empresas públicas ou privadas (86,7%). As profissões foram bastante diversificadas, incluíram professoras (23%), vendedoras (13,4%), assistentes sociais (13,4%), diaristas (13,4%), secretárias (13,4%), técnicas de laboratório (6,7%), costureiras (6,7%), artesãs (6,7%) e pedagogas (3,3%). A maioria trabalhava em período integral (72,4%), mas algumas atuavam profissionalmente apenas

no período matutino (20,7%) ou vespertino (6,9%). Das entrevistadas, 46,7% eram arrimo de família, moravam com até cinco pessoas, em casas (66,7%) e com automóveis (60%) próprios. Viviam sozinhas 13,3% e as demais moravam com marido e filhos (16,7%), apenas com filhos (23,3%), com maridos/companheiros (26,7%) ou com outros membros da família, tais como netos, mãe e pai, cunhados, tios ou tias (20%).

Preferências pessoais

A maioria (60%) fazia atividades físicas regularmente, praticando caminhadas ao ar livre, musculação, dança ou pilates. A maior parte (93,3%) também se envolvia com trabalhos domésticos, tais como arrumar e limpar a casa, lavar e passar roupas, cozinhar e regar plantas. Dez entrevistadas alegaram fazer todos os serviços domésticos e apenas duas não desempenhavam algum tipo de atividade doméstica. A maioria (63,3%) também usava computadores com vistas à participação em redes sociais e jogos, para o acesso a músicas e a receitas ou para pesquisa na internet sobre assuntos diversificados. Os computadores eram usados por oito entrevistadas em atividades relacionadas ao trabalho e ao estudo.

Nos horários de descanso, muitas entrevistadas (63,3%) participavam de atividades como frequentar cinemas, teatros, clubes, bares e restaurantes, efetuar compras nos shopping centers, viajar, receber amigos em casa ou fazer atividades de jardinagem. Algumas entrevistadas consideraram a participação em cultos na igreja e o acesso ao Facebook como gratificantes atividades de lazer, assim como o acompanhamento pela TV (76,6%) de programas diversos, tais como seriados, novelas, filmes, jornais, documentários e outros entretenimentos. O artesanato constituía uma atividade de lazer para 33,3% das entrevistadas, que elaboravam peças de tapeçaria, bordado, crochê, tricô, pintura ou bonecos de pano. Além disso, muitas (63,3%) se divertiam com a leitura de romances, obras de ficção ou para autoconhecimento, livros com temas religiosos, notícias e revistas.

Vivência da menopausa

Apenas 33,3% das mulheres entrevistadas haviam sido preparadas para a vivência dessa etapa da vida, a maioria por orientação médica. Houve ainda a busca de informação com amigas ou por meio da pesquisa em fontes especializadas. Para a maioria (66,6%) a menopausa apenas “aconteceu!” ou “a médica me informou!”, sem preparo prévio algum, ou apenas com “informações superficiais ouvidas pela TV”. Para três mulheres, esse preparo não teria sido necessário, pois “não adiantaria nada saber antes!” Entretanto, oito entrevistadas afirmaram que gostariam de ter sido preparadas com antecedência. Uma delas afirmou: “Não me cuidei bem!” A menopausa ocorreu precoce e subitamente para três entrevistadas que precisaram se submeter à retirada de útero e ovários, mas os sintomas subsequentes foram a elas previamente informados pelos ginecologistas.

Houve grande diversidade na forma como as entrevistadas definiram a menopausa. Algumas a relacionaram com o fim da menstruação (26,7%) ou do ciclo reprodutivo (16,7%), com a incapacidade de ter filhos (6,7%) ou com a perda da fertilidade (3,3%). Outras enfatizaram seus aspectos fisiológicos causais,

mencionando a cessação da produção de hormônios (16,7%) e da liberação de óvulos (3,3%). A referência à entrada em uma nova fase da vida foi também feita por algumas mulheres, que afirmaram: “É a transição da fase adulta para a velhice”, “é envelhecer”, “envelhecimento rápido”, “isso é da idade”, “uma etapa diferente”, “mudança de vida”, “é uma das últimas etapas da vida das mulheres” ou “ciclo natural da vida”. Algumas a definiram a partir dos sintomas vivenciados, tais como: “fogo que sobe, vem de dentro para fora e a gente fica até meio sem ar”, “falta de libido, engordar”, “limitação do organismo na parte sexual”, “mudanças, calor”. Uma entrevistada definiu a menopausa como “um período de perdas”.

A maioria (66,6%) buscou a ajuda de médicos especialistas para obter orientações, mas apenas 26,7% decidiram fazer reposição com uso de tipos diversos de hormônios. Foram mencionados os “hormônios conjugados” e os “fitormônios”. As demais optaram por não tomar hormônios (23,3%) ou tomaram hormônios apenas por um breve período (13,3%) por causa dos efeitos colaterais (“não deu certo”) ou porque não conseguiram parar de fumar ou tinham problemas que poderiam se complicar com o consumo de hormônios (tais como “trombose”). Uma entrevistada afirmou ter consumido hormônios sexuais por mais de 10 anos, antes de decidir parar de tomá-los.

Os primeiros sintomas da menopausa foram sentidos, em média, aos 46,5 anos ($\pm 5,3$ anos), variando de 32 a 55 anos, e foram mencionados: as ondas de calor, o ganho de peso, a irritabilidade e a dor durante a relação sexual. Poucas entrevistadas souberam responder por quanto tempo os primeiros sintomas perduraram, muitas porque imediatamente começaram o tratamento de reposição hormonal, outras porque não se lembravam ou porque esse período teria sido muito rápido.

Sintomatologia

Todas as entrevistadas experimentaram algum tipo de sintoma decorrente da entrada na menopausa. Entretanto, houve diferença entre as mulheres quanto ao número de sintomas percebidos, que variaram de um a 27 ($13,4 \pm 6,3$). Os sintomas mais frequentes mencionados foram a fadiga (70%), a redução do desejo sexual (70%), os fogachos (70%), a irritação (66,7%), a insônia (63,3%), a ansiedade, (63,3%), o esquecimento (60%), o aumento de peso (60%), a distensão abdominal (56,7%), o humor variável (50%), a dispáurenia (50%), a cefaleia (46,7%), o aumento de apetite (46,7%), a dormência na extremidade dos dedos (43,3%), as palpitações (43,3%), o inchaço das mãos (43,3%), a tristeza (40%), as dores articulares (40%) e o inchaço dos pés (40%). Os sintomas menos frequentes foram a fraqueza (16,7%), a redução de apetite (20%), a confusão mental (20%), a manifestação da raiva (23,3%), o isolamento social (23,3%), a perda do controle dos esfíncteres (23,3%), a vertigem (23,3%), o formigamento em alguma parte do corpo (36,6%), as dores musculares (33,3%) e o nervosismo (30%). Dentre as manifestações mais graves, a osteoporose ocorreu em 26,7% das mulheres, além dos episódios depressivos (20%) e das doenças cardiovasculares relacionadas principalmente à hipertensão (20%). Nenhuma das mulheres entrevistadas foi acometida pelo câncer de mama após a menopausa (tabela 1).

Tabela 1 – Ocorrência de sintomas experimentados pelas 30 mulheres entrevistadas em decorrência da entrada na menopausa, segundo sua intensidade

Sintomas	Grau de intensidade			Total (%)
	Leve	Moderado	Intenso	
Fadiga	7	6	8	21 (70,0)
Fogachos	3	5	13	21 (70,0)
Redução do desejo sexual	7	4	10	21 (70,0)
Irritabilidade	4	9	7	20 (66,7)
Ansiedade	7	4	8	19 (63,3)
Insônia	9	7	3	19 (63,3)
Aumento de peso	2	7	9	18 (60,0)
Esquecimento	8	4	6	18 (60,0)
Distensão abdominal	2	8	7	17 (56,7)
Dispareunia	3	5	7	15 (50,0)
Humor variável	3	9	3	15 (50,0)
Cefaleia	9	2	3	14 (46,7)
Aumento de apetite	3	8	2	13 (43,3)
Dormência nas extremidades	10	0	3	13 (43,3)
Palpitações	5	7	1	13 (43,3)
Inchaço nas mãos	9	3	1	13 (43,3)
Dores articulares	4	4	4	12 (40,0)
Inchaço nos pés	4	6	2	12 (40,0)
Tristeza	7	3	2	12 (40,0)
Formigamento	9	2	0	11 (36,7)
Dores musculares	4	1	5	10 (33,3)
Nervosismo	4	3	2	9 (30,0)
Osteoporose	3	4	1	8 (26,7)
Isolamento social	4	1	2	7 (23,3)
Perda do controle dos esfíncteres	6	1	0	7 (23,3)
Raiva	3	4	0	7 (23,3)
Vertigem	3	2	2	7 (23,3)
Confusão	1	3	2	6 (20,0)
Depressão	4	1	1	6 (20,0)
Doenças cardiovasculares	4	1	1	6 (20,0)
Fraqueza	2	0	3	5 (16,7)
Câncer de mama	0	0	0	0 (00,0)

Com ocorrência de forma predominantemente branda foram indicados 11 sintomas: a dormência nas extremidades dos dedos, a insônia, a tristeza, a vertigem, a cefaleia, a perda do controle dos esfíncteres, além do nervosismo, do formigamento, do esquecimento, do inchaço nas mãos e do isolamento social. Dez sintomas foram apontados como apresentando, predominantemente, intensidades moderadas. Foram eles a irritabilidade, a raiva, o humor variável, a redução ou o aumento do apetite, as palpitações, a confusão mental, a distensão abdominal e o inchaço nos pés. Por outro lado, apenas oito sintomas foram vivenciados de forma mais intensa pelas mulheres entrevistadas. Esses sintomas foram: a ansiedade, a fadiga, a fraqueza, a redução do desejo sexual, as dores musculares, a dispareunia, o aumento de peso e os fogachos. A frequência de ocorrência das dores articulares não diferiu numericamente entre as categorias de intensidade de sintomas (tabela 1).

Além dos sintomas descritos na tabela 1, foram ainda mencionados pelas entrevistadas: o crescimento das mamas, o aumento de flacidez e o ressecamento da pele, a desidratação e o anelamento dos cabelos, a falta de ar e o calor intenso nos pés como sintomas corporais associados à menopausa. A agonia, a dificuldade de concentração, o medo da velhice, o desânimo e o aumento da emotividade foram também citados como sintomas emocionais ou psíquicos vivenciados.

O fogacho foi o único sintoma intenso considerado difícil de ser suportado por 26,8% das entrevistadas. Igualmente mencionados como piores sintomas estão: a tristeza (13,4%), as dores articulares (10%), o aumento de peso (10%), a insônia (6,7%), a irritabilidade (6,7%), o esquecimento (3,3%), o aperto no peito (3,3%), a cefaleia (3,33%) e a osteoporose (3,3%). Para 20% das mulheres, não houve um sintoma que pudesse ser considerado pior dentre os experimentados. Elas alegaram, por exemplo, que o processo “foi muito gradual e não afetou em nada” ou “não dei importância, pois sou de bem com a vida”. Além disso, 26,7% das entrevistadas alegaram não ter percebido transformação psíquica e 20% nenhuma modificação de cunho emocional.

A maior parte das mulheres entrevistadas considerou seu estado geral de satisfação como bom (43,3%) ou muito bom (33,3%). Entretanto, houve mulheres que declararam que seu estado de satisfação geral era ruim (13,3%) ou ótimo (10%). Nenhuma entrevistada optou pelo estado muito ruim.

O teste Kruskal-Wallis não indicou diferenças significativas nos índices sintomatológicos ($H = 3,120$; $p = 0,373$; $n = 30$) nem no número de sintomas apresentados por cada entrevistada ($H = 5,183$; $p = 0,159$; $n = 30$) entre as categorias do estado de satisfação geral. Entretanto, foram significativos e negativos os índices de correlação obtidos entre o nível de satisfação geral e o número de sintomas apresentados ($r_s = -0,367$; $p < 0,005$).

Tabela 2 – Índices de correlação de Spearman obtidos entre as variáveis: estado de satisfação geral, índice sintomatológico, número de sintomas apresentados e idade das trinta mulheres em menopausa entrevistadas

Variáveis	r_s	p
Estado de satisfação geral x Índice sintomatológico	-0,269	> 0,05
Estado de satisfação geral x Número de sintomas	-0,367	< 0,05
Estado de satisfação geral x idade	-0,306	< 0,05
Idade x Índice sintomatológico	-0,379	< 0,05
Idade x Número de sintomas	-0,266	> 0,05

e entre o índice sintomatológico e a idade das mulheres entrevistadas ($r_s = -0,379$, $p < 0,005$). As demais correlações investigadas não foram significativas (tabela 2).

Transformações e enfrentamentos

Para 46,7% das mulheres entrevistadas, a interação com seus parceiros/companheiros foi profundamente afetada em consequência da queda da libido, que por sua vez resultou na redução da frequência das relações sexuais. Algumas afirmaram até que já não se relacionam sexualmente com seus companheiros e alegaram a “falta total de desejo”, a “dor insuportável experimentada durante a penetração”, o fato de sentir-se “mais retraída e reservada” ou a existência de doença grave em seu parceiro sexual. Houve um caso de rompimento de relacionamento porque a entrevistada se sentia “envergonhada e pouco à vontade para falar sobre a menopausa” com seu namorado. Uma entrevistada mencionou, entretanto, que “a diminuição da quantidade deu lugar à maior qualidade” nas relações sexuais estabelecidas com seu parceiro. Dentre as demais, 43,3% afirmaram não ter havido modificação em suas atividades sexuais e 10% alegaram estar sozinhas já por muito tempo.

A relação com os filhos permaneceu inalterada para a maior parte das entrevistadas (72,7%). Algumas mulheres afirmaram ter se tornado “mais pacientes e tranquilas”, “mais maternais e cordatas”, brigavam menos com seus filhos após a menopausa, enquanto outras declararam estar “mais impacientes e nervosas” e “deprimidas” em decorrência da relação, por vezes conflituosa, com seus filhos.

A maioria (66,7%) declarou não terem ocorrido transformações significativas em atividades ligadas ao trabalho. Entretanto, enquanto algumas tornaram-se menos motivadas, menos dispostas e com menor paciência, outras tiveram de “se controlar para não demonstrar insatisfação” ou “sentindo muito cansaço no fim do dia”. Algumas passaram a se comportar de modo mais tranquilo nos seus ambientes de trabalho.

A maioria (70%) também percebeu diminuição na autoestima com a chegada da menopausa, afirmando: “O corpo fica feio”; “não gostei de engordar, sinto-me mal”; “a ficha caiu, não tenho mais 20 anos” ou se sentiu mais velha ou com medo de envelhecer. Uma entrevistada afirmou: “O início da menopausa foi muito difícil, fiquei deprimida e chateada porque não me senti mais mulher com a perda da fecundidade”. Por outro lado, algumas mulheres (30%) alegaram que não

houve alterações na autoestima: “Gosto muito de mim, sou animada e me acho bonita”; “adoro me arrumar”, “tenho prazer de viver”; “sempre gostei de cuidar de mim” ou “não me importo de engordar”.

Com relação às modificações nos hábitos de vida, metade das entrevistadas (50%) conservou a mesma rotina, informando: “Mantive o ritmo, porque foi uma ocorrência gradual” ou “nada mudou” ou “minha vida sempre foi rotineira” ou “nada mudou por falta de tempo”. As demais, entretanto, tiveram de mudar alguns hábitos de vida, incorporar novas atividades no dia a dia, principalmente a prática de exercícios e/ou a adoção de regime alimentar ou maior consumo de frutas e verduras para promover a perda de peso. Uma entrevistada afirmou ter perdido “todas as roupas” em consequência do rápido aumento da massa corporal. Outras precisaram destinar mais tempo ao descanso, sair menos de casa ou dedicar-se à confecção de algum tipo de artesanato. Uma mulher declarou: “Já não consigo mais ir para o trabalho a pé, como sempre fiz” e outra afirmou “não posso ficar mais tanto tempo em pé por causa das dores nas pernas e do inchaço nos pés”.

A mudança de valores ocorreu também para a metade das entrevistadas. “Tornar-se menos impetuosa e menos exigente”, “aceitar mais as pessoas como elas são”, “valorizar mais os amigos, a família e até o cachorro de estimação”, “ser mais flexível e cordata”, “não polemizar tanto” e “resolver problemas com maior serenidade” são afirmações indicativas de mudanças na relação com outras pessoas. Por outro lado, diversas declarações, tais como “pensar mais em si mesma”, “cuidar-se mais”, “preocupar-se mais com a própria saúde”, “arrumar-se mais”, “dedicar mais tempo para si mesma”, “aproveitar mais a vida”, “estar mais atenta às coisas da vida”, “usufruir melhor os momentos em que não está trabalhando”, “viajar e passear mais” ou “encarar a vida com mais tranquilidade” indicam mudanças na relação estabelecida com elas próprias, decorrentes de modificações nos valores. Algumas declararam sentir-se “mais felizes” ou terem se tornado “pessoas melhores, porque algumas coisas deixaram de ter tanta importância”. A entrada na menopausa motivou uma entrevistada a se converter a determinada prática religiosa: “Precisei de mais fé e equilíbrio” e “aprendi muito com o tempo”, referindo-se à maturidade. Duas mulheres alegaram que, após a menopausa, passaram a temer o envelhecimento, deixaram de se achar bonitas, sentiram-se inferiores e medrosas ou afirmaram “não estou mais mocinha”. Algumas daquelas que não tiveram mudanças nos valores declararam: “sempre fui desligada”, “sempre dei valor à vida”, “atualmente estou bem, mas custei muito a me adaptar à situação”.

O fim da idade reprodutiva foi também acolhido de diversas formas pelas mulheres ouvidas nesta pesquisa. Para algumas, essa nova fase da vida foi recebida de forma normal: “Acontece com todas as mulheres”; “essa fase faz parte do ciclo normal da vida”; “tudo está de bom tamanho, o ciclo se fechou, pois já tenho os filhos que quis ter” ou “não vejo problemas”; “estou preparada” ou “nem penso nisso”. Outras encararam o fim da menstruação como um alívio: “Não senti como perda”, “nunca quis ter filhos”, “gostei de ficar livre da menstruação por causa da forte TPM”, “foi um sossego, por causa do fim das cólicas menstruais”, “fiquei mais tranquila sem cólicas” ou “fiquei

mais independente”. Duas entrevistadas alegaram que não se preocuparam com a chegada da menopausa porque já tinham se submetido à cirurgia de laqueadura das trompas para prevenir a gravidez. Entretanto, algumas mulheres declararam que gostariam de ainda poder ter filhos ou que, se tivessem tido filhos, estariam se sentindo mais completas: “Sempre tentei engravidar, mas cheguei agora à menopausa” ou “não gostei de não poder mais ter filhos”. O descontentamento também foi expresso nas seguintes afirmações: “Estou com medo de envelhecer”, “não me preocupo com o fim da idade reprodutiva, mas com o envelhecimento”, “sinto como se não fosse mais útil, quando tinha menstruação, a vida era diferente”.

Planos e expectativas

Apenas 13,3% das mulheres entrevistadas disseram não ter planos: “Só vivo o hoje”, “não planejo fazer algo diferente do que já faço”, “não tenho planos porque estou muito insegura” ou “não penso nisso”. Todas as demais revelaram ter algum tipo de expectativa: continuar os estudos, ingressar em cursos de línguas estrangeiras ou em programas de pós-graduação, fundar ou ampliar uma empresa própria, mudar-se para uma casa nova ou para outra cidade, tirar carteira de motorista, pagar as contas ou ganhar na loteria. Algumas planejam “continuar a vida”, curtir os netos com mais tempo, dedicar-se mais à família, cultivar o bom convívio familiar, aguardar a formatura dos filhos ou ver os filhos bem casados e com emprego garantido. A aposentadoria, embora seja almejada por 16,7%, não faz parte dos planos de 26,7%, que pretendem continuar trabalhando, algumas com redução de carga horária. Foram ainda mencionados alguns novos projetos, tais como: “viajar e conhecer gente nova”, “encontrar um novo parceiro”, “engajar em algum tipo de trabalho social”, “ter uma vida mais divertida”, “cuidar mais de si para ter uma melhor qualidade de vida”, “descansar”, “ter mais cães em casa” e “emagrecer”.

Discussão

A caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas indicou que a amostragem foi bastante heterogênea quanto a praticamente todas as categorias investigadas, entre elas idade, estado civil, local de nascimento, escolaridade, constituição do núcleo familiar, ganho financeiro, atividade e tempo de atuação profissional. As mulheres entrevistadas também apresentaram distintas preferências pessoais no que se refere a exercícios físicos, trabalhos domésticos ou atividades de lazer e estudo. Essa grande diversidade de sujeitos e ampla divergência nos modos de ser e de viver possivelmente influenciaram as distintas e peculiares respostas dadas aos questionamentos feitos acerca de como a chegada da menopausa foi vivenciada e compreendida e como se deu o enfrentamento das transformações corporais, emocionais e psíquicas que acompanham o climatério.

Embora todas as entrevistadas tenham apresentado sintomas em número e em intensidades variadas, não foi constatada relação direta entre o nível de satisfação geral e o índice sintomatológico, nem houve diferenças significativas entre as categorias de estado de satisfação geral quanto ao índice sintomatológico e número de sintomas experimentados.

Esses dados demonstram a forte influência da subjetividade na atribuição de desconforto em decorrência da sintomatologia vivenciada.^{5,27} Há, portanto, algumas mulheres que experimentam muitos sintomas, alguns de modo intenso, que não tiveram seu estado de satisfação geral afetado pela chegada da menopausa e outras que vivenciaram poucos sintomas e de forma mais branda, que declararam estar insatisfeitas com as transformações trazidas pelo fim da atividade reprodutiva. Nota-se, em decorrência disso, que a apreensão e/ou a dificuldade na aceitação das transformações produzidas pela menopausa, moduladas pelos aspectos culturais e sociais, influenciaram marcadamente a qualidade de vida das mulheres de meia-idade entrevistadas.^{4,13,19}

Por outro lado, a análise de dados mostrou que há relações significativas e inversamente proporcionais entre a idade e o número de sintomas com os níveis de satisfação geral, o que indica que, com a idade, ou seja, com o envelhecimento, o número de sintomas tende a aumentar e a satisfação geral tende a diminuir.

A literatura especializada tem dado maior ênfase ao estudo dos sintomas considerados mais graves, por serem incapacitantes, tais como a osteoporose, o câncer e os episódios depressivos associados à menopausa.^{12,16,28,29} Entretanto, este estudo mostrou que mesmo os sintomas mínimos ou de menor gravidade podem, potencialmente, assumir grande relevância no estado de saúde e na qualidade de vida das mulheres e afetar, de modo intenso, sua rotina habitual ou suas relações interpessoais.

Os primeiros sintomas mencionados como indicativos da chegada da pré-menopausa, geralmente vivenciados por volta dos 46 anos, já podem ser considerados impactantes e inconvenientes. Os fogachos, por exemplo, causam desconforto extremo em decorrência do suor e calor abundantes que produzem e da sensação de aperto no peito, que muitas vezes é associada a uma sensação de angústia. Alteram, ainda, os padrões do sono, contribuem para a instalação da insônia, aumentam a irritabilidade e podem estar associados à perda da memória decorrente de cansaço mental.^{22,30} Outro exemplo é a ocorrência de dor durante o coito, que afeta significativamente a vida sexual e demanda mudanças na forma como as mulheres se relacionam com seus companheiros e consigo mesmas. Além desses exemplos, o ganho de peso, a distensão abdominal e a consequente mudança no formato do corpo podem diminuir a autoestima²⁴ e forçar a mudança na forma de se vestir, além de imputar gastos financeiros com a “perda de todas as roupas” até então usadas. Esses primeiros sintomas, somados às dores musculares, à ansiedade e à fraqueza, corresponderam àqueles indicados como vivenciados de forma mais intensa e que tendem a gerar, consequentemente, maior desconforto.

Dentre os sintomas mais frequentes apontados pelas entrevistadas estão a fadiga e o humor variável e ambos podem também influenciar negativamente as atividades profissionais e os relacionamentos interpessoais. O isolamento, o nervosismo, a tristeza, a confusão mental, as constantes manifestações de raiva, mesmo tendo sido apontados com menor frequência, têm, contudo, o potencial de alterar significativamente as relações e os hábitos das mulheres que vivenciam a menopausa. Muitas afirmaram, por exemplo, terem se tornado mais impacientes e nervosas, por vezes

deprimidas, no enfrentamento das questões relacionadas às demandas dos filhos e dos demais parentes. No âmbito profissional, muitas passam a desejar a chegada da aposentadoria, decorrente da perda de entusiasmo e da motivação ou pelo cansaço sentido no fim da jornada de trabalho. A realidade feminina modifica-se, portanto, bastante com a chegada da menopausa, que pode ser considerada um marco biopsicossocial do envelhecimento feminino.²²

Embora em alguns contextos a menopausa tenha sido considerada uma doença com complexa sintomatologia, expressa como síndrome do climatério^{23,27} ou como uma “crise de desenvolvimento”,³¹ é importante salientar que ela pode também ser compreendida como um processo natural do desenvolvimento humano.

O preparo para a chegada a essa fase da vida, mesmo considerado desnecessário por algumas das entrevistadas, certamente poderia ter contribuído para facilitar a adaptação a essa nova etapa e aumentar o estado de satisfação geral, especialmente para aquelas mulheres que não aceitaram, de modo tranquilo, o fim da idade reprodutiva e que declararam sentir-se envergonhadas ou constrangidas para falar do assunto, sobretudo com seus parceiros sexuais.¹⁵ O rompimento de relações antes estáveis e satisfatórias, como ocorrido com uma das entrevistadas, poderia ter sido evitado. Não se trata, nesse caso, de simples adoção de terapia de reposição hormonal a ser prescrita por um médico ginecologista para a supressão dos sintomas de desconforto ou incômodo, mas da possibilidade de estabelecer ampla reflexão sobre as diferentes formas de expressão da energia sexual e da afetividade nas interações com parceiros para definição de condutas mais conscientes e prazerosas, “em que a quantidade dá lugar à qualidade”. Trata-se da ressignificação do corpo e do prazer no contexto dos relacionamentos.²²

Além disso, o preparo para o enfrentamento das transformações advindas da chegada do climatério pode constituir-se também em oportunidade de reflexão acerca de valores, prioridades e novas atitudes a serem adotadas com relação aos processos de envelhecimento e morte.¹⁷ Assim, informações sobre os processos fisiológicos relacionados à menopausa certamente contribuiriam para modificar conceitos errôneos, apresentados por muitas das entrevistadas, de que menopausa é sinônimo de envelhecimento, que ela corresponde a um dos seus sintomas – o fogacho – ou que “assinála a última etapa da vida das mulheres”.^{12,15} Compreender o que a menopausa realmente significa pode facilitar sua aceitação e a adoção de novas atitudes com vistas à manutenção da qualidade de vida.

De acordo com as mulheres ouvidas neste estudo, quando algum tipo de preparo ou esclarecimento sobre a menopausa ocorre de modo profissional, geralmente ele é feito por médicos ginecologistas, quando os primeiros sintomas começam a se manifestar. Há, nesse sentido, uma grande possibilidade para a atuação de psicólogos, de forma individual ou integrada a equipes multidisciplinares, na rede pública de saúde ou em estabelecimentos particulares, que desenvolvem programas de prevenção a enfermidades ou de promoção à qualidade de vida para mulheres de meia-idade. Alguns pesquisadores^{3,24} já haviam chamado a atenção para o fato de a saúde mental não estar sendo efetivamente contemplada na prática pelo Ministério da Saúde, por meio das ações preconizadas pelas

políticas públicas de saúde da mulher, que têm como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde. Esses autores também argumentam que as transformações biopsicossociais da meia-idade feminina são complexas e intensas o suficiente para demandar a oferta de atendimento especialmente destinado à escuta psicológica no Sistema Único de Saúde em todo o território nacional.

Para lidar com o ganho de peso e o desânimo, muitas mulheres em menopausa passaram a aderir a algum tipo de dieta alimentar e/ou atividade física, também recomendada para diminuir os episódios de insônia, prevenir a osteoporose e aumentar a flexibilidade articular.^{15,30} Para proporcionar a si mesmas maior tempo para o lazer e para o descanso, algumas iniciaram atividades artesanais ou passaram a permanecer mais tempo em suas residências. Essas mudanças refletem a habilidade saudável para reorganização e reajuste às novas demandas e potencialidades trazidas pela meia-idade e poderiam, quando necessário, ser feitas com ajuda de um psicoterapeuta.

As modificações de conceitos e atitudes foram também claramente expressas nos desejos de manutenção da serenidade, por meio da adoção de posturas mais flexíveis e tolerantes, na valorização das pessoas e das situações comuns do cotidiano que, de forma simples, produzem bem-estar e alegria. Além disso, para muitas das mulheres ouvidas neste estudo, a menopausa trouxe a conscientização de que havia chegado o tempo em que poderiam cuidar mais de si mesmas, não somente no aspecto físico, mas considerando, sobretudo, os próprios desejos e os sonhos que ainda poderiam ser realizados. Planos não foram deixados de lado e envolveram uma diversidade de propostas, desde o aprimoramento pessoal e profissional com a continuidade dos estudos ou o início de novo relacionamento afetivo até a conquista da aposentadoria ou redução na jornada de trabalho, para que atividades sociais ou de lazer pudessem ser vivenciadas com maior frequência.

Alguns grupos pioneiros no Brasil já desenvolveram atividades que promoveram a troca de experiências e a aquisição de informações a respeito da menopausa com vistas à educação preventiva em saúde,^{14,21} uma vez que possibilitaram momentos de introspecção e reflexão que favoreceram o autoconhecimento. Nesses grupos, a promoção da saúde é almejada com o fortalecimento da mulher como sujeito da saúde, que, rompendo seu silêncio, isolamento e sua conformidade, atua e elabora, a partir das características de sua nova realidade, uma nova compreensão acerca de si e dos valores que decide acolher.²³

Conclusão

O estudo mostrou que os inúmeros sintomas decorrentes da menopausa, mesmo os de menor gravidade, podem alterar a qualidade das relações estabelecidas no trabalho e na família, influenciar o estado de satisfação das mulheres e afetar sua rotina habitual ou suas relações interpessoais. O despreparo para vivenciar o climatério pode gerar dificuldade para o enfrentamento dos desafios surgidos no âmbito familiar e do trabalho e comprometer a autoestima, os relacionamentos e a qualidade de vida.

Os dados obtidos mostraram, ainda, que vivências e experiências relacionadas ao climatério são heterogêneas e não necessariamente negativas, pois muitas mulheres conseguem passar pelo climatério de forma tranquila, demonstrando grande resiliência na administração dos sintomas e das mudanças físicas, emocionais e psíquicas vivenciadas, mantendo os níveis de satisfação nesse novo contexto de vida. Aquelas que enfrentaram dificuldades e experimentaram certo sofrimento psíquico poderiam ou deveriam contar com a intervenção psicoterápica para auxílio na superação dos problemas que surgem nesse contexto, buscando qualidade de vida e satisfação pessoal. De qualquer modo, a menopausa assinala um período oportuno para a reflexão acerca de valores, prioridades e novas atitudes a serem adotadas com relação aos processos de envelhecimento e morte.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. WHO (World Health Organization). Research on the menopause in the report of a WHO scientific group, 86. Geneva: WHO Technical Report Series number; 1990. p. 1996.
2. Souza CL, Aldrighi JM. Sono e climatério. *Reprod Clim*. 2001;16:20-5.
3. Trench B, Rosa TEC. Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008;8:207-16.
4. Costa GMC, Gualda DMR. Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Rev Esc Enferm*. 2008;42:81-9.
5. Separavich MA, Camesqui AM. Análise das narrativas sobre a menopausa de um site brasileiro da internet. *Comunic Saúde Educ*. 2012;16:609-22.
6. Midgette AS, Baron JA. Cigarette smoking and the risk of natural menopause. *Epidemiology*. 1990;1:475-80.
7. Nagata C, Inaba TN, Kawakami N, Shimizu H. Association of a diet and other lifestyle with the onset of menopause in Japanese women. *Maturitas*. 1998;29:105-13.
8. Collins A, Landgren BM. Reproductive health, use of estrogen and experience of symptoms in perimenopause women: a population-based study. *Maturitas*. 1994;20:101-11.
9. Harlow BL, Cramer DW, Annis KM. Association of medically treated depression and age of natural menopause. *Ann J Epidemiol*. 1995;141:1170-6.
10. Soares CN, Cohen LS. The perimenopause depressive disorders, and hormonal variability. *Rev Pau Med*. 2001;119:78-83.
11. Aldrighi JM, Aldrighi CMS, Aldrichi APS. Alterações sistêmicas do climatério. *Rev Bras Med*. 2002;59:15-21.
12. Silva MM, Brito LMO, Chein MBC, Brito LGO, Navarro PAAS. Depressão em mulheres climatéricas: análise de mulheres atendidas ambulatorialmente em um hospital universitário no Maranhão. *Rev Psiq*. 2008;30:150-4.
13. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Osis MJ, Souza MH, Costa-Paiva L. Depoimentos de mulheres sobre a menopausa e o tratamento de seus sintomas. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54:299-394.
14. Souza CL, Meyer SB. Um exercício de análise funcional: a atuação do psicólogo em grupos de menopausa. *Rev Bras Ter Comp Cog*. 2001;3:4-49.
15. Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha-JR I. Fatores associados à qualidade de vida após a menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52:312-7.
16. Berlezi EM, Balzan A, Cadore BF, Pillat AP, Winkelmann ER. Históricos disfóricos no período reprodutivo e a associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16:273-83.
17. Laznik MC. Dores e delícias da menopausa: o que a feminilidade tem a ver com isso? *Rev Est Fem*. 2003;12:331-46.
18. Mori ME, Coelho VLD. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicol Reflex Crit*. 2004;17:177-87.
19. Silva-Filho CR, Baracat EC, Conterno LO, Haidar MA, Ferraz MB. Sintomas climatéricos e qualidade de vida: validação do questionário de saúde da mulher. *Rev Saúde Publica*. 2005;39:333-9.
20. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Plano Nacional por Amostras de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
21. Cunha-Neto JR, Gorayeb R. Descrição de uma intervenção psicológica com mulheres no climatério. *Paideia*. 2005;15:277-85.
22. Ferreira VN, Chinelato RSC, Castro MR, Ferreira MEG. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicol Soc*. 2013;25:410-9.
23. Mendonça EAP. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:155-66.
24. Mori ME, Coelho VLD, Estrella RCN. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cad Saude Publ*. 2006;22:1825-33.
25. Zar JH. Biostatistical analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1984.
26. SYSTAT. Systat® for Windows® version 10.2 [S.l.]. Richmond: ©Systat Software; 2002.
27. Trench B, Santos CG. Menopausa ou menopausas? *Saúde Soc*. 2005;14:91-100.
28. Veras AAB, Rassi A, Valença AM, Nardi AE. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. *Rev Psiq*. 2006;28:130-4.
29. Veras AB, Rassi A, Yukizaki LMG, Novo LD, Franco FS, Nardi AE. Impacto dos transtornos depressivos e ansiosos sobre as manifestações da menopausa. *Rev Psiq*. 2007;29:315-20.
30. Souza CL, Aldrighi JM, Lorenzi-Filho G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. *Rev Assoc Med Bras*. 2005;51:170-6.
31. Souza CL. Transição da menopausa: a crise da meia-idade feminina e seus desafios físicos e emocionais. *Rev Bras Ter Comp Cog*. 2001;1:87-94.