

ASPECTOS GERAIS DA MORTALIDADE DE MULHERES APÓS A IDADE REPRODUTIVA NO CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA

GENERAL ASPECTS OF WOMEN MORTALITY AFTER REPRODUCTIVE AGE AT CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA

Joe Luiz Vieira Garcia Novo¹, Gabriela Soares Piassi², Maria Clara Oliva Albano², Neil Ferreira Novo³

RESUMO

Objetivo: analisar as causas dos óbitos em mulheres durante os períodos de climatério e senectude, que ocorrem em um hospital terciário de alta complexidade. **Métodos:** estudo observacional retrospectivo de prontuários médicos de mulheres com ≥ 50 anos de idade, falecidas no CHS de janeiro/2006 a dezembro/2007. As variáveis estudadas foram: faixa etária, atendimento direto (primário) ou indireto (secundário), cidade de procedência, tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), estado geral à internação hospitalar (bom, regular ou mau). Estudaram-se as causas básicas dos óbitos e doenças associadas. **Resultados:** ocorreram 745 óbitos em mulheres com idade a partir de 50 anos, proporção maior entre 70 e 79 anos ($p = 0,2633$), das cidades circunvizinhas de Sorocaba ($p = 0,0173$), e em más condições gerais à internação hospitalar ($p = 0,0123$). As principais causas de óbito foram: cardiovasculares (41,10%), neoplasias (21,20%) e doenças do aparelho digestório (10,30%). A assistência teve maior proporção para atendimentos de casos sem tratamentos prévios (63,10%). **Conclusões:** os programas de saúde oferecidos à mulher ainda são deficitários. A saúde feminina no período pós-reprodutivo deve ser acompanhada de forma criteriosa e com responsabilidade pública, voltadas exclusivamente para os interesses de sua própria população. **Auxílio PIBIC-CEPE.** **Descritores:** mortalidade, mulheres, saúde da mulher, pós-menopausa, causa básica de morte, estudos epidemiológicos.

ABSTRACT

Objective: to analyze the causes of death during climaterial and older age in women in a high complexity tertiary hospital. **Methods:** a descriptive retrospective observational study of medical dossier from 50-year old or older females, deceased in CHS from January/2006 to December/2007. The variables studied were: age, direct (first) or indirect (secondary) care, city of origin, type of treatment (clinical or surgical), general state during hospital care (good, fairly good or bad). Medical histories, basic causes of death and associated illnesses were studied. **Results:** 745 women older than 49 years died, being death more common among those between 70-79 years old ($p = 0.2633$), those coming from neighbor cities of Sorocaba ($p = 0.0123$) and those in bad general survival conditions during hospital care ($p = 0.0123$). The main causes of death were: cardiovascular (41,10%), malignant neoplasm (21.20%) and digestive maladies (10.30%). Assistance was higher for those without previous treatment (63.10%). **Conclusion:** the health programs for women are so far incomplete. Female health during post-reproductive age demands thorough care and public responsibility guided by the population's best interests. **Support:** PIBIC-CEPE.

Key-words: mortality, women, women's health, postmenopause, underlying cause of death, epidemiologic studies.

INTRODUÇÃO

A população brasileira, apesar de ser ainda extremamente jovem, vem apresentando rápido envelhecimento. As suas principais causas de óbito vêm modificando-se nas últimas décadas, o que já se observa em alguns estudos epidemiológicos. Tais fatos observacionais estão interligados pelas modificações do perfil de morbiletalidade da população brasileira, decorrente, na atualidade, de alterações demográficas, socioeconômicas e sanitárias em nosso país.¹

Na atualidade, também, há melhor controle de mortalidade materna, menor número de mulheres engravidando, além de maior número de esterilizações na população feminina brasileira em idade reprodutiva. Sem dúvida, colabora-se diretamente para diminuir as causas de mortalidade materna durante o período reprodutivo, ajudando-se a promover o envelhecimento populacional feminino.²

Sinala-se que a mulher brasileira moderna, porém, vem incorporando transformações em suas atividades, elevando suas cifras de morbiletalidade, provenientes de alterações comportamentais.³ Citem-se as exposições mais ativas no mercado de trabalho, drogas, doenças vinculadas ao sexo desprotegido,^{4,7} mortes por causas externas ligadas à violência urbana, viuvez e menores chances para aposentadorias e pensões alimentícias.^{5,6}

Em nosso país, nas últimas décadas, os contextos sociais e econômicos têm premiado violência, com consequentes desigualdades sociais, recessão no mercado formal, atraindo facilidades para a virada ao mercado paralelo do narcotráfico e narcoterrorismo.⁶

Impõe-se citar neste novo panorama o aparecimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que inicialmente atingia prevalentemente homossexuais masculinos, porém como o número de homens bissexuais infectados vem diariamente se elevando, a mulher brasileira se contamina, similarmente, em maior número.²

Em verdade o que significa este prolongamento de vida da mulher brasileira? Entende-se ser oportuno, portanto, o conhecimento do padrão de envelhecimento das mulheres em nosso país, uma vez que profundas e frequentes alterações inserem-se cada vez mais na saúde feminina brasileira.²

É inegável que o acompanhamento e o controle de uma população para o planejamento, aplicabilidade e avaliação das ações de saúde, desempenham nos estudos de mortalidade um importante fator analítico, que espelha a prática do uso destas ações de saúde, e que possam propiciar, favoravelmente, o envelhecimento de uma determinada população.⁸

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 13, n. 2, p. 10-15, 2011

1. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

3. Professor do Depto. de Morfologia e Patologia - FCMS/PUC-SP

Recebido em 16/8/2010. Aceito para publicação em 17/1/2011.

Contato: joeluiznov@hotmial.com

Sabe-se a basto que, durante o período reprodutivo das mulheres, já exista um importante contingente populacional, em número cada vez mais crescente nos últimos anos, do ponto de vista econômico, reprodutivo e de agregação sócio-familiar.^{9,10}

Conceitua-se, também, apesar de existirem grandes variações, em geral, que aos 49 anos as mulheres encerram sua fase reprodutiva.^{6,11} Após os 50 anos de idade inicia-se o período climatérico, atuando até ao redor de 65 anos, e a seguir sobrevém a senectude feminina.¹²

Após a fase reprodutiva das mulheres, tem-se o aparecimento de doenças crônicas, determinando morbidade e mortalidade, a coexistência de dependências, além da redução da capacidade funcional das pessoas.¹³

A epidemiologia no envelhecimento procura estudar os fatores determinantes da longevidade, e das transições demográfica e epidemiológica, a avaliação de serviços de saúde nas investigações, e a história natural das doenças ou condições relacionadas com a saúde.¹³

O Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) é importante centro terciário regional de alta complexidade, atuante para casos graves e complexos. Neste local ocorrem óbitos de pacientes que não receberam assistência médica prévia, daquelas que tiveram assistência nos níveis primário e secundário, das provenientes de assistência em nível terciário de hospitais de baixa e/ou média complexidade existentes no município e na região de Sorocaba. Entende-se que seria importante vir a lume a participação do CHS em relação aos óbitos das mulheres climatéricas e, também, daquelas caminhando para a senectude, que fazem parte de seu atendimento assistencial. É dever de todo hospital universitário e de referência divulgar seus resultados perante a comunidade.

A estatística de óbitos talvez possa revelar os reflexos que incidem sobre as mulheres após a idade reprodutiva, que se utilizam dos programas de saúde em atividade em nosso país.

Baseado nestes conceitos, julgou-se oportuna a realização do presente estudo, tendo como objetivo principal estudar as causas dos óbitos em mulheres durante os seus períodos de climatérico e senectude, que ocorrem em um hospital terciário de alta complexidade. A pesquisa se reveste em importância, uma vez que ainda são raros os estudos epidemiológicos em idosos.

MÉTODOS E CAUÍSTICA

O período pós-reprodutivo da mulher, apesar de existirem variações, será considerado a partir dos 50 anos de idade.¹¹⁻¹⁴ Nesta pesquisa estudaram-se retrospectivamente as declarações de óbito e os prontuários médicos de mulheres a partir de 50 anos de idade, que faleceram de 01/01/2006 a 31/12/2007 no CHS.

A pesquisa iniciou-se após a sua aprovação através do Comitê de Ética do CHS. Respeitaram-se as normas da Declaração de Helsinque e da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nas pacientes falecidas os parâmetros analisados foram: faixa etária, cidades de procedência (Sorocaba ou circunvizinhas), tipo de tratamento (clínico ou cirúrgico), estado geral à internação hospitalar (bom, regular ou mau), a distribuição segundo o número e proporções de óbitos e suas causas básicas e/ou associadas, tipo de atendimento: primário, quando se internaram sem medicação de outro local; ou secundário, se medicadas em outra unidade de atendimento. Dados de necrópsias e entrevistas com médicos foram utilizadas quando necessárias para elucidar os óbitos.¹⁵

A classificação do grupo de causas e da causa básica de óbito realizou-se caso a caso, através do Código Internacional de Doenças (CID) em sua 10ª edição.¹⁶

Para cada paciente desenvolveu-se uma observação confidencial e detalhada de seus dados. Os dados foram inseridos para leitura em planilha do programa Excel (Windows) e, posteriormente, transferidos para o programa Bioestat 5.0 utilizado como banco de dados.¹⁷ Para a análise estatística foi utilizado o Teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com o objetivo de comparar os anos de 2006 e 2007 em relação ao grupo etário das pacientes, cidades de origem, tipos de atendimento e tratamento, estado geral na admissão hospitalar e causas de óbito. Em todos os testes foi fixado o nível de significância em 0.05 ou 5%.¹⁸

RESULTADOS

A análise retrospectiva dos óbitos ocorridos no CHS, no período entre janeiro de 2006 e dezembro de 2007, revelou a presença de 745 óbitos em mulheres com idade a partir de 50 anos, encontrando-se maior proporção entre 70 a 79 anos (227/745) (30,47%), não atingindo significância estatística ($p = 0,2633$), como se observa na tabela 1.

As pacientes falecidas provieram em maior proporção das cidades circunvizinhas (463/745) que da própria cidade de Sorocaba (Tabela 2), sugerindo alta significância estatística ($p = 0,0173$).

A tabela 3 ($p = 0,0711$) demonstra que o tratamento clínico (599/745) foi realizado em 80,4% das pacientes.

À visão da tabela 4, que analisa as condições gerais das pacientes à admissão hospitalar, nota-se que cerca de 51,9% (387/745) delas se encontravam em mau estado geral ($p = 0,123$).

A tabela 5 ($p = 0,0991$) expõe a distribuição das pacientes segundo o número e as proporções dos óbitos segundo as causas, definidas através do CID em sua 10ª edição, observando-se que as principais causas estão entre as cardiovasculares (41,1%) (306/745), neoplasias (21,2%) (158/745) e doenças do aparelho digestório (10,3%) (61/745).

Na tabela 6 ($p = 0,5027$) observa-se que o CHS tem desempenhado atuação em maior proporção para atendimento primário, ou seja, de casos sem tratamentos prévios (470/745) (63,1%), que para atendimento secundário, isto é, aquele voltado para pacientes já medicadas em outras unidades.

Tabela 1. Faixa etária

	2006		2007	
	N	%	N	%
50 a 59	81	22,8	72	18,5
60 a 69	78	21,9	101	26
70 a 79	116	32,6	111	28,5
80 a 89	63	17,7	82	21,1
90 a 98	18	5,0	23	5,9
Total	356	100	389	100

p = 0,2633 X² = 5,243

Tabela 2. Procedência

	2006		2007	
	N	%	N	%
Sorocaba	151	42,4	131	33,7
Outras cidades	205	57,6	258	66,3
Total	356	100	389	100

p = 0,0140 X² = 6,035

Tabela 3. Tipo de tratamento

	2006		2007	
	N	%	N	%
Cirúrgico	60	16,9	86	22,1
Clínico	296	83,1	303	77,9
Total	356	100	389	100

p = 0,0711 X² = 3,257

Tabela 4. Estado geral na internação

	2006		2007	
	N	%	N	%
BEG	4	1,1	19	4,9
REG	164	46,1	171	43,9
MEG	188	52,8	199	51,2
Total	356	100	389	100

p = 0,0123 X² = 8,797

Tabela 5. Causas de óbitos

	2006		2007	
	N	%	N	%
Circulatória	146	41	160	41,1
Neoplasia	82	23,1	76	19,5
Respiratória	19	5,3	42	10,8
Digestória	35	9,8	42	10,8
Externa	17	4,8	19	4,9
Infeciosa	17	4,8	7	1,8
Osteomuscular	18	5	17	4,4
Geniturinário	13	3,7	15	3,9
Outras	9	2,5	11	2,8
Total	356	100	389	100

$p = 0,0991$ $\chi^2 = 13,391$

Tabela 6. Tipo de atendimento

	2006		2007	
	N	%	N	%
Primário	229	64,3	241	61,9
Secundário	127	35,7	148	38,1
Total	356	100	389	100

$p = 0,5027$ $\chi^2 = 0,449$

DISCUSSÃO

A menopausa representa período de tempo em que se desenvolvem alterações hormonais e sociais para a mulher. Estes fatores de risco expõem-nas comumente, além de outros próprios às suas condições de saúde, durante a passagem da menopausa e pós-menopausa.^{14,19} Se a idade de 50 anos for considerada como a mais próxima da menopausa, globalmente cerca de 25 milhões de mulheres anualmente adentram nesta fase vivencial.

Nas proximidades do ano de 2030, a expectativa será a de que a população de menopausadas e pós-menopausadas alcance a cifra de 1,2 bilhões, com cerca de 47 milhões de novas pacientes entrando anualmente.¹⁹

No Brasil, país no qual existe atualmente perspectiva de vida ao redor de 72,4 anos, cerca de 1/3 de vida das mulheres será vivida durante a fase enfocada neste trabalho.²⁰

O estudo da mortalidade feminina pós-período reprodutivo torna-se oportuno e importante, com a finalidade de contribuir para a descrição de sua ocorrência e análise dos fatores associados. A sua magnitude também é representada pelas repercussões sociais inerentes desencadeadas às expectativas de qualidade de vida esperada pelas mulheres. Esta fase de vida feminina, em verdade, constitui-se verdadeiro problema de saúde pública.¹⁴

As pesquisas demonstram que em países mais desenvolvidos é maior a mortalidade masculina que a feminina. Há maior esperança de vida ao redor de 7 a 8 anos para as mulheres, ou de três mortes de um homem para cada uma de mulher.⁷

Por outro lado, a mortalidade populacional pode ser conhecida através das declarações de óbitos, desde que as mesmas

estejam perfeitamente preenchidas.

Os estudos a partir destes dados podem contribuir para melhor conhecimento das causas de óbito, como elas evoluem e se distribuem nas diversas faixas etárias.¹ As estatísticas de mortalidade são frequentemente utilizadas para quantificar a extensão dos problemas de saúde pública, além de poder definir a importância real das várias causas de óbito.¹³

Nesta pesquisa encontram-se associadas às mortes femininas aquelas geradas através de causas evitáveis como, em geral, observam-se quando se estudam óbitos em idade reprodutiva.²¹ Na realidade, são óbitos que não deveriam acontecer, porque estas causas já poderiam ter sido eliminadas, com seus efeitos controlados e, portanto, suas portadoras não estariam expostas ao êxito letal.²²

Os resultados trazem à luz que as proporções mais elevadas, porém não significativas de óbitos, encontram-se na faixa etária de 70 - 79 anos ($p = 0,2633$), idades estas não muito expressivas se compararmos com as de países desenvolvidos.²

O contingente feminino mais numeroso e proporcionalmente significativo ($p = 0,0140$) veio de suas cidades de origem (pequeno, médio e grande portes), nas quais os serviços primários e secundários estariam incapacitados para as soluções procuradas para o ambiente terciário do complexo hospitalar em estudo. Esta procura não distinguiu significativamente casos clínicos e/ou cirúrgicos ($p = 0,0711$). Em ao redor de 52% das pacientes falecidas o estado geral já estava extremamente debilitado ($p = 0,0123$), proporção significativa para que com certeza contribuisse para os insucessos da melhora e recuperação das condições de saúde, mesmo em presença de ambiente hospitalar apropriado, como é o oferecido no CHS.

Os resultados apresentados ao se analisarem os grupos de causas, revelam a importância e as maiores proporções das doenças cardiovasculares como provedoras de morte para a população feminina (41%), como já ocorre mesmo na fase reprodutiva das mulheres.^{21,22} Neste grupo de patologias, destacam-se a relevância da hipertensão arterial isolada e/ou associada às doenças cerebrovasculares e, também, à doença isquêmica cardíaca. A adequada divulgação e consequente aplicação de medidas mais preventivas em nível primário e secundário,²³ que contemplassem realmente a população mais carente, poderiam ter como resposta a redução mais evidente na incidência e morbidade das doenças cardiovasculares para a comunidade feminina brasileira.²⁴⁻²⁷

Na atualidade observa-se vasta propaganda através dos meios de comunicação, além do uso de metodologias epidemiológicas para investigar e de prevenção para as doenças crônicas e degenerativas, porém, no estudo atual, as neoplasias representam a segunda causa mais importante de óbito feminino (21,30%). Isto poderá suscitar o raciocínio de qual seria a real utilidade e validade na prática assistencial de tais programas em uso para as mulheres em sua fase mais provecta.¹

A elevada proporção de demanda primária, isto é, pacientes provindas de locais de atendimento primário e/ou secundário, provavelmente insuficientes para expectativas de obtenção de saúde, para o tratamento em ambiente terciário (Tabela 6), sem quaisquer tentativas terapêuticas, desvelam viés preocupante igualmente em relação aos programas de saúde em andamento.

Suscitem como intervenientes, ainda, a demora do transporte e a falta de integração entre os centros assistenciais primários, secundários e mesmo os terciários, dificultando o acesso das usuárias a estes centros resolutivos.

No presente estudo devem ser destacadas algumas limitações inseridas em seu contexto. A amostra estudada não é representativa de uma população geral, mas sim de usuárias de um serviço público terciário. A sua representatividade numerológica pode variar e/ou ser insuficiente ao longo do tempo a falhas de registros em prontuários médicos e à coleta de dados provenientes de informações das próprias pacientes ou de seus acompanhantes.

A fase pós-reprodutiva feminina não está inserida apenas em contexto ligado a sintomas e/ou sinais decorrentes de falhas ou deficiências hormonais, porém muito mais amplo, no qual deva contemplar a mulher inserida em um meio social, através do qual possa desenvolver interrelações de diversas naturezas e, obviamente, tenha condições de desfrutar de todo o seu potencial construtor e criativo.²⁰⁻²⁵

A mulher brasileira, após a sua fase reprodutiva, dada a sua importância e crescente participação na força de trabalho, como chefe de família e, na maior organização política através de movimentos específicos de mulheres, merece realmente que se voltem as atenções mais específicas à qualidade de sua saúde.²⁶

Sinale-se no contexto atual a real necessidade e evidência de se encarar diferentemente na saúde o homem e a mulher como seres diferentes. A realidade dispõe de condições com a participação das ciências humanas e sociais, levando-se em conta, na pesquisa sobre o processo bioquímico e fisiológico diferencial, a psicologia individual como resultante do social e da cultura.²⁷⁻³⁰

O envelhecer com qualidade de vida sadia gera certamente condições para que as mulheres climatéricas ultrapassem esta fase de vida, atingindo a senilidade de forma

saudável, independente de sua família e, também, dos sistemas de saúde que a elas estejam disponíveis.

Inclua-se neste período especial da vida da mulher, que a saúde feminina deva ser acompanhada de forma criteriosa e com responsabilidade pública, voltada exclusivamente aos interesses de sua própria população. Este raciocínio poderá ser fundamental no planejamento de realidade sanitária e, consequentemente, orientar as prováveis soluções.²⁸

CONCLUSÕES

Foram identificados 745 óbitos de mulheres após a idade reprodutiva no CHS durante o período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007.

A maior proporção de óbitos ocorreu na faixa etária entre 70 - 79 anos.

As mulheres faleceram com maiores proporções de causas do aparelho cardiovascular e de neoplasias.

O envelhecer das mulheres deveria ser contemplado com qualidade de vida sadia, atingindo o climatério e a senilidade de forma saudável, independente de sua família e dos sistemas de saúde disponíveis.

A saúde feminina no período pós-reprodutivo deve ser acompanhada de forma criteriosa e com responsabilidade pública, voltada exclusivamente para os interesses de sua própria população.

REFERÊNCIAS

- Haddad N, Silva MB. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva – 15 a 49 anos – no Estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. *Rev Assoc Med Bras.* 2001; 47:221-30.
- Aquino EML, Menezes GM, Amoedo BEM, Nobre LCC. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? *Cad Saúde Pública.* 1991; 7: 171-89.
- Carvalho CDG, Manço ARX. Mortalidade feminina no período reprodutivo em localidade urbana da região sudeste do Brasil. *Evolução nos últimos 20 anos.* *Rev Saúde Pública.* 1992; 26:239-45.
- McGinnis JM, Foege W. Actual causes of death in the United States. *JAMA.* 1993; 270:2007-12.
- Waldron I. Recent trends in sex mortality ratios for adults in developed countries. *Soc Sci Med.* 1993; 36:451-62.
- Faúndes A, Parpinelli MA, Cecatti JG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública.* 2000; 16:671-9.
- Kruger DJ, Nesse RM. Sexual selection and the male: female mortality ratio. *Evol Psychol.* 2004; 2:66-85.
- Siqueira AAF, Rio EMB, Tanaka ACD, Schor N, Alvarenga AT, Almeida LC. Mortalidade feminina na região Sul do Município de São Paulo: qualidade de certificação médica dos óbitos. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33:499-504.
- Fortney JA. Reproductive morbidity: a conceptual framework. Research Triangle Park, Durham, NC, Family Health International, 1995 (Working Papers No. WP95-02).
- Albuquerque RM, Cecatti JG, Ardi EE, Faúndes A. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1998; 14:41-8.
- Faúndes A, Cecatti JG, Parpinelli MA, Serruya SJ. Mortalidade materna. In: Neme B, editor. *Obstetrícia básica.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 1191-200.
- Fernandes CE, Baracat EC, Lima GR. Climatério. Manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2004. p.11-4.
- Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde.* 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. p. 499-513.

14. Polisseni AF, Araújo DAC, Polisseni F, Mourão Jr. CA, Polisseni J, Fernandes ES, et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31:28-34.
15. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986 I - Metodologia e resultados gerais. Rev Saúde Pública. 1990; 24:128-33.
16. Organização Mundial da Saúde: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a classificação de Doenças em Português; 1995.
17. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Bioestat 5.0 [Internet]. 2010. [acesso em 20 jul. 2010]. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/noticias.php>.
18. Siegel S, Castalani Jr NJ. Estatística não paramétrica para ciências do comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 448.
19. Hill K. The demography of menopause. Maturitas. 1996; 23:113-27.
20. Galvão LLLF, Farias MCS, Azevedo PRM, Vilar MJ, Azevedo DG. Prevalência de transtornos mentais mais comuns e avaliação de qualidade de vida no climatério. Rev Assoc Med Bras 2007; 53: 414-20.
21. Grillo SS, Novo JLVG. Mortalidade feminina durante o período reprodutivo no Conjunto Hospitalar de Sorocaba – Resultados gerais. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba 2009; 11: 15-22.
22. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, Pereira BG, Passini Jr R, Amaral E. Análise da mortalidade evitável de mulheres em idade reprodutiva. Rev Bras Ginecol Obstet 2000; 22:579-84.
23. Perrota BL, Perrota AL. Access to state-of-the-art healthcare: a missing dynamic in consultant selection of a retirement community. JAOA. 2008; 108:297-305.
24. Gus I, Fishmann A, Medina C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. Arq Bras Cardiol. 2002; 78: 478-83.
25. Lindh-Åstrand L, Hoffmann M, Hammar M, Kjellgren KI, Salado W. Women's conception of the menopausal transition – a qualitative study. J Clin Nurs. 2007; 16:509-17.
26. Schmitt ACB, Cardoso MRA, Aldrighi JM. Tendências da mortalidade em mulheres brasileiras no climatério. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 18:11-5.
27. Utian WH. Quality of life (QOL) in menopause. Maturitas. 2007; 57:100-2.
28. Jahangir A, Sagar S, Terzic A. Aging and cardioprotection. J Appl Physiol. 2007; 103:2120-8.
29. Silva Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade de Recife, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30:113-20.
30. Evangelista EI, Cezarino PYA, Mieli MPA, Aldrighi JM. Autonomia e climatério. Femina. 2005; 33:67-8.

PALAVRAS...

A palavra Doutor é sinônimo de Professor. Etimologicamente, provém do verbo latino “docere”, que significa ensinar.

De “docere” vem docente e doutor.

Nós, médicos, temos o direito e o privilégio de sermos tratados, apropriadamente, por doutores, pois nossa missão primeira, precípua, antes de curar, é ensinar ao homem bons hábitos, apontar e corrigir defeitos de comportamento para que não adoença.

Com isto, podemos evitar uma série grande de doenças que acometem o homem moderno.

A vida moderna é causadora de doenças; é aterogênica.

Seu ritmo está em desacordo com nosso ritmo biológico, ritmo circadiano - “circa diem”-, criado pela natureza ao longo de milhões e milhões de anos. Este defasamento entre o ritmo biológico e o da vida moderna cria doenças várias.

Conta-se que na China antiga, em certa província, o médico não recebia, individualmente, por cada atendimento.

Periodicamente, recebia da comunidade um salário, em pagamento pelo seu trabalho. No entanto, se alguém da comunidade adoecia, seu estipêndio era suspenso, pois se entendia que o médico não executara seu trabalho preventivo a contento.