

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATRNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

AFEF TLILI LABIDI

**PERFIL ALIMENTAR, AVALIAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E XEROSTOMIA EM
MULHERES NO CLIMATÉRIO USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA DE
REPOSIÇÃO HORMONAL**

São Luís
2012

AFEF TLILI LABIDI

**PERFIL ALIMENTAR, AVALIAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E XEROSTOMIA EM
MULHERES NO CLIMATÉRIO USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA DE
REPOSIÇÃO HORMONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Prof.^a Doutora Ana Emília Figueiredo de Oliveira.

Co-Orientadora: Prof.^a Doutora Luciane Maria Oliveira Brito.

São Luís
2012

Labidi, Afefi Tlili

Perfil alimentar, avaliação do fluxo salivar e xerostomia em mulheres no climatério usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal/AfefiTliliLabidi. - São Luís, 2012.

48f.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2011.

1. Climatério. 2. Perfil alimentar. 3. Fluxo salivar. 4. Xerostomia. 5. Terapia de reposição hormonal. I. Título.

CDU 616.693

AFEF TLILI LABIDI

PERFIL ALIMENTAR, AVALIAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E XEROSTOMIA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do Título de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em Sessão Pública considerou a candidata aprovada em 18/06/2012.

Profa. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão–UFMA

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão–UFMA

Prof. Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito (Examinador Externo)
Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto–USP

Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão–UFMA

Profa. Dra. Fernanda Ferreira Lopes (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão -UFMA

Ao meu marido Sofiane Labidi, em especial pelo amor, carinho, compreensão e incentivo em todos os momentos e, aos meus queridíssimos filhos, Aziz e Nour, presentes de Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força para superar os obstáculos, mostrar os caminhos e me suprir em todas as minhas necessidades.

À minha família que amo muito, pelo carinho, paciência e apoio incondicional.

Às professoras Ana Emília Figueiredo de Oliveira e Luciane Maria Oliveira Brito, pela orientação segura, apoio e, por acreditarem em mim.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde – Materno Infantil pelo ensinamento; eles contribuíram muito para meu crescimento profissional.

À Secretária do Curso, minha amiga Helena Ribeiro, por todo esforço, dedicação e apoio ao curso e aos estudantes.

Às minhas colegas do projeto, em especial, Talyta Azevedo e Ana Caroline Coelho Bringel, que participaram diretamente deste trabalho e me ajudaram muito na fase da coleta de dados.

Aos técnicos e funcionários do Hospital Universitário Materno-Infantil, pelo apoio técnico excepcional.

Às minhas colegas do Mestrado, pelo convívio e aprendizado.

À todas as minhas amigas e meus amigos pelo apoio, força, e companheirismo.

À CAPES, pela concessão da bolsa de Mestrado.

E, a todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, contribuírem com o desenvolvimento deste trabalho.

“O professor medíocre conta. O bom professor explica. O professor superior demonstra. O grande professor inspira”

William Arthur Ward.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No climatério, há intensas transformações que podem ser sentidas também na cavidade oral, pela hipossalivação ou xerostomia, o que pode ser minimizado com a Terapia de Reposição Hormonal (TRH). O adequado perfil alimentar em mulheres climatéricas ajuda a prevenir as doenças mais prevalentes nessa faixa etária. Portanto, a análise do consumo alimentar de mulheres climatéricas ajuda a aprofundar novas abordagens na intervenção alimentar para a prevenção e controle, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida.

OBJETIVOS: Investigar o perfil alimentar e a relação existente entre hipofluxo salivar e xerostomia em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de TRH.

MÉTODOS: Estudo transversal e prospectivo pela aplicação de questionários e análise do fluxo salivar em mulheres climatéricas que compareceram ao Hospital Universitário da UFMA em 2009 e 2010. Elas foram divididas em dois grupos A e B. O Grupo A foi composto por mulheres usuárias de TRH (estradiol 1mg/dia durante 12 meses seguidos) e o Grupo B por não usuárias.

RESULTADOS: O Grupo A apresentou maior volume de fluxo salivar em comparação com o Grupo B ($p=0,021$). A xerostomia mostrou-se um sintoma independente da taxa de fluxo salivar, e esteve presente, em sua maioria, no Grupo B. O maior IMC médio foi encontrado no Grupo B. O consumo de açúcares e gorduras predominou nas obesas grau II, de hortaliças nas magras, de frutas nas com sobrepeso e de leites e derivados nas eutróficas.

CONCLUSÕES: A partir da avaliação do consumo alimentar, este estudo demonstrou que as mulheres climatéricas alimentam-se de forma incorreta do ponto de vista quantitativo e qualitativo, havendo uma tendência ao maior consumo de gorduras. Conclui-se também que a TRH traz benefícios em relação aos sintomas de secura bucal e aumento do fluxo salivar.

Palavras-chave: Climatério. Perfil alimentar. Fluxo salivar. Xerostomia. Terapia de reposição hormonal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In climacteric, there are sweeping changes that can be felt also in the oral cavity by hyposalivation or xerostomia, which can be minimized with Hormone Replacement Therapy (HRT). The dietary profile in premenopausal women helps prevent the most prevalent diseases in this age group. Therefore, the analysis of food consumption in premenopausal women helps deepen new approaches to dietary intervention for the prevention and control, enabling them a better quality of life. **OBJECTIVES:** We aim to investigate the dietary profile and the relationship between low flow rate of saliva and xerostomia in menopausal women users and nonusers of HRT. **METHODS:** Cross and prospective research by the application of questionnaires and salivary flow analysis in menopausal women who attended the University Hospital of UFMA in 2009 and 2010. They were divided into two groups A and B. Group A was composed of women using HRT and Group B for non-users. **RESULTS:** Group A had a higher volume of salivary flow compared with Group B ($p = 0.021$). Xerostomia was found to be a symptom independent of salivary flow rate, and was present mostly in Group B. The highest mean BMI was found in Group B. The consumption of sugars and fats dominated in obese type II, in thin vegetables, of fruits in overweight, and of milk and dairy products in normal weight. **CONCLUSIONS:** Based on the assessment of dietary consumption, this study showed that menopausal women eat incorrectly in quantitative and qualitative terms, with a trend toward greater consumption of fats. We also conclude that HRT is beneficial regarding symptoms of dry mouth and increase of salivary flow.

Keywords: Climacteric. Xerostomia. Hormone replacement therapy. Dietary Profile.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Caracterização das pacientes que fizeram terapia de reposição hormonal (TRH) comparadas com pacientes que não fizeram uso de TRH. São Luís, 2012.....	23
Tabela 2	- Avaliação do fluxo salivar estratificada pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) em pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH). São Luís, 2012.....	24
Tabela 3	- Avaliação das pacientes sobre a presença de sintomas de xerostomia. São Luís, 2012.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Caracterização do padrão alimentar do café da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	26
Figura 2	- Caracterização do padrão alimentar do lanche da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	27
Figura 3	- Caracterização do padrão alimentar do almoço de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	28
Figura 4	- Caracterização do padrão alimentar do lanche da tarde de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	29
Figura 5	- Caracterização do padrão alimentar do jantar de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	30
Figura 6	- Caracterização do padrão alimentar da ceia de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.....	31

LISTA DE SIGLAS

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
- HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBOPE - Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
- IMC - Índice de Massa Corporal
- PPGSMIN - Programa de Pós-Graduação em Saúde – Materno-Infantil
- TRH - Terapia de Reposição Hormonal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 Xerostomia e hipofluxo salivar	16
2.2 Perfil alimentar	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Geral	19
3.2 Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Tipo de estudo	20
4.2 Período e local do estudo	20
4.3 Amostra	20
4.3.1 Seleção da amostra	20
4.3.2 Critérios de não inclusão	20
4.4 Instrumento e coleta de dados	21
4.4.1 Avaliação de Xerostomia	21
4.4.2 Avaliação do Fluxo Salivar	21
4.4.3 Avaliação do Consumo Alimentar	21
4.5 Análise de dados	22
4.6 Aspectos éticos	22
5 RESULTADOS	23
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	34
ANEXOS	38
6 ARTIGO CIENTÍFICO	41
6.1 Revista de Pesquisa em Saúde, classificado como B5 na área de avaliação MEDICINA II	41
6.2 Normas Editoriais/Normas para os autores	41
6.3 Artigo	51

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa um dos mais importantes desafios para a saúde pública contemporânea, o que vem ocorrendo de modo longo e progressivo^{1,2,3}. Atualmente, em países desenvolvidos, 50% das mulheres alcançam os 75 anos de idade. Em nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento, 86% das mulheres nascidas na década de 70 ultrapassarão os 75 anos de idade³.

Dados do IBGE⁴ mostram que em 2008 a população idosa (65 anos ou mais) representava 6,53% da população total, sendo que em 2050 estima-se que ultrapassará 22,71%. Esse envelhecimento da população brasileira, mormente a feminina, constitui-se numa evidência demográfica. A expectativa de vida das mulheres ultrapassa a dos homens. Em 2008, a média de vida feminina foi de 76,6 anos e a dos homens de 69,0 anos, verificando-se, assim que o excedente feminino em 2050 poderá atingir quase sete milhões.

Considerando que mais de um terço da expectativa de vida feminina é vivenciada no climatério, esses números exercem forte significado no campo da saúde pública⁵. O climatério é um período de transição da vida reprodutiva para a não reprodutiva e dentro deste período ocorre a menopausa, que corresponde a última menstruação fisiológica da mulher⁶.

Com o envelhecimento da população mundial, há um aumento do número de mulheres que farão a transição para a menopausa⁷. A menopausa traz consigo várias possibilidades de manifestações clínicas desagradáveis associadas a baixa hormonal, prejudicando a qualidade de vida da mulher, acarretando repercussões psíquicas, vasomotoras e alterando o trofismo urogenital entre outras⁵. O climatério, portanto, é um fenômeno endócrino decorrente do esgotamento dos folículos ovarianos que ocorre em todas as mulheres a partir dos 35 a 40 anos, estendendo-se aos 65 anos, caracterizando-se por um estado de hipoestrogenismo progressivo².

O climatério pode ser assintomático, porém aproximadamente 60 a 80% das mulheres referem alguma sintomatologia desagradável. É comum a presença de ondas de calor (ou fogachos), insônia, vertigem, irritabilidade, cefaléia, mialgia, atrofia urogenital, vulvovaginites, incontinência urinária de esforço, desconforto oral, incluindo a hipossalivação e xerostomia^{2,6,8,9}. O déficit estrogênico também está associado a uma maior incidência de doença coronariana e uma maior taxa de

mortalidade por doença cardiovascular. São observados ainda aumento no risco de osteoporose e fraturas osteoporóticas devido à diminuição da densidade mineral óssea nesse período¹⁰.

A síndrome climatérica representa um momento de intensa transformação, sobretudo pelo decréscimo das funções corporais. Não obstante, acredita-se que essa hipofunção também seja sentida na cavidade oral, podendo se manifestar por meio da hipossalivação ou xerostomia. Paralelo a isso, tem-se o conhecimento de que a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) representa para a mulher a melhora de todas as funções corporais estrogênio-dependente. A TRH no climatério deve ser considerada, frente às indicações respeitando as contraindicações e, principalmente, quando os benefícios superarem os riscos, após decisão conjunta previamente discutida e aceita pelas mulheres⁹.

Estudos sobre o consumo alimentar em mulheres climatéricas, usuárias ou não de TRH associados à xerostomia e fluxo salivar são muito escassos na literatura, tornando-se indispensável uma análise do consumo alimentar nestas mulheres, a fim de conhecer melhor as possíveis alterações relacionadas nesse período, possibilitando - lhes uma melhor qualidade de vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Xerostomia e Hipofluxo Salivar

O desconforto oral é uma queixa bastante comum em mulheres menopausadas. Sabe-se que a principal função da saliva é proteger a mucosa oral e esmalte dental dos agentes externos. A quantidade de secreção em adultos saudáveis não apresenta variações significativas por idade e sexo. Porém sofre alteração pelo ritmo circadiano, tipo de alimentação ingerida, menopausa, gravidez ou momento do ciclo menstrual. A xerostomia pode ser definida como uma sensação de secura na boca causada pela ausência ou diminuição na produção salivar¹¹.

Essa sintomatologia pode se associar a ardor bucal e disgeusia formando uma tríade sintomática característica da síndrome da ardência bucal. Esta síndrome muito comum em paciente menopausada pode ser caracterizada como um distúrbio sensitivo doloroso crônico com sensação de ardor ou queimação na mucosa bucal na ausência de qualquer lesão local¹².

A xerostomia, na maioria dos casos, apresenta-se como uma sintomatologia isolada que pode ter as mais diversas etiologias, entre as quais podemos citar alterações hormonais, desidratação, respiração bucal crônica, doenças sistêmicas como diabetes mellitus, nefrite, disfunção da tireóide, doenças auto-imunize como Síndrome de Sjögren, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, vírus HIV, entre outros^{11,13}.

Enquanto que a xerostomia é uma sensação de secura bucal, o hipofluxo salivar é a medida da diminuição da produção da saliva. Considera-se hipossalivação medidas de volume salivar inferior a 0,7 ml/min¹⁴. Dawes¹⁵ estimou que metade das pessoas que referem queixas de xerostomia apresenta um decréscimo de 50% do fluxo salivar normal previamente à percepção daquele sintoma. Isso mostra que há uma correlação positiva entre hipossalivação e xerostomia¹⁶.

A fisiopatologia do hipofluxo salivar e xerostomia podem ser definidas como uma mudança estrutural das glândulas salivares, observando uma clara perda linear de células acinosas, responsáveis pela produção de saliva, sendo substituídas por gordura ou tecido conjuntivo, levando ao estreitamento dos ductos e ainda ao aumento da viscosidade da saliva¹³.

Além da xerostomia, a hipossalivação pode acarretar consequências mais sérias como aumento da incidência de cáries, doença periodontal, candidíase, ulcerações e fissuras. Além dessas alterações bucais ainda podem ser citados: distúrbios sensoriais; prejuízo na fonação, decréscimo nutricional, dificuldade de formação e deglutição do bolo alimentar e halitose⁹.

2.2 Perfil alimentar

No climatério, os sintomas vasomotores, psicológicos, urogenitais, sexuais e de distúrbios do sono comprometem a ingestão alimentar dessas mulheres¹⁷. Por conta disso, elas correspondem a um grupo mais vulnerável do súbito aumento dos casos de obesidade entre as populações, um fator determinado, principalmente, pela alimentação desequilibrada, resultado da ingestão inadequada em gorduras e carboidratos com relação à recomendação¹⁸. Esta inadequação na ingestão alimentar torna-se importante fator de risco para inúmeras doenças associadas à idade e à menopausa, tais como diabetes, doença aterosclerótica e hipertensão arterial.

Como nessa fase o hipoestrogenismo é acentuado, o perfil lipídico é alterado e conseqüentemente há um aumento de peso e da gordura abdominal. Assim sendo, a American Heart Association preconiza uma alimentação com diminuição de gorduras total e saturada, com maior consumo de vegetais e peixes, objetivando reduzir o risco de doença cardiovascular pela melhora do perfil lipídico, redução de fatores trombogênicos e de agregação plaquetária, pelo aumento da sensibilidade à insulina¹⁹.

O Ministério da Saúde assegura que a adoção de uma alimentação saudável exerce um papel fundamental no retardo do processo de envelhecimento, na melhora do desempenho mental e físico, além de auxiliar na manutenção do peso adequado e na redução do risco de doenças crônicas não-transmissíveis, promove bem estar durante toda a vida da mulher, principalmente no período climatério, pois nessa fase o crescimento e o desenvolvimento orgânico já se efetivaram e a alimentação terá o papel de estimular e manter o funcionamento adequado dos diversos órgãos e sistemas²⁰.

A alimentação saudável é entendida como aquela que faz bem, promove saúde e deve ser orientada e incentivada desde a infância à idade adulta. No

entanto, nem sempre depende apenas de opção individual. Baixa renda, exclusão social, escolaridade inadequada e falta ou má qualidade da informação disponível podem restringir a adoção e prática de uma alimentação saudável, a alimentação deve ser planejada com alimentos de todos os tipos de procedência segura e conhecida²¹.

Nas mulheres em climatério é importante determinar os níveis de ingestão dos nutrientes de maneira balanceada, estabelecendo seu perfil alimentar. Entretanto, não só a alimentação em si deve ser equilibrada, mas todo o comportamento alimentar que pode ser entendido como todas as formas de convívio com o alimento, constitui um conjunto de ações realizadas que têm início no momento em que o indivíduo decide qual alimento consumir em função da disponibilidade e do hábito alimentar²¹.

A alimentação nessa fase, objetiva proporcionar as mulheres uma ingestão adequada de calorias, proteínas, gorduras, carboidratos, cálcio, vitaminas e sais minerais, necessários à manutenção da saúde, do peso adequado, da massa óssea e a proteção cardiovascular²².

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar o perfil alimentar e a relação existente entre hipofluxo salivar e xerostomia em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de terapia hormonal.

3.2 Específicos

Conhecer o perfil clínico das pacientes deste estudo;

Avaliar a relação entre o fluxo salivar e terapia de reposição hormonal;

Comparar a presença de queixa de xerostomia e a terapia de reposição hormonal;

Caracterizar o padrão alimentar comparando-o com as recomendações preconizadas pela Pirâmide Alimentar da Organização Mundial de Saúde (OMS).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Transversal, prospectivo.

4.2 Período e local do estudo

O período do estudo foi de 2009 a 2010 e o local foi o Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Unidade Materno - Infantil da UFMA.

4.3 Amostra

4.3.1 Seleção da amostra

Foram selecionadas, por amostra de conveniência, 177 mulheres na pós-menopausa usuárias de TRH e também não usuárias, oriundas do Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Unidade Materno – Infantil da UFMA.

As usuárias de TRH que concordaram participar da pesquisa, constituíram o Grupo A e aquelas que não aceitaram ou apresentaram alguma contra-indicação, integraram o Grupo B. As pacientes selecionadas, após a anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram submetidas a um questionário que objetivou avaliar a presença de xerostomia e o consumo alimentar em mulheres climatéricas.

4.3.1 Critérios de não inclusão

Não foram incluídas na pesquisa as mulheres com antecedentes de hepatopatias, endocrinopatias, eventos tromboembólicos, tabagistas, usuárias de qualquer outra medicação hormonal nos últimos 12 meses, antecedentes familiares de 1º grau para câncer de mama, ovário ou endométrio. Também não foram incluídas aquelas que apresentaram alterações nos exames laboratoriais e também

os exames de imagem (ultrassonografia transvaginal ou pélvica e mamografia) que pudessem contra indicar a TRH.

4.4 Instrumento e coleta de dados

4.4.1 Avaliação de Xerostomia

Foi aplicado um questionário padrão empregado em vários trabalhos com perguntas relativas à xerostomia^{9,16} (ANEXO A). O questionário foi referente à presença da xerostomia, pior período (manhã ou noite), queimação, problemas na gustação, xerostomia durante as refeições, necessidade da ingestão de líquidos para deglutir alimentos, dificuldade para deglutir alimentos, caso evite determinados alimentos e caso acorde à noite para beber água. A avaliação do mesmo foi dada pela presença (S= sim) ou ausência (N= não) dos sintomas.

Também foram abordadas questões sobre condições sociodemográficas, como identificação, escolaridade, profissão, estado civil, entre outras.

4.4.2 Avaliação do Fluxo Salivar

Para a avaliação do fluxo salivar, todas as pacientes se submeteram ao seguinte protocolo: a coleta de saliva foi realizada pela manhã no referido ambulatório de ginecologia, em média 2 horas após a primeira refeição. As mulheres foram posicionadas sentadas confortavelmente, com a cabeça levemente inclinada para frente, e convidadas a mastigar um pedaço de aproximadamente 1 x 1 cm de parafilme para estimular a produção de saliva. A saliva produzida durante os primeiros 30 segundos cronometrados foi deglutida. Foi utilizada no estudo a saliva produzida nos 5 minutos seguintes, que foi coletada num recipiente graduado e esterilizado com capacidade de 100 mL. O fluxo salivar estimulado foi expresso em mililitros por minuto (mL/min)^{1,9}.

4.4.3 Avaliação do consumo alimentar

Para a avaliação do consumo alimentar foi aplicado o recordatório 24h registrando-se todos os alimentos, em medidas caseiras, consumidos no dia anterior

à aplicação. O inquérito alimentar recordatório de 24h baseia-se na memória recente dos indivíduos, com as respostas abertas, o que permite a obtenção de um quadro mais detalhado do consumo da população²³. Este inquérito é um instrumento validado, frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, bem aceito pelos entrevistados, de baixo custo e rápido²⁴ e tem como objetivo avaliar o consumo habitual de carboidratos, proteínas (carnes e ovos, leites e derivados), lipídeos, verduras, legumes, hortaliças, frutas e doces das participantes da pesquisa, segundo a pirâmide alimentar adaptada²⁵.

4.5 Análise de dados

Para análise dos dados foram utilizados os programas Excel® 2007 e o Epi Info® Versão 3.5.2.

4.6 Aspectos éticos

As pacientes que aceitaram participar da pesquisa receberam informações sobre a finalidade do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 e suas complementares, sendo que a pesquisa teve a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP/UFMA) nº 325/09 (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS

Este estudo foi composto por 177 mulheres, com idade entre 45 e 65 anos, dentre as quais, 65 eram usuárias de TRH e 112, não usuárias de TRH. A maior média de idade foi encontrada no grupo A, com 56 anos de idade. A cor parda da pele foi o achado mais prevalente nas mulheres não usuárias de TRH e a cor branca foi a mais prevalente em mulheres usuárias de TRH.

Quando analisado o perfil social destas mulheres nos Grupos A e B respectivamente, percebeu-se que a maioria é casada 55,39% (36/65) e 48,62% (53/112), e com ensino médio completo 46,16% (30/65) e 38,54% (42/112) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização das pacientes que fizeram terapia de reposição hormonal (TRH) comparadas com pacientes que não fizeram uso de TRH. São Luís, 2012.

Variáveis	Grupo A		Grupo B		p-Valor
	USUÁRIAS DE TRH (total=65)		NÃO USUÁRIAS DE TRH (total=112)		
	n	%	n	%	
Idade (média)	55,16		55,13		0,904
Cor					
Branca	35	53,84	22	20,18	<0,001
Parda	24	36,92	67	61,47	
Negra	06	9,24	20	18,35	
Estado Civil					
Solteira	15	23,08	37	33,95	0,311
Casada	36	55,39	53	48,62	
Outros	14	21,53	19	17,43	
Escolaridade					
1º Grau Incompleto	08	12,30	26	23,85	<0,001
1º Grau Completo	05	7,69	25	22,93	
2º Grau Incompleto	05	7,69	05	4,59	
2º Grau Completo	30	46,16	42	38,54	
3º Grau Incompleto	01	1,54	00	00	
3º Grau Completo	16	24,62	04	3,66	
Não Respondeu	00	00	07	6,43	
Número de filhos (média)	2,61		3,82		0,012
IMC (Média)	24,72		27,09		0,022
Idade da Menarca (média)	13,16		13,41		0,427
Idade da Menopausa (média)	44,10		46,39		0,085
Tempo de Menacme (Média)	31,46		32,90		0,211
Fluxo Salivar (Média/minuto)	1,79		1,38		0,021

O maior IMC médio das mulheres foi encontrado em não usuárias de TRH, o qual também teve as maiores médias de idade da menarca e menopausa e conseqüentemente, o maior tempo de menacme. Já quando se analisou o fluxo salivar médio, percebeu-se que as usuárias de TRH obtiveram as maiores médias, ou seja, um aumento do volume salivar se comparado com as mulheres que não fizeram reposição hormonal (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação do fluxo salivar estratificada pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) em pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH). São Luís, 2012.

FLUXO SALIVAR POR MINUTO (MÉDIA EM mL)				
Índice de massa Corpórea (IMC)	USUÁRIAS DE TRH (total=65)		NÃO USUÁRIAS DE TRH (total=112)	
Magreza	1,75		0,80	
Eutrofia	1,86	p-Valor	1,32	p-Valor
Sobrepeso	1,88	0,890	1,40	0,269
Obesidade Grau I	1,33		1,68	
Obesidade Grau II	1,60		0,96	

Considerando-se apenas as pacientes que responderam positivamente às queixas de xerostomia, percebe-se que a maioria é composta de mulheres que não fizeram TRH. Contrariamente, observa-se que o grupo que fez TRH teve mais sintoma de sede noturna se comparado ao grupo que não fez TRH (Tabela 3).

De modo geral, percebe-se que a maioria das mulheres analisadas não apresentou queixas relacionadas à xerostomia. Porém, um detalhe importante é que grande parte das pacientes que fez TRH não obteve queixas relacionadas à xerostomia, um dado ratificado pelo aumento do fluxo salivar.

Tabela 3 - Avaliação das pacientes sobre a presença de sintomas de xerostomia. São Luís, 2012.

Sintomas de Xerostomia	Grupo A		Grupo B		p-Valor
	USUÁRIAS DE TRH (total=65)		NÃO USUÁRIAS DE TRH (total=112)		
	n	%	n	%	
Você sente a boca seca durante as refeições?					
Sim	19	29,24	30	27,53	0,403
Não	46	70,76	79	72,47	
Ignorado	-	-	-	-	
Você tem dificuldade para engolir os alimentos?					
Sim	12	18,47	25	22,94	0,248
Não	53	81,53	84	77,06	
Ignorado	-	-	-	-	
Você sente necessidade de beber líquidos para conseguir engolir alimentos secos?					
Sim	20	30,77	40	36,70	0,216
Não	45	69,23	69	63,30	
Ignorado	-	-	-	-	
Você sente que há pouca quantidade de saliva em sua boca a maior parte do tempo?					
Sim	21	32,31	45	41,29	0,121
Não	44	67,69	64	58,71	
Ignorado	-	-	-	-	
Você sente a boca seca durante a noite ou assim que acorda?					
Sim	29	44,62	52	47,71	0,348
Não	36	55,38	57	52,29	
Ignorado	-	-	-	-	
Você sente a boca seca durante o dia?					
Sim	21	32,31	35	32,12	0,487
Não	44	67,69	74	67,88	
Ignorado	-	-	-	-	
Você mascar chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca?					
Sim	12	18,47	27	24,78	0,171
Não	53	81,53	82	75,22	
Ignorado	-	-	-	-	
Você acorda frequentemente à noite com sede?					
Sim	25	38,47	36	33,03	0,586
Não	40	61,53	72	66,05	
Ignorado	-	-	01	0,92	
Você tem problemas com o gosto dos alimentos?					
Sim	11	16,93	26	23,86	0,284
Não	54	83,07	81	74,31	
Ignorado	-	-	02	1,83	
Você tem sensação de queimação ou ardor em sua língua?					
Sim	06	9,24	28	25,69	0,020
Não	59	90,76	80	73,39	
Ignorado	-	-	01	0,92	

Analisando os resultados do consumo alimentar, pode-se observar que para o café da manhã houve predomínio do consumo de açúcares, gorduras, sal, leites e derivados, massas e frutas. Açúcares, gorduras e sal tiveram seu maior consumo em mulheres sem TRH obesas grau I (37%) e menor consumo em mulheres magras com TRH (16,7%). Quanto ao consumo de leites e derivados, mulheres magras e obesas grau I com TRH e mulheres magras sem TRH apresentaram maior consumo com 33,3% ambas, sendo o menor consumo em mulheres obesas grau I sem TRH (25,2%). O consumo de frutas foi maior nas mulheres magras com TRH (16,7%). Houve ausência de consumo em mulheres magras e obesas grau II sem TRH (Figura 1).

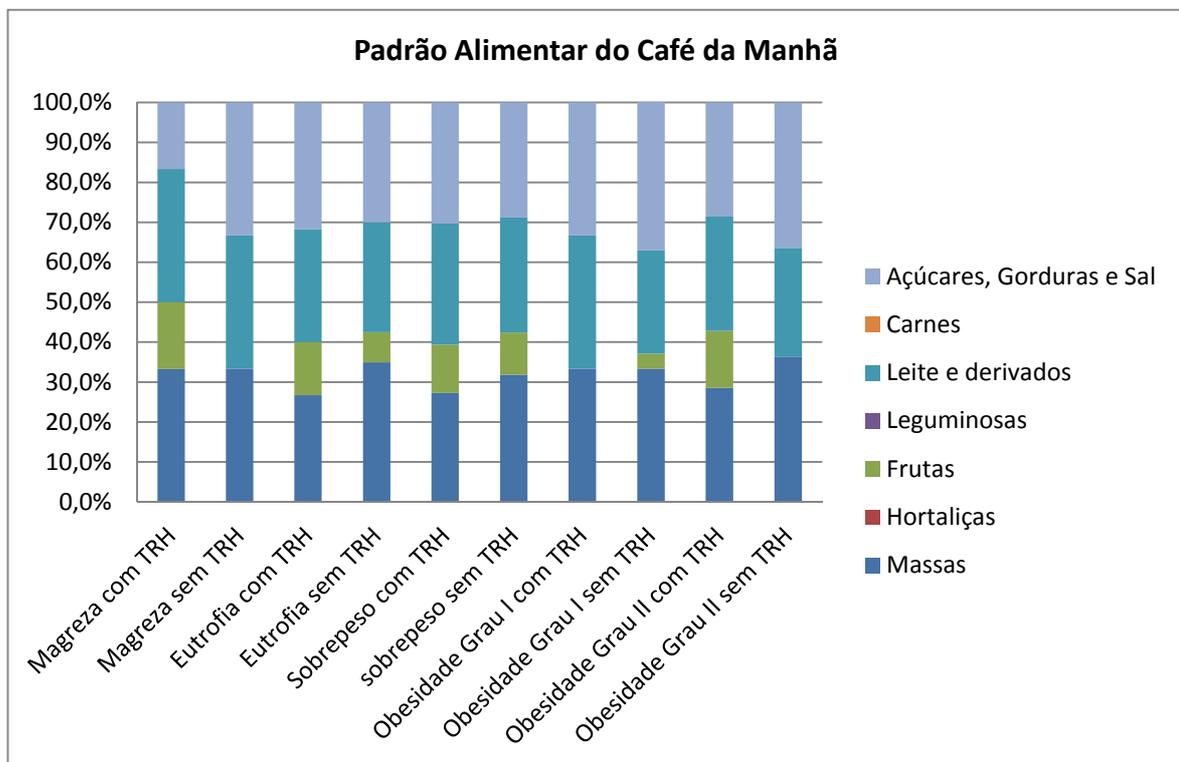


Figura 1 - Caracterização do padrão alimentar do café da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

Observou-se no lanche da manhã, que as mulheres magras sem TRH e obesas grau II consumiram somente frutas (100%). Seu menor consumo foi encontrado em mulheres sobrepeso com TRH (41,1%).

Não houve consumo de frutas em mulheres com TRH obesas grau II, neste grupo, houve somente consumo de açúcares, gorduras e sal (100%) (Figura 2).

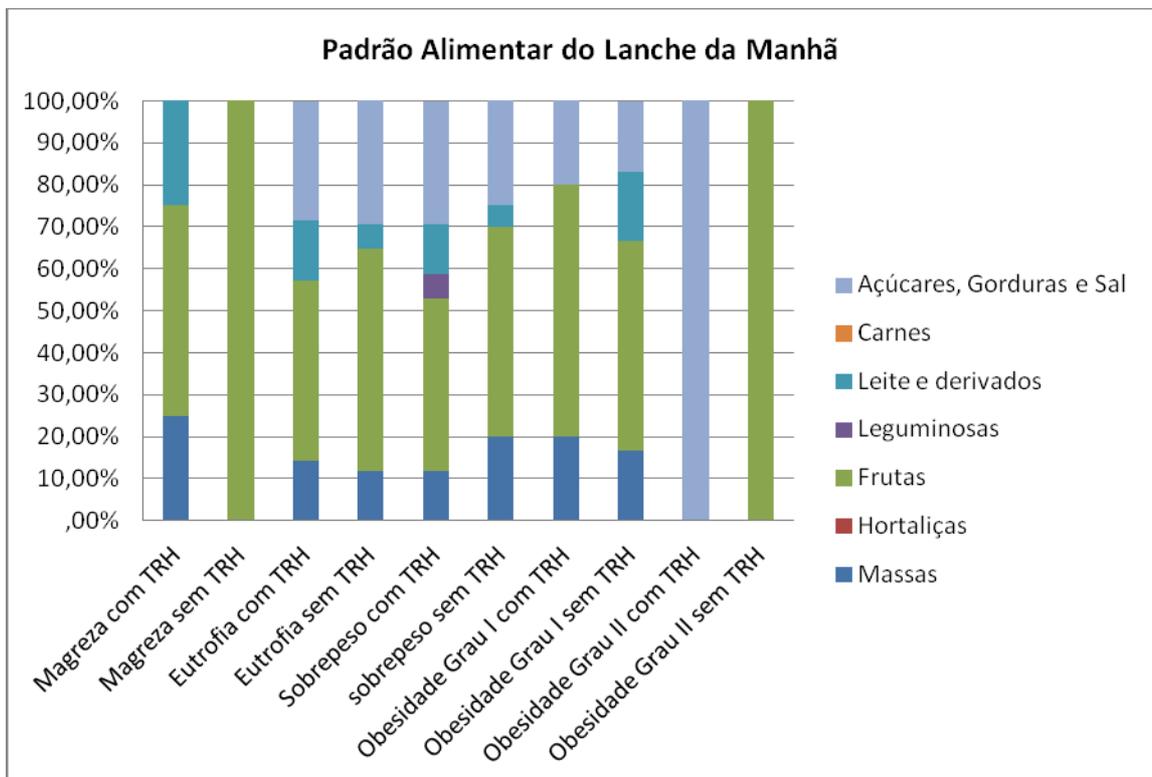


Figura 2 - Caracterização do padrão alimentar do lanche da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

No almoço, os grupos de alimentos mais consumidos foram carnes, massas, legumes e hortaliças. Mulheres com THR obesas grau II tiveram o maior consumo de carnes (50 %), enquanto que o menor consumo ficou com mulheres sem THR eutróficas (23,3 %). O consumo de hortaliças foi maior em mulheres com TRH magras (25%) e, menor em mulheres com TRH obesas grau I (14,2 %) (Figura 3).

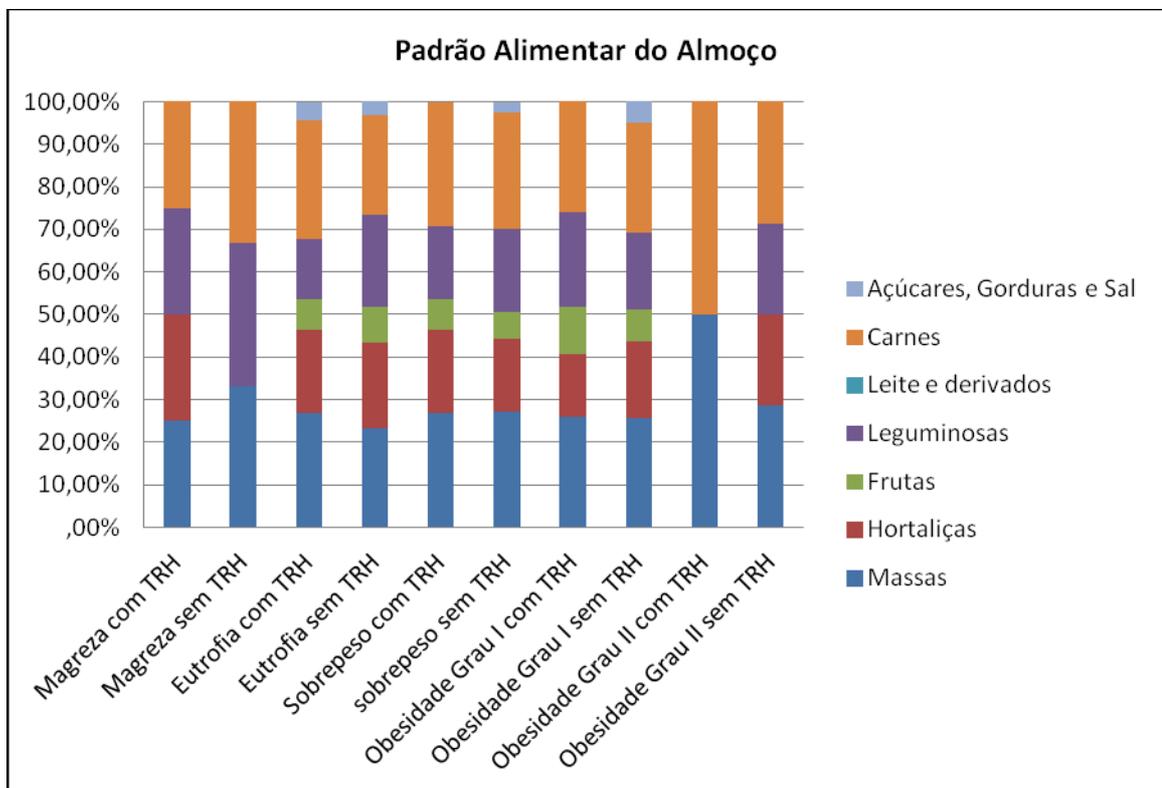


Figura 3 - Caracterização do padrão alimentar do almoço de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

Na Figura 4 estão apresentados os resultados referentes ao padrão alimentar do lanche da tarde. Observou-se predomínio no consumo de alimentos do grupo das frutas e dos açúcares e doces. Mulheres com e sem TRH obesas grau II apresentaram consumo de frutas de 50%, o menor percentual de consumo foi encontrado em mulheres sem TRH obesas grau I (12,5%). O consumo de açúcares e doces foi de 50 % em mulheres sem TRH obesas grau II e menor em mulheres sem TRH eutróficas (21,7%). Mulheres sem TRH magras relataram não fazer a refeição.

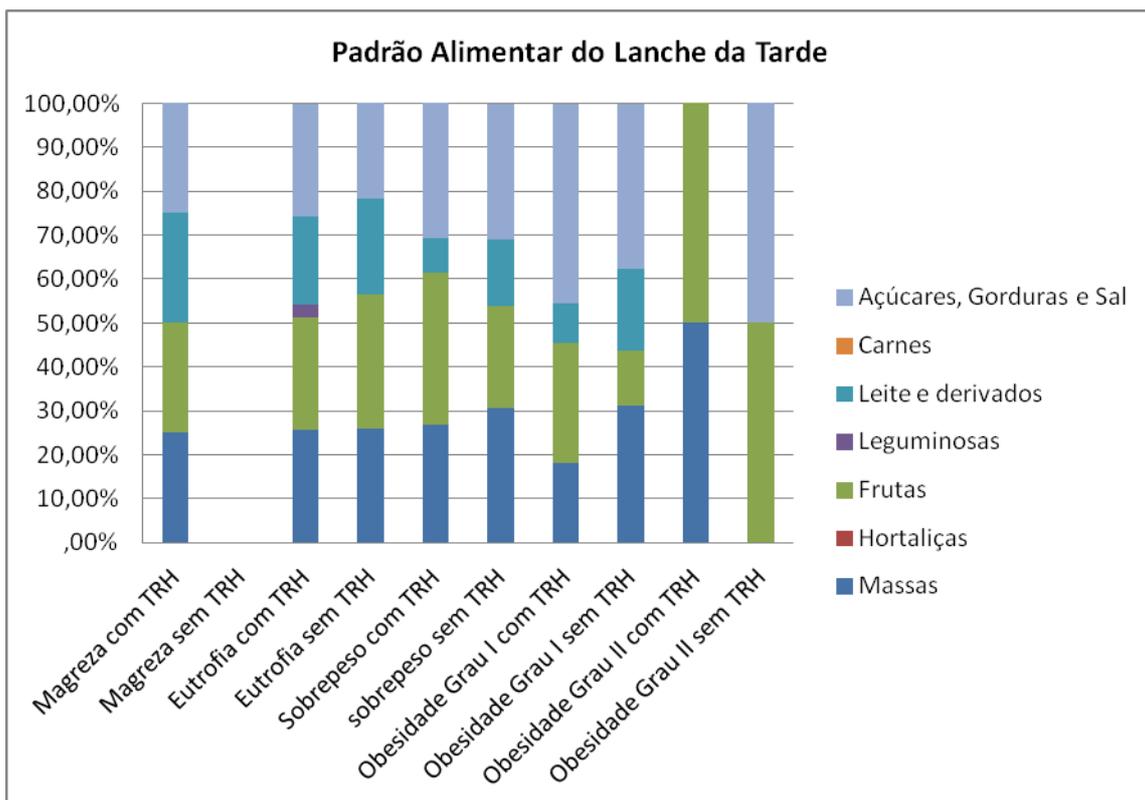


Figura 4 - Caracterização do padrão alimentar do lanche da tarde de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

No jantar, o consumo do grupo alimentar das carnes e massas foi predominante, ambos encontrando seu maior consumo em mulheres sem TRH magras (50%). O menor consumo de massas foi observado em mulheres sem TRH obesas grau II e eutróficas e em mulheres com TRH com sobrepeso (33,4%).

No grupo alimentar das carnes, observou-se menor consumo em mulheres com TRH obesas grau I (16,6%). O maior e o menor consumo de hortaliças foram observados em mulheres com TRH com sobrepeso e obesas grau I, 18,5% e 5,7%, respectivamente. As mulheres com TRH magras e obesas grau II e mulheres sem TRH magras não consumiram hortaliças.

Com relação ao consumo das frutas, observou-se maior consumo em mulheres com TRH com sobrepeso (14,8%) e menor em mulheres sem TRH obesas grau I (4,6%), sendo que não foi observado o consumo deste grupo alimentar em mulheres com TRH magras, obesas grau I e II e em mulheres sem TRH magras, com sobrepeso e obesas grau II (Figura 5).

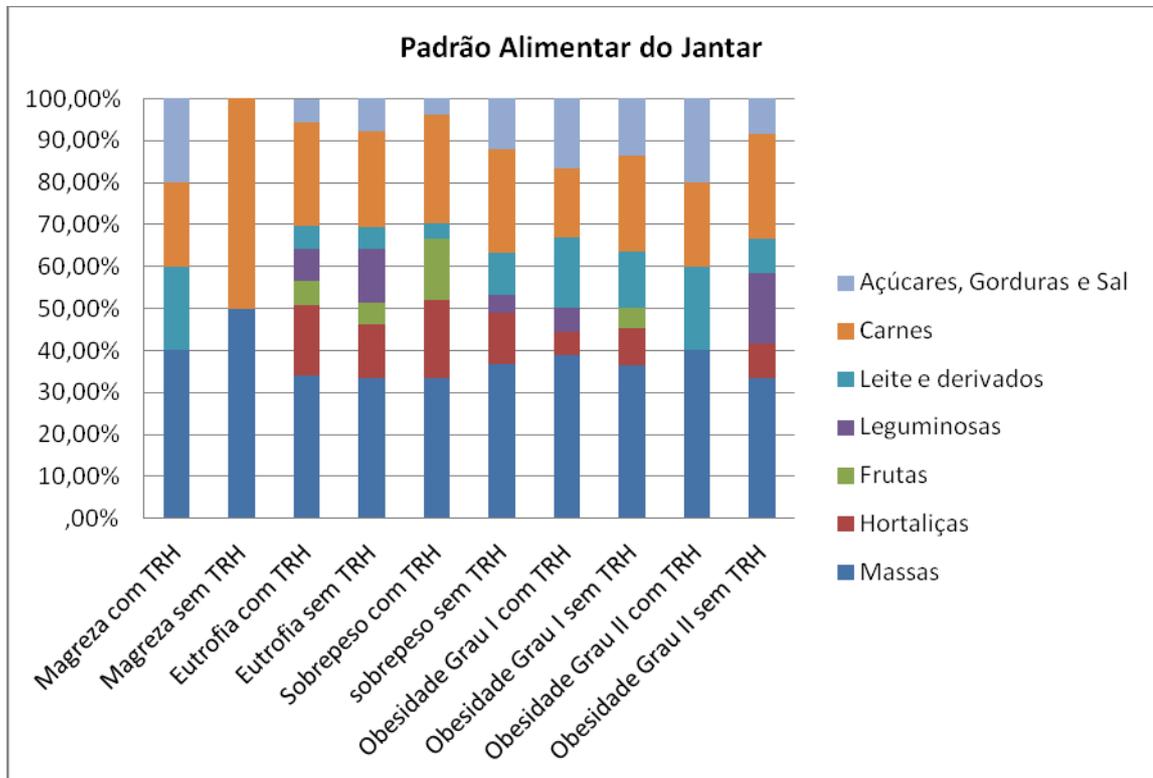


Figura 5 - Caracterização do padrão alimentar do jantar de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

Na Figura 6, que corresponde ao padrão alimentar da ceia, observa-se que mulheres com e sem TRH obesas grau I e grau II, não fazem esse tipo de refeição. Somente as mulheres com TRH com magreza, sobrepeso e mulheres sem TRH eutróficas consumiram frutas, 100%, 25% e 50%, respectivamente. O grupo do leite e derivados foi predominante em mulheres com TRH eutróficas (75%) e mulheres sem TRH magras, com sobrepeso e eutróficas (50%), as mulheres com TRH com sobrepeso obtiveram menor consumo (25%) e as demais não consumiram. Foi observado o consumo do grupo das massas apenas em mulheres com TRH eutróficas e com sobrepeso (25%).

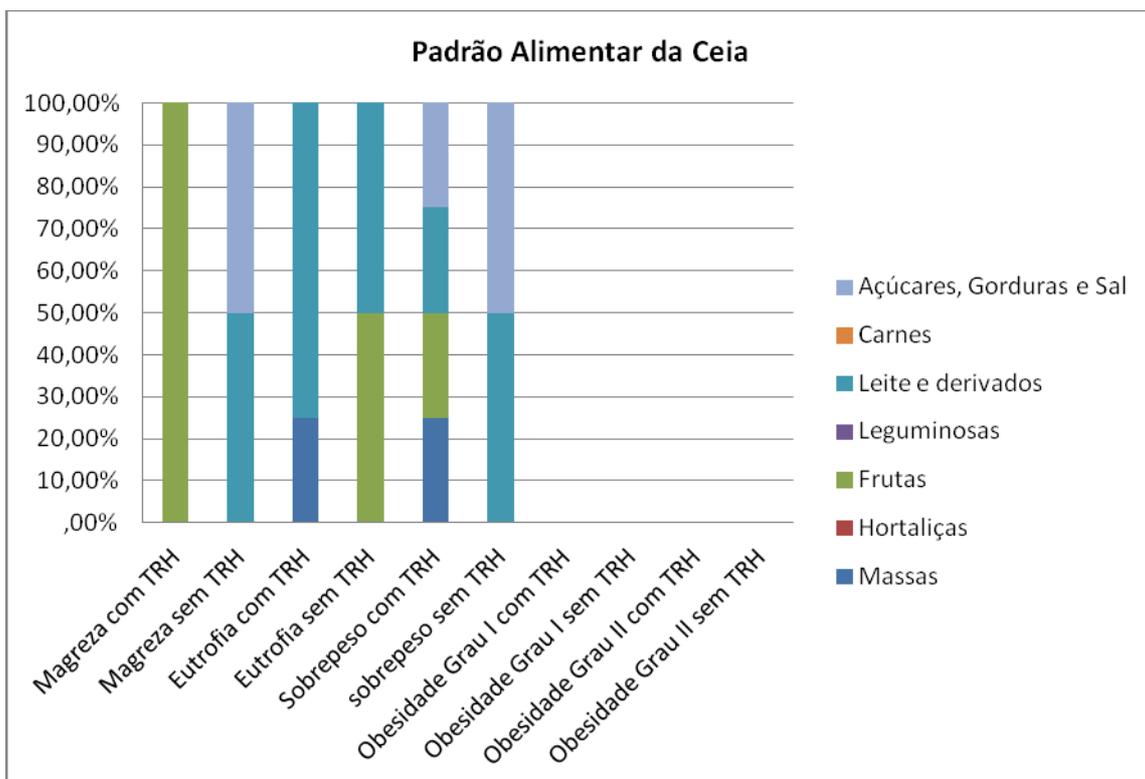


Figura 6 - Caracterização do padrão alimentar da ceia de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

REFERÊNCIAS

1. Costa MFL. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In: Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan – Americana de Saúde, 2009.p.65-82.
2. De Lorenzi DRS et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 287-93.
3. Malheiros ESA et al. Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2007; 8(2): 45-49.
4. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050:revisão. 2008. Acesso em: 10 nov.2011. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm.
5. Brito LMO, Chein MBC, Pires JAP. Climatério em portadoras de necessidades especiais. In: Anticoncepção, endocrinologia e infertilidade: soluções para as questões da ciclicidade feminina. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.p.672-674.
6. Utian WH, Boggs PP. Menopause-a modern perspective from a controversial history. Maturitas. 1999; 26: 73-82.
7. Rahman S, Salehin F, IQBAL, A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushitia, Bangladesh. BCM Research Notes. 2011; 4: 188.
8. Silveira IL et al. Prevalência de sintomas do climatério em mulheres dos meios rural e urbano no Rio Grande do Norte, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29(8): 420-7.
9. Silva LFG, Lopes FF, Oliveira AEF. Estudo sobre o fluxo salivar e xerostomia em mulheres na pré e pós-menopausa. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2007; 7(2): 125-129.
10. Jensen NM et al. Reversal of postmenopausal vertebral bone loss by oestrogen and progestogen: a double blind placebo controlled study. Br Med J.1988; 296:1150-1152.
11. Gallardo, JM. Xerostomia: etiologia, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Inst Mex. Seguro Soc.2008; 46(1): 109-116.
12. Soares MSM, Lima JMC, Pereira SCC. Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal. Revista de Odontologia da UNESP. 2008; 37(4): 315-319.

13. Lopes FF et al. Estudo sobre xerostomia, fluxo salivar e enfermidades sistêmicas em mulheres na pós-menopausa. RGO, Porto Alegre. 2008; 56(2): 127-130.
14. Navazesh M. Methods for collecting saliva. Ann N Y Acad Sci. 1993; 694: 72-77.
15. Dawes C. Physiological factors affecting salivary flow rate, oral sugar clearance, and the sensation of dry mouth in man. Journal of Dental Research. 1987; 66: 648.
16. Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia part I: relationship to others oral symptoms and salivary gland hypofunction. Oral SurgMed Oral Pathol. 1988; 66(4): 451-458.
17. Silva EAF, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(3): 113-120.
18. Sutnick M. Nutritional aspects of the menopause. In: ESKIN, B.A. (Ed.) The menopause: comprehensive management. 3. ed. New York: MacGraw Hill, p. 155-170, 1994.
19. Aldrighi J M, Asakura L. Gordura alimentar e climatério. Rev. Assoc. Med. Bras. 2001; 47(3): 186.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à mulher no climatério/menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
21. Philippi ST. Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição. Barueri, SP: Manole, 2008.
22. Pereira AS. Climatério: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 1995, 103p.
23. Slater B, Marchioni DL, Fisberg RM. Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. Rev Saúde Pública. 2004; 599-605.
24. Fisberg RM et al. Métodos de inquéritos alimentares. In: Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos. São Paulo: Manole, 2005. p.1-31.
25. Philippi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. Rev Nutr. 1999; 12(1): 65-80.

APÊNDICES

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PERFIL ALIMENTAR, AVALIAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E XEROSTOMIA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL

Prezada senhora,

Você está sendo convidada para participar do estudo cujo objetivo é investigar a relação entre a terapia hormonal e presença de xerostomia, alteração do fluxo salivar e estado nutricional em mulheres na pós-menopausa. A xerostomia é a sensação de “Boca Seca” que pode ser resultado de alteração na quantidade ou qualidade da saliva. Para isso, precisaremos investigar a sua condição clínica em relação a essas condições, e também avaliar se isso está interferindo no seu estado nutricional. Para tanto, necessitaremos da sua colaboração para responder algumas perguntas.

A queixa de “boca seca” é muito frequente em mulheres na pós-menopausa, além do fato da alteração do fluxo salivar repercutir diretamente sobre a saúde bucal. A avaliação da presença de xerostomia será efetuada por meio de um questionário direcionado; a do fluxo salivar será realizada fazendo-se a estimulação da saliva por meio da mastigação de um pedaço de goma de mascar especial (parafilme) que estimulará sua produção e o seu fluxo salivar será expresso em mililitros por minuto. Os seus dados nutricionais serão avaliados pela relação do seu peso e altura.

Você não será submetida a nenhum tipo de desconforto ou risco neste tipo de estudo, e o seu tratamento ginecológico não será alterado durante a pesquisa. Porém, se isso for necessário por questões de saúde, você não será mais incluída no grupo de participantes desta pesquisa. Também garantimos sigilo sobre tudo que você nos disser e a sua privacidade será garantida durante o atendimento.

Com a sua participação neste projeto, poderemos saber se o emprego da Terapia Hormonal interfere na sensação de “Boca Seca”, no seu fluxo de saliva e no

seu estado nutricional. Além disso, você estará sendo examinada por profissionais competentes, fruto de uma equipe multidisciplinar de médico e dentista, que ao final do exame terão condições de lhe encaminhar para tratamento adequado, em caso de necessidade.

O seu acompanhamento no ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário da UFMA continuará a ser efetuado periodicamente, porém você poderá entrar em contato com qualquer uma de nós a qualquer momento para tirar dúvidas, queixas e quaisquer problemas que você esteja passando, assim como para ter acesso aos resultados. Se você apresentar “boca seca” será encaminhada para tratamento na Faculdade de Odontologia da UFMA.

Você não terá nenhuma forma de despesa para participar desta pesquisa, pois os dados serão coletados durante sua visita de rotina ao ambulatório do Hospital Universitário. Após as informações que me foram dadas, eu declaro ter entendido tudo o que me foi explicado e que aceito, de livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa.

Também fui esclarecida que tenho direito a sair da pesquisa, a qualquer momento, sem que esteja sujeita a qualquer penalidade ou prejuízo ao meu atendimento ou cuidado para com minha saúde, bastando para isso, comunicar aos responsáveis pela pesquisa que não quero mais participar da mesma.

Paciente: _____ Data do aceite: ___/___/___

Equipe Executora:

Profa. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Praça Gonçalves Dias, 21, 2º andar – Prédio do ILA; Fones: 32320286/(98) 8871 2510.

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

Praça Gonçalves Dias, 21, 2º andar – Prédio do ILA; Fones: 3232-0286/ (98) 8825-8456.

Sra. Afef Labidi

Praça Gonçalves Dias, 21, 2º andar – Prédio do ILA; Fones: 32320-286/ (98) 8126-8730.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA

Endereço: Rua Barão de Itapary, 227 - Centro - São Luís-MA – Fone: 2109-1000.

Coordenador: Prof. Dr. João Inácio Lima de Sousa.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário padrão, de respostas SIM ou Não, com perguntas relativas à xerostomia.

1. Você sente a boca seca durante as refeições?
2. Você tem dificuldades para engolir os alimentos?
3. Você sente necessidade de beber líquidos para conseguir engolir alimentos secos?
4. Você sente pouca quantidade de saliva em sua boca na maior parte do tempo?
5. Você sente a boca seca durante a noite ou assim que você acorda?
6. Você sente a boca seca durante o dia?
7. Você masca chicletes ou chupa balas para aliviar a sensação de boca seca?
8. Você acorda frequentemente à noite com sede?
9. Você tem problemas com o gosto dos alimentos?
10. Você tem sensação de queimação ou ardor em sua língua?

Fonte: Sreebny, 1988; Torres et al., 2002; Silva et al., 2007; Moura et al., 2008.

ANEXO B – PARECER
CONSUBSTANCIADO.



Universidade Federal do Maranhão
Hospital Universitário
Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº 325/09
Registro do CEP: 072/09 Processo Nº: 004395/2009-60
Pesquisador(a) Responsável: Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Equipe executora: Luciane Maria Oliveira Brito; Afef Labidi
Tipo de pesquisa: Projeto de Pesquisa
Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário - Unidade Materno Infantil
Grupo: III
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 17/07/09 o Processo Nº: **004395/2009-60**, referente ao projeto de pesquisa: **"Estudo da relação entre a terapia hormonal, xerostomia e fluxo salivar em mulheres na pós-menopausa"**, tendo como pesquisador (a) responsável: **Ana Emilia Figueiredo de Oliveira**, cujo objetivo geral é **"Estudar a relação entre a terapia hormonal e a presença de xerostomia e alteração do fluxo salivar em mulheres na pós-menopausa, analisando a extensão do comprometimento do estado nutricional das mesmas em razão dessas condições"**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 09 de outubro de 2009


Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est

6 ARTIGO CIENTÍFICO

6.1 Revista de Pesquisa em Saúde, classificado como B5 na área de avaliação MEDICINA II

O periódico selecionado foi a Revista de Pesquisa em Saúde, classificado como B5 na área de avaliação MEDICINA II.

6.2 Normas Editoriais/Normas para os autores

Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / UFMA.

6.2.1 Notas Redatoriais

A Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, órgão oficial do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão / UFMA é publicada quadrimestralmente, com o objetivo de promover e disseminar a produção de conhecimentos e a socialização de experiências acadêmicas na área de saúde, assim como possibilitar o intercâmbio científico com programas de Pós-Graduação e Instituições de pesquisas nacionais e internacionais.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos à Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*:

- a) Os trabalhos deverão vir acompanhados de carta de apresentação assinada por seu(s) autor(es), autorizando publicação do artigo e transferindo os direitos autorais à Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*.
- b) Na seleção de artigos para publicação, avaliar-se-á o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser informado o nº do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o mesmo foi aprovado.

- c) Os manuscritos, submetidos com vistas à publicação na Revista de Pesquisa em Saúde/*Journal of Health Research*, são avaliados inicialmente pela secretaria quanto à adequação das normas. Em seguida, serão encaminhados no mínimo para 02 (dois) revisores (membro do Conselho Editorial ou consultor ad hoc) para avaliação e emissão de parecer fundamentado, os quais serão utilizados pelos editores para decidir sobre a aceitação, ou não, do mesmo. Em caso de divergência de opinião entre os avaliadores, o manuscrito será enviado a um terceiro relator para fundamentar a decisão final. Será assegurado o anonimato do(s) autor (es) nesse processo. O Conselho Editorial se reserva o direito de recusar o texto recebido e/ou sugerir modificações na estrutura e conteúdo a fim de adequar aos padrões da revista. Os autores dos manuscritos não aceitos para publicação serão notificados por carta e/ou e-mail. Somente após aprovação final, os trabalhos serão encaminhados para publicação.
- d) A Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research* não remunera o(s) autor(es) que tenham seus artigos nela editados, porém lhes enviará 02 (dois) exemplares da edição onde seu(s) texto(s) for(em) publicado(s).
- e) Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosas ou que expressem pontos de vista incompatíveis com a filosofia de trabalho do Conselho Editorial e da política da revista.
- f) Os conceitos, opiniões e demais informações contidos nos textos, e publicados na Revista de Pesquisa em Saúde/ *Journal of Health Research*, são de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

1. Categorias das seções

Para fins de publicação, a Revista de Pesquisa em Saúde / *Journal of Health Research*, publica nas seguintes seções: editorial, artigos originais, artigos de revisão e atualização, relatos de caso, relatos de experiência, comunicações breves e relatórios técnicos elaborados por profissionais da área da saúde e afins, redigidos em português ou inglês. Em cada número, se aceitará a submissão de, no máximo, dois manuscritos por autor.

1.1 Editorial: de responsabilidade do corpo editorial da revista, que poderá convidar autoridade para redigi-lo.

1.2 Artigos originais: devem relatar pesquisas originais que não tenham sido publicadas ou consideradas para publicação em outros periódicos. Produção resultante de pesquisa de natureza empírica, experimental, documental ou conceitual com resultados que agreguem valores ao campo científico e prático das diversas áreas da saúde. Deve conter na estrutura: resumo, abstract, introdução, métodos, resultados, discussão e referências (máximo de 6.000 palavras e cinco ilustrações).

1.3 Artigos de Revisão e Atualização: destinados a apresentação de conhecimentos disponíveis baseados numa avaliação crítica, científica, sistemática e pertinente de um determinado tema (resumo estruturado de até 250 palavras, máximo de 5.000 palavras, cinco ilustrações), e não apenas revisão de literatura, e até três autores. Mesma formatação do artigo original.

1.4 Relatos de Casos: devem ser relatos breves de casos relevantes para divulgação científica com extensão máxima de 1.500 palavras, com máximo de 3 ilustrações (tabelas e figuras), até quinze referências. Colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, relato de caso, discussão e referências. Permitido-se máximo três autores.

1.5 Comunicações Breves: devem ser relatos sobre novos resultados, interessante dentro da área de abrangência da revista. Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira breve, não excedendo a 1.700 palavras. Não colocar no corpo do manuscrito os tópicos: introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões. Máximo três ilustrações e até quinze referências.

1.6 Relato de Experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais e de extensão. A relevância de um relato de experiência está na pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em

outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à práxis metodológica. Formato de artigos originais.

1.7 Relatórios Técnicos: devem ser precisos e relatar os resultados e recomendações de uma reunião de experts. Será considerado no formato de um editorial.

2. Forma e Estilo

2.1 Os artigos devem ser concisos e redigidos em português ou Inglês. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: 1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Abstract e Key words; 4) Texto; 5) Referências; 6) Email, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.

2.2 Os manuscritos devem ter as referências elaboradas de acordo com as orientações do International Committee of Medical Journal Editors Vancouver Group (www.icmje.org), e do International Committee of Medical Journal Editors Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: sample references (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

2.3 O manuscrito deve ser preparado usando software padrão de processamento de texto e deve ser impresso (fonte arial, tamanho 12) com espaço duplo em todo o texto, legendas para as figuras e referências, margens com pelo menos três cm. Abreviações devem ser usadas com moderação.

3. Organização dos manuscritos

3.1 Página de Título: página não numerada, contendo o título do artigo em português (digitada em caixa alta e em negrito com no máximo 15 palavras), inglês (somente em caixa alta). Nome completo dos autores digitados em espaço duplo na margem direita da página indicando em nota de rodapé a titulação do(s) autor (es) e

instituição(es) de vínculo(s) e endereço para correspondência: nome do autor responsável e e-mail.

3.2 Resumo: deve conter no máximo 250 palavras, em caso de Artigo Original e Atualização, e 100 para Relatos de Casos, Comunicações Breves e Relato de Experiência. Devem ser estruturados, contendo introdução, objetivo(s), métodos, resultado(s) e conclusão (es).

3.3 As palavras-chaves: e seus respectivos Key Words devem ser descritores existentes no DeCS-Bireme (<http://decs.bvs.br>).

3.4 Introdução: deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

3.5 Ética: toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.6 Métodos: o texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores. Técnicas-padrões precisam apenas ser citadas.

3.7 Resultados: devem ser apresentados em sequência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. O relato da informação deve ser conciso e

impessoal. Não fazer comentários nesta sessão, reservando-os para o capítulo Discussão.

3.8 Discussão: deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluída(s) a(s) conclusão(es) do trabalho.

3.9 Referências: devem ser numeradas consecutivamente, na medida em que aparecem no texto. Listar todos os autores quando houver até seis. Para sete ou mais, listar os seis primeiros, seguido por "et al". Digitar a lista de referência com espaçamento duplo em folha separada. Citações no texto devem ser feitas pelo respectivo número das referências, acima da palavra correspondente, separado por vírgula (Ex.: inteligência 2, 3, 4,.). As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no "Index medicus" (Consulte: <http://ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journal&TabCmd=limits>).

- Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

- No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do Internacional Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Envio e submissão

Os artigos deverão ser entregues em cópia impressa e um CD na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da

Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, ou encaminhados por meio do e-mail: revista@huufma.br.

9. Exemplos de formas de referências:

9.1 Em Revista: Autor. Título do artigo. Título da Revista (itálico). Ano; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonrby J. Twenty years after parietall cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. Ann Surg, 1994; 220(3): 283-296.

9.2 Em Livro: Autor. Título (itálico). Edição. Local de Publicação: Editora; ano da publicação. Bogossian L. Choque séptico: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.

9.3 Em Capítulo de Livro: Autor do capítulo. Título do capítulo (Itálico). In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; ano de publicação; páginas. Barroso FL, Souza JAG. Perfurações pépticas gástricas e duodenais. In Barroso FL, Vieira OM, editores. Abdome agudo não traumático: Novas propostas. 2. Ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.

9.4 Em Monografia/Dissertação/Tese. Autor. Título (Itálico)[Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano; Páginas. Chinelli A. Colectomia laparoscópica: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói (RJ):Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.

9.5 Em Material eletrônico:

I. Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of Infectious Diseases. Emerg I infect diseases [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

II. Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo]. Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição Física da mídia. Hemodynamics III: The ups and downs of

hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computerezid Educational Systems; 1993.

III. Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965. Notas: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas, espaço simples.

IV. CD-Rom, DVD: Autor(es). Título[tipo do material]. Cidade de publicação: produtora; ano. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

9.6 Em Anais de Congresso: Autor (es) do trabalho. Título do trabalho (itálico). Título do evento; data do evento; local e cidade do evento; editora; ano de publicação. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

9.7 Em Artigo de Jornal: Autor do artigo. Título do artigo(itálico). Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna). Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

10 Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional

de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word).

11 Ilustrações

São fotografias (boa resolução mínimo de 300 dpi, no formato TIFF), mapas e ilustrações (devem ser vetorizadas ou seja desenhada utilizando os softwares CorelDraw ou Illustrator em alta resolução, e suas dimensões não devem ter mais que 21,5x28,0cm) gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a 5 (cinco) entre tabelas e figuras para artigos originais e 3(três) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto.

Deve ser identificada no verso, por meio de uma etiqueta, com o nome do autor e numeração para orientação. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

Obs: Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressa em páginas separadas.

6.3 Artigo

PERFIL ALIMENTAR, AVALIAÇÃO DO FLUXO SALIVAR E XEROSTOMIA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO USUÁRIAS OU NÃO DE TERAPIA HORMONAL

ALIMENTARY PROFILE, EVALUATION OF THE SALIVARY FLOW AND DRY MOUTH IN CLIMACTERIC WOMEN USERS OR NOT TO HORMONE THERAPY

Afef Tlili Labidi¹, Ana Emília Figueiredo de Oliveira², Luciane Maria Oliveira Brito³

¹ Nutricionista e Mestre em Saúde Materno-Infantil pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) – São Luís (MA), Brasil.

² Odontóloga. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação de Saúde Materno-Infantil

³ Ginecologista. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e do Programa de Pós-Graduação de Saúde Materno-Infantil Acadêmicas de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão.

Correspondência:

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil

Praça Gonçalves Dias nº 21, Prédio de Medicina, 2º andar, Bairro: Centro- São Luís – MA, Brasil. CEP. 65020-240

Telefax: 55 (98) 3232 - 0286

E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

RESUMO

INTRODUÇÃO: No climatério há intensas transformações que podem ser sentidas também na cavidade oral, pela hipossalivação ou xerostomia, o que pode ser minimizado com a Terapia de Reposição Hormonal (TRH). O perfil alimentar em mulheres climatéricas ajuda a prevenir as doenças mais prevalentes nessa faixa etária. Portanto, a análise do consumo alimentar de mulheres climatéricas ajuda a aprofundar novas abordagens na intervenção alimentar para a prevenção e controle, possibilitando-lhes uma melhor qualidade de vida. **OBJETIVOS:** Investigar o perfil alimentar e a relação existente entre hipofluxo salivar e xerostomia em mulheres climatéricas usuárias e não usuárias de TRH. **MÉTODOS:** Estudo transversal e prospectivo pela aplicação de questionários e análise do fluxo salivar em mulheres climatéricas que compareceram ao Hospital Universitário da UFMA em 2009 e 2010. O Grupo A foi composto por mulheres usuárias de TRH e o Grupo B por não usuárias. **RESULTADOS:** O Grupo A apresentou maior volume de fluxo salivar em comparação com o Grupo B ($p=0,021$). Xerostomia mostrou-se um sintoma independente da taxa de fluxo salivar, e esteve presente, em sua maioria, no Grupo B. O maior IMC médio foi encontrado no Grupo B. O consumo de açúcares e gorduras predominou nas obesas grau II, de hortaliças nas magras, de frutas nas com sobrepeso e de leites e derivados nas eutróficas. **CONCLUSÕES:** A partir da avaliação do consumo alimentar, este estudo demonstrou que as mulheres climatéricas alimentam-se de forma incorreta do ponto de vista quantitativo e qualitativo, havendo uma tendência ao maior consumo. Conclui-se também que a TRH traz benefícios em relação aos sintomas de secura bucal e aumento do fluxo salivar.

Palavras-chave: Climatério, Xerostomia, Terapia de reposição hormonal, Perfil alimentar.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In menopause, there are sweeping changes that can be felt also in the oral cavity by hyposalivation or xerostomia, which can be minimized with Hormone Replacement Therapy (HRT). The dietary profile in premenopausal women helps prevent the most prevalent diseases in this age group. Therefore, the analysis of food consumption in premenopausal women helps deepen new approaches to dietary intervention for the prevention and control, enabling them a better quality of life. **OBJECTIVES:** We aim to investigate the dietary profile and the relationship between low flow rate of saliva and xerostomia in menopausal women users and nonusers of HRT. **METHODS:** Cross and prospective research by the application of questionnaires and salivary flow analysis in menopausal women who attended the University Hospital of UFMA in 2009 and 2010. They were divided into two groups A and B. Group A was composed of women using HRT and Group B for non-users. **RESULTS:** Group A had a higher volume of salivary flow compared with Group B ($p = 0.021$). Xerostomia was found to be a symptom independent of salivary flow rate, and was present mostly in Group B. The highest mean BMI was found in Group B. The consumption of sugars and fats dominated in obese type II, in thin vegetables, of fruits in overweight, and of milk and dairy products in normal weight. **CONCLUSIONS:** Based on the assessment of dietary consumption, this study showed that menopausal women eat incorrectly in quantitative and qualitative terms, with a trend toward greater consumption of fats. We also conclude that HRT is beneficial regarding symptoms of dry mouth and increase of salivary flow.

Keywords: Climacteric. Xerostomia. Hormone replacement therapy. Dietary Profile.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um evento recente na história da humanidade. O aumento da expectativa de vida proporcionou crescimento acentuado da população mais velha, tanto nos países desenvolvidos, como naqueles em desenvolvimento. Como parte da evolução de todas as mulheres que atingem a meia idade, surge o climatério, considerado um fenômeno essencialmente moderno em seus aspectos fisiológico, clínico e terapêutico¹.

O climatério caracteriza-se por irregularidade menstrual, declínio do número de folículo ovariano e alterações hormonais, por exemplo, aumento do hormônio folículo estimulante, nível variável de estradiol e diminuição de Inibina B e hormônio anti-mülleriano². Todas essas características clínicas e hormonais culminam com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais (menopausa) e surgimento de sintomas característicos da síndrome climatérica³.

Cerca de 60 a 80% das mulheres climatéricas referem algum tipo de sintomatologia. São comuns as queixas relacionadas a sintomas vasomotores, ressecamento vaginal, dispareunia e urgência miccional, desconforto oral, incluindo a hipossalivação e xerostomia^{3,4,5}. Esses sintomas podem ser graves o suficiente para afetar a vida normal da mulher climatérica⁴.

A xerostomia é a sensação de secura bucal, enquanto que a hipossalivação é a produção diminuída de saliva devido à hipofunção das glândulas salivares⁶. A idade traz mudança estrutural nas glândulas salivares, observando clara perda linear das células acinosas responsáveis pela produção de saliva, sendo substituídas por gordura ou tecido conjuntivo⁶.

É importante ressaltar que a saliva é a maior protetora dos órgãos da cavidade bucal⁶. Todas essas alterações que ocorrem no climatério podem trazer como conseqüências ardência bucal, alterações no paladar, além de aumento da incidência de cáries, doença periodontal e candidíase oral⁵.

Apesar de ainda ser controverso, grande destaque tem se dado a terapia de reposição hormonal (TRH) no climatério como alternativa eficaz no controle dos efeitos da privação estrogênica. Os benefícios já conhecidos, como alívio dos sintomas vasomotores, reversão da atrofia urogenital, a preservação da massa óssea e efeito protetor cardiovascular, devem ser pesados frente ao risco maior de eventos tromboembólicos e câncer de mama^{1,7}.

No climatério, são constatadas mudanças metabólicas, hormonais e psicológicas que afetam, por estarem direta ou indiretamente ligadas com a ingestão inadequada de alimentos, o consumo alimentar.

A dieta deve atender às necessidades das mulheres nessa fase, pois elas estão mais vulneráveis à riscos nutricionais por excesso ou por carências de nutrientes. No caso de riscos por excesso a obesidade é a mais comum, trazendo consigo seus agravos, tais como dislipidemia, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e riscos para o desenvolvimento do câncer. Nas carências de nutrientes, o mais importante é o cálcio, que deve ter seu consumo aumentado para prevenção da osteoporose que é comum em mulheres climatéricas.

Nas mulheres em climatério é importante determinar os níveis de ingestão dos nutrientes de maneira balanceada, estabelecendo seu perfil alimentar, entretanto não só a alimentação em si deve ser equilibrada, mas todo o comportamento alimentar que pode ser entendido como todas as formas de convívio com o alimento, constitui um conjunto de ações realizadas que têm início

no momento em que o indivíduo decide qual alimento consumir em função da disponibilidade e do hábito alimentar.

Diante da grande repercussão clínica do climatério e a escassa literatura sobre desconforto oral nas mulheres dessa fase da vida, esta pesquisa se propôs a analisar a relação existente entre o hipofluxo salivar, xerostomia, climatério e terapia de reposição hormonal.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob parecer consubstanciado nº 004395/2009-60. Todas as pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam uma cópia do mesmo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo e transversal em usuárias e não usuárias de TRH. Realizado entre os anos de 2009 e 2010. Foram selecionadas 177 mulheres no climatério, usuárias ou não de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), que freqüentaram o Ambulatório de Ginecologia do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil de São Luís do Maranhão.

As pacientes selecionadas, após a anuência do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do CNS, foram submetidas a um questionário que objetivou avaliar a presença de xerostomia e o

consumo alimentar em mulheres climatéricas. A pesquisa só teve início após aprovação pelo CEP/HU/UFMA.

Para a avaliação do fluxo salivar, todas as mulheres se submeteram ao seguinte protocolo: a coleta de saliva foi realizada no período da manhã, em média 2 horas após a primeira refeição. As mulheres mastigaram um pedaço de aproximadamente 1 x 1 cm de parafilme para estimular a produção de saliva. A saliva produzida durante os primeiros 30 segundos foi deglutida, sendo em seguida coletada toda a saliva produzida, no intervalo 5 minutos, em um frasco milimetrado e esterilizado com capacidade de 100 mL. O fluxo salivar foi, então, expresso em mililitros por minuto (mL/min).

Não foram incluídas nesse estudo, aquelas mulheres com antecedentes de hepatopatias, endocrinopatias, eventos tromboembólicos, tabagistas, usuárias de qualquer outra medicação hormonal nos últimos 12 meses, antecedentes familiares de primeiro grau para câncer de mama, ovário ou endométrio, além daquelas que apresentaram alterações nos exames laboratoriais e de imagem (ultrassonografia transvaginal ou pélvica e mamografia) que se pôde contra-indicar a TRH.

A amostra selecionada foi então estratificada em grupos de acordo com a utilização de TRH, ou seja, em um grupo de 65 mulheres usuárias de terapia de reposição hormonal e 112 mulheres não usuárias da terapia. As mulheres que fizeram reposição hormonal utilizaram etinilestradiol todos os dias sem interrupção por pelo menos 12 meses seguidos.

Para a avaliação do consumo alimentar, foi aplicado o recordatório 24h registrando-se todos os alimentos, em medidas caseiras, consumidos no dia anterior à aplicação. O inquérito alimentar recordatório de 24h baseia-se na memória recente dos indivíduos, com as respostas abertas, o que permite a obtenção de um quadro

mais detalhado do consumo da população⁸. Este inquérito é um instrumento validado, frequentemente utilizado em estudos epidemiológicos, bem aceito pelos entrevistados, de baixo custo e rápido⁹ e tem como objetivo avaliar o consumo habitual de carboidratos, proteínas (carnes e ovos, leites e derivados), lipídeos, verduras, legumes, hortaliças, frutas e doces das participantes da pesquisa.

Utilizou-se o programa Epi Info 10.5.2 para a realização dos testes estatísticos não paramétrico de qui-quadrado e paramétrico t de student. Sendo considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão com o parecer consubstanciado nº 325/09.

RESULTADOS

A análise do consumo alimentar demonstrou que para o café da manhã houve predomínio do consumo de açúcares, gorduras, sal, leites e derivados, massas e frutas. Açúcares, gorduras e sal tiveram seu maior consumo em mulheres sem TRH obesas grau I (37%) e menor consumo em mulheres com TRH magras (16,7%).

Quanto ao consumo de leites e derivados, mulheres com TRH magras e obesas grau I e mulheres sem TRH magras apresentaram maior consumo com 33,3 % ambas, sendo o menor consumo em mulheres sem TRH obesas grau I (25,2 %). O consumo de frutas foi maior nas mulheres em TRH magras (16,7%). Houve ausência de consumo em mulheres sem TRH magras e obesas grau II (Gráfico 1).

Observou-se, no lanche da manhã, que as mulheres sem TRH magras e obesas grau II consumiram somente frutas (100%). Seu menor consumo foi

encontrado em mulheres com sobrepeso com TRH (41,1%). Não houve consumo de frutas em mulheres obesas grau II com TRH, neste grupo, houve somente consumo de açúcares, gorduras e sal (100%) (Gráfico 2).

No almoço os grupos de alimentos mais consumidos foram carnes, massas, legumes e hortaliças. Mulheres em THR obesas grau II tiveram o maior consumo de carnes (50 %), enquanto que o menor consumo ficou com mulheres sem THR eutróficas (23,3 %). O consumo de hortaliças foi maior em mulheres com TRH magras (25%) e menor em mulheres com TRH obesas grau I (14,2 %) (Gráfico 3).

No padrão alimentar do lanche da tarde observou-se predomínio no consumo de alimentos do grupo das frutas e dos açúcares e doces. Mulheres obesas grau II com e sem TRH apresentaram consumo de frutas de 50 %, o menor percentual de consumo foi encontrado em mulheres sem TRH obesas grau I (12,5%). O consumo de açúcares e doces foi de 50 % em mulheres sem TRH obesas grau II e menor em mulheres sem TRH eutróficas (21,7%) (Gráfico 4).

No jantar, o consumo do grupo alimentar das carnes e massas foi predominante, ambos encontrando seu maior consumo em mulheres sem TRH magras (50%).

O menor consumo de massas foi observado em mulheres obesas grau II, eutróficas sem TRH e com sobrepeso com TRH (33,4%). No grupo alimentar das carnes, observou-se menor consumo em mulheres obesas grau I com TRH (16,6%).

O maior e o menor consumo de hortaliças foram observados em mulheres com sobrepeso e obesas grau I com TRH, 18,5% e 5,7% respectivamente. As mulheres magras e obesas grau II com TRH e magras sem TRH não consumiram hortaliças.

Com relação ao consumo das frutas, observou-se maior consumo em mulheres com sobrepeso com TRH (14,8%) e menor em obesas grau I sem TRH (4,6%), sendo que não foi observado o consumo deste grupo alimentar em mulheres magras, obesas grau I e II com TRH e em mulheres magras, com sobrepeso e obesas grau II sem TRH (Gráfico 5).

No padrão alimentar da ceia, observa-se que mulheres obesas grau I e grau II, com e sem TRH, não fazem esse tipo de refeição. Somente as mulheres com magreza, sobrepeso com TRH e com eutrofia sem TRH consumiram frutas, 100%, 25% e 50%, respectivamente.

O grupo do leite e derivados foi predominante em mulheres com eutrofia com TRH (75%) e com sobrepeso, magreza e eutrofia sem TRH (50%), as mulheres com sobrepeso com TRH obtiveram menor consumo (25%) e as demais não consumiram. Foi observado o consumo do grupo das massas apenas em mulheres eutróficas e com sobrepeso com TRH (25%). (Gráfico 6)

DISCUSSÃO

Considerando-se como fluxo normal, de 1,0 a 3,0ml/min; baixofluxo, de 0,7 a 1,0 ml/min; hipossalivação, menos de 0,7ml/min como fluxo normal, de 1,0 a 3,0ml/min, verifica-se que nesse estudo, em média, as mulheres apresentam-se dentro da faixa de normalidade¹⁰. Diferenças estatísticas significantes foram encontradas quando comparado o fluxo salivar entre os grupos com TRH e sem TRH ($p = 0,021$).

Foram constatados maiores valores de fluxo salivar médio em mulheres que fizeram uso de Terapia de Reposição Hormonal. Strefcus et al.¹¹, comparando

mulheres na pré, peri e pós-menopausa, não encontraram diferenças nessas taxas entre as mulheres que tomaram estrogênio e aquelas que não foram medicadas. Ressaltaram ainda que as mulheres na pré-menopausa têm taxas de fluxo salivar superiores ao daquelas pós-menopausadas, concordando com Silva, Lopes e Oliveira e Bhat et al.^{12,13}.

Um dado interessante encontrado no presente estudo foi o fluxo salivar reduzido verificado em mulheres que não fizeram uso de TRH nos extremos do IMC. A relação entre baixo fluxo salivar em idosos e baixo IMC já está documentada em outro estudo. Mesas et al¹⁴ encontraram taxas de hipossalivação mais frequentes naqueles com déficit nutricional, porém sem associação estatisticamente significativa.

No mesmo sentido, um estudo prévio indicou que a hipossalivação se associava com a perda de apetite e com a insatisfação ao comer ou até mesmo alguns medicamentos¹⁴.

Quanto às taxas de baixo fluxo salivar em adultos e idosos com sobrepeso há poucos estudos a respeito. Pannuzio e colaboradores estudando crianças com sobrepeso, encontraram em média fluxo salivar abaixo que 1 ml/L, considerado fator de risco para xerostomia¹⁵.

O baixo fluxo salivar encontrado somente em mulheres que não fizeram uso de terapia hormonal com extremos de IMC corrobora a idéia de que a TRH ajuda a manter o fluxo salivar dentro da normalidade. Nenhum estudo nesse sentido, no entanto, foi realizado até o momento, o que evidencia que mais estudos a respeito são necessários para confirmar essa hipótese.

A xerostomia é um sintoma que refere a secura bucal. A definição objetiva da mesma pode ser feita, segundo alguns autores, pela medida do fluxo salivar, sendo considerado hipofluxo verdadeiro inferior a 0,1 ml/min quando não estimulado¹⁶.

No presente estudo não foi encontrada relação significativa entre hipofluxo salivar e xerostomia, visto que nenhum dos sujeitos pesquisados o apresentaram, ainda que referissem o sintoma. Os resultados mostram que a sensação de boca seca não está necessariamente relacionada ao hipofluxo salivar na mulher menopausada, ou seja, ela pode existir ainda que a produção de saliva seja considerada normal, corroborando com o que foi encontrado em outros estudos^{16,17}. O principal fator, então, não seria a quantidade produzida, mas uma possível alteração qualitativa da saliva^{16,17,18}.

O mecanismo exato que provoca a xerostomia não está esclarecido. No estudo de HOSSEINI et al¹⁶, a maior concentração de cortisol na saliva foi significativamente maior em mulheres menopausadas que relatam o sintoma. Existe a hipótese de que o cortisol poderia acarretar na maior concentração de cálcio salivar, que seria um causador da sensação^{19,20}.

Outra hipótese diz respeito ao próprio envelhecimento, que provocaria a diminuição da atividade das células acinares, produtoras de saliva, sendo substituídas por gordura ou tecido conjuntivo¹⁷. Contudo, Gómez et al¹⁸ concluíram que a xerostomia pode acontecer ainda que a função das glândulas salivares esteja normal. As mulheres menopausadas observadas no estudo, ainda que fossem o principal grupo de risco, não apresentaram deterioração das glândulas salivares ou diminuição considerável do fluxo salivar. No mesmo estudo, foi encontrada relação entre depressão e a presença de xerostomia. Supõe-se que o maior nível de cortisol

possa estar associado com a xerostomia, visto que pessoas de maior risco para essa alteração psicológica podem ter o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal mais ativo¹⁸.

A progesterona medida na saliva, tanto sob estimulação quanto sem estimulação, é menor em pacientes com xerostomia. Assim, a menor quantidade de progesterona é uma possibilidade para explicar a xerostomia na menopausa²¹.

Somente mulheres que não fazem terapia de reposição hormonal apresentaram xerostomia. De acordo com o que foi encontrado em outros estudos, a TRH tem mostrado efeitos positivos significativos sobre a saúde bucal de mulheres menopausadas, o que leva à hipótese de que a composição da saliva é hormônio-dependente^{21,22,23}.

Existe assim a necessidade de mais estudos voltados às alterações dos componentes da saliva, pois vários autores apontaram que existe relação significativa entre xerostomia e fluxo salivar não-estimulado reduzido, mas este não seria um fator essencial^{10,22}. Deve-se focar ainda no papel hormonal, pela significativa associação encontrada entre uso de terapia de reposição hormonal e melhora dos problemas relacionados à secura bucal.

No presente estudo, o maior IMC médio das mulheres foi encontrado em não usuárias de TRH, o qual também teve as maiores médias de idade da menarca e menopausa e conseqüentemente o maior tempo de menacme. De forma semelhante, França²⁴ observou que o IMC mais elevado foi encontrado no grupo de mulheres climatéricas não usuárias de TRH, correspondendo a 27,09 % e o grupo pós-menopausa sem TRH seguido do peri-menopausa, apresentaram IMC médio discretamente superior aos outros grupos estudados.

Vários estudos, incluindo Montilla et al²⁵, revelam que mulheres a partir do início do climatério (40 anos) apresentam progressivo aumento de peso. De fato,

isso foi comprovado pelo First National Health and Nutrition Examination Survey Follow-up Stud, que analisando 10.000 americanos, com idade entre 25-74 anos durante 10 anos, constatou aumento de peso tanto em homens quanto em mulheres²⁶.

Segundo Björntorp²⁶, a maior predisposição de ganho ponderal após a menopausa parece não ser devida somente à deficiência estrogênica, mas principalmente a ingestão de alimentos superior às necessidades energéticas da mulher nessa faixa etária, pela redução do metabolismo basal e pela maior tendência ao sedentarismo decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

Na análise do consumo do café da manhã observou-se que mulheres obesas que não fazem uso de terapia hormonal tiveram o menor consumo de leites e derivados. Tal hábito, segundo Montilla et al²⁵, compromete a mineralização e a manutenção óssea, promovendo, dessa forma, o agravamento da osteoporose, portanto a ingestão de alimentos ricos em cálcio, como leite e derivados é recomendada, preferencialmente com baixo teor de gordura.

No que se diz respeito ao lanche da manhã, houve predominância no consumo de açúcares, gorduras e sal principalmente em obesas grau II que só consumiram esse grupo alimentar. Hill et al.²⁷ argumentam que a gordura dietética é determinante primária de obesidade, confirmando o achado; sendo que essa preferência é prejudicial à saúde da mulher climatérica, pois o excesso de gordura dietética favorece a obesidade, as doenças cardiovasculares, o câncer de mama e o de endométrio.

O consumo de hortaliças foi maior em mulheres magras com TRH e menor em mulheres obesas grau I com TRH. Deve-se lembrar que as hortaliças são ricas em fibras, as quais desempenham importantes funções na dieta para redução de

peso, tais como: redução na ingestão energética, aumento no tempo de esvaziamento gástrico, redução na secreção de insulina, aumento na sensação de saciedade, diminuição na digestibilidade e aumento na excreção fecal de energia. Além disso, dietas ricas em fibras parecem minimizar os problemas de doenças cardiovasculares, devido à redução do colesterol total e da LDL plasmáticos, interferindo na excreção fecal de colesterol ligado aos ácidos biliares¹⁹. Em adição, as hortaliças constituem fontes clássicas de vitaminas e minerais, por isso estimula-se o consumo de vegetais nas refeições, especialmente sob a forma de saladas cruas.

Bleil²⁹, em seu estudo, revela que em âmbito nacional, pesquisas realizadas pelo IBOPE, com 6 mil famílias, verificaram que apenas 58% dos brasileiros referem o consumo de legumes. Na realidade, o uso de vegetais em algumas regiões do país é reduzido, por uma questão cultural, pois os índios brasileiros não davam importância a tais alimentos e sua introdução na nossa culinária sofreu influência dos negros escravizados³⁰.

Observou-se maior consumo de frutas em mulheres com sobrepeso com TRH (14,8%) e menor em obesas grau I sem TRH (4,6%), sendo que não foi observado o consumo deste grupo alimentar em mulheres magras, obesas grau I e II com TRH e em mulheres magras, com sobrepeso e obesas grau II sem TRH. Segundo Angelis, 2001³¹ tal comportamento condiz com os observados por alguns autores, que reportam baixo consumo desses alimentos entre indivíduos obesos. Segundo Bleil²⁹, pesquisas indicam que somente 44% dos brasileiros relatam o consumo de frutas.

O grupo do leite e derivados foi predominante em mulheres eutróficas com TRH (75%), com sobrepeso, magreza e eutrofia sem TRH (50%), com sobrepeso e TRH obtiveram menor consumo (25%) e as demais não consumiram. Segundo

Yates et al.³² o aumento na ingestão dietética de alimentos ricos em cálcio (1000-1200 mg), mesmo em mulheres pós-menopausais, poderia retardar a perda de cálcio ósseo.

Almeja-se que os presentes resultados possam contribuir ou mesmo ser usados para o embasamento de referências para outras pesquisas relacionadas ao tema, assim como em outros estudos longitudinais.

REFERÊNCIAS

1. Costa MFL. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. In: Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan – Americana de Saúde, 2009.p.65-82.
2. De lorenzi DRS et al. Assistência à mulher climatérica: novos paradigmas. Rev Bras Enferm. 2009; 62(2): 287-93.
3. Malheiros ESA et al. Análise epidemiológica de mulheres climatéricas atendidas em Hospital Universitário no Maranhão. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2007; 8(2): 45-49.
4. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050:revisão. 2008. Acesso em: 10 nov.2011. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/projecao_da_populacao/2008/default.shtm.
5. Brito LMO, Chein MBC, Pires JAP. Climatério em portadoras de necessidades especiais. In: Anticoncepção, endocrinologia e infertilidade: soluções para as questões da ciclicidade feminina. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.p.672-674.

6. Utian WH, Boggs PP. Menopause-a modern perspective from a controversial history. *Maturitas*. 1999; 26: 73-82.
7. Rahman S, Salehin F, IQBAL, A. Menopausal symptoms assessment among middle age women in Kushitia, Bangladesh. *BCM Research Notes*. 2011; 4: 188.
8. Slater B, Marchioni DL, Fisberg RM. Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. *Rev Saúde Pública*. 2004; 599-605.
9. Fisberg RM et al. Métodos de inquéritos alimentares. In: *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos*. São Paulo: Manole, 2005. p.1-31.
10. Dutra CCS, Queiroz GMO, Barros ICL, Vargas MH, Reis RSGF. *Viabilidade clínica do teste do fluxo salivar na clínica odontológica*. Disponível em: <<http://web.ugf.br/odonto/links/saliva.html>> Acesso em: 2 Jan. 2004.
11. Streckfus CF, Baur U, Brown LJ, Bacal C, Metter J, Nick T. Effects of estrogen status menopause on saliva and dental health. *J Adv Dental Research*. 2010; 2(1): 33-36.
12. Silva LFG, Lopes FF, Oliveira AEF. Estudo sobre o fluxo salivar e xerostomia em mulheres na pré e pós-menopausa. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2007; 7(2): 125-129.
13. Bhat S, Hegde S, Bharthi, Sujatha D, Ganapathy. A study on evaluation of the effect of menopause on saliva and dental health. *J Adv Dental Resarch*. 2010; 2(1): 33-36.
14. Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MAS, Bueno VLRC. Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010; 13(3): 434-445.

15. Pannunzio EP, Amancio OMS, Vitalle MSS, Souza DN, Mendes FM, Nicolau J. Analysis of the stimulated whole saliva in overweight and obese school children. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2010; 56(1): 32-36.
16. Hosseini FA, Dizgah IM, Mirjalili N. Relationship of unstimulated saliva cortisol level with severity of oral dryness feeling in menopausal women. *Australian Dental Journal*. 2011; 56(2): 171-174.
17. Silva LFG, Lopes FF, Oliveira AEF. Estudo sobre o Fluxo Salivar e Xerostomia em Mulheres na Pré e Pós-Menopausa. *Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr*. 2007; 7(2): 125-129.
18. Gómez BR, Vallejo GH, Fuente LA, Cantor ML, Díaz M, Pintor RML. The relationship between the levels of salivary cortisol and the presence of xerostomia in menopausal women. A preliminary study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(5): E407-412.
19. Hosseini FA, Dizgah IM, Moghaddam PP, Akrad, ZT. Stimulated whole salivary flow rate and composition in menopausal women with oral dryness feeling. *Oral Diseases*. 2007; 13(3): 320–323.
20. Hosseini FA, Dizgah IM, Mansourian A, Akhtechi GZ. Serum and stimulated whole saliva parathyroid hormone in menopausal women with oral dry feeling. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009; 107(6): 806-810
21. Dizgah IM, Hosseini FA. Stimulated and unstimulated saliva progesterone in menopausal women with oral dryness feeling. *Clinical Oral Investigations*. 2011; 15(6): 859-862.
22. Yalcin F, Gurgan S, Gul G. Oral health in postmenopausal Turkish women. *Oral Health Prev Dent*. 2006; 4(4): 227-233.

23. Virtanen RL, Helenius H, Laine M. Hormone replacement therapy and some salivary antimicrobial factors in post- and perimenopausal women. *Maturitas*. 1997. 27(2): 145-151.
24. França AP. *Estado Nutricional e risco de doença cardiovascular de mulheres no climatério atendidas em um ambulatório na Cidade de São Paulo* [Dissertação]. São Paulo (Sp): Universidade de São Paulo; 2003; 42 p.
25. Montilla RNG, Aldrighi JM, MARUCCI MN. Relação cálcio/proteína da dieta de mulheres no climatério. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2004; 50(1): 52-54.
26. Björntorp, P. The regulation of adipose tissue distribution in humans. *J Obes Relat Metab Disord*. 1996; 20(4): 291-302.
27. Hill JO, Melanson EL, Wyatt HT. Dietary fat intake and regulation of energy balance: implication for obesity. *J Nutr*. 2000; 130 (2): 284-288.
28. Stevens, J. Impact of age on associations between weight and mortality. *Nutr Rev*. 2000; 58: 129-137.
29. Bleil, SL. O Padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. *Cad Debate*. 1998; 6(1): 25.
30. Francischi RPP, Lancha AHJ, Pereira LO, Freitas CS, Klopfer M, Santos RC, et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Rev Nutr*. 2000; 13(1): 17-28.
31. Angelis, RC. Novos conceitos em nutrição: reflexões a respeito do elo dieta e saúde. *Arq Gastroenterol*. 2001; 38(4): 269-271.
32. Yates, et al. Dietary reference intakes: the new basis for recommendation for calcium and related nutrients B vitamins, and choline. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98 (6): 699-706.

FONTES DE FINANCIAMENTO

A pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflitos de interesse.

COLABORADORES

Profa. Dra. Ana Emília Figueiredo de Oliveira, Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, Prof. Dr. Luiz Gustavo Oliveira Brito, Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein, Profa. Dra. Fernanda Ferreira Lopes.

Todos contribuíram para concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e para aprovação final da versão a ser publicada.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores, aos Funcionários, aos Colegas e à CAPES.

ILUSTRAÇÕES E LEGENDAS

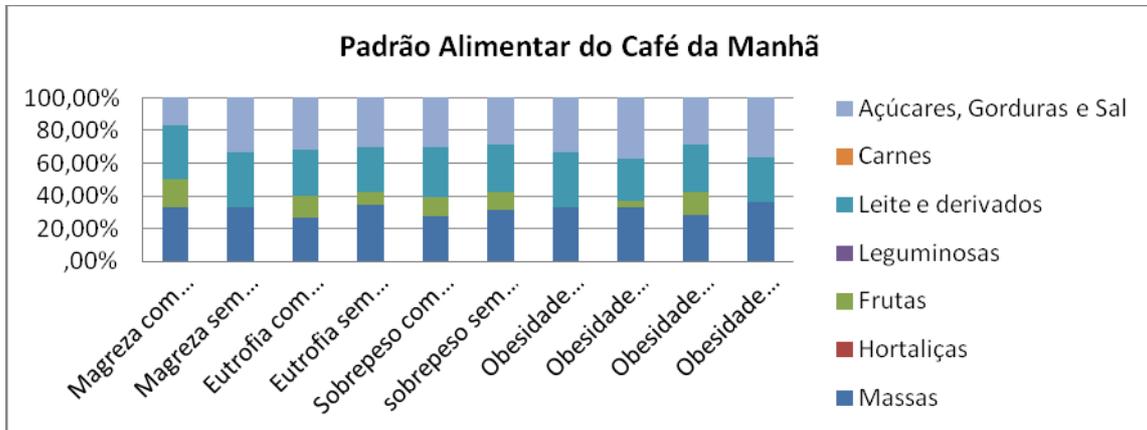


Figura 7 - Caracterização do padrão alimentar do café da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

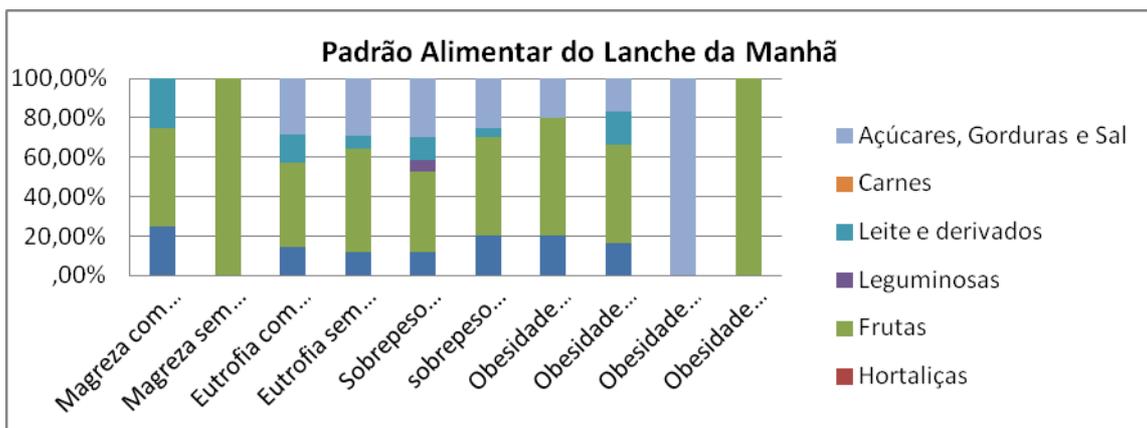


Figura 8 - Caracterização do padrão alimentar do lanche da manhã de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

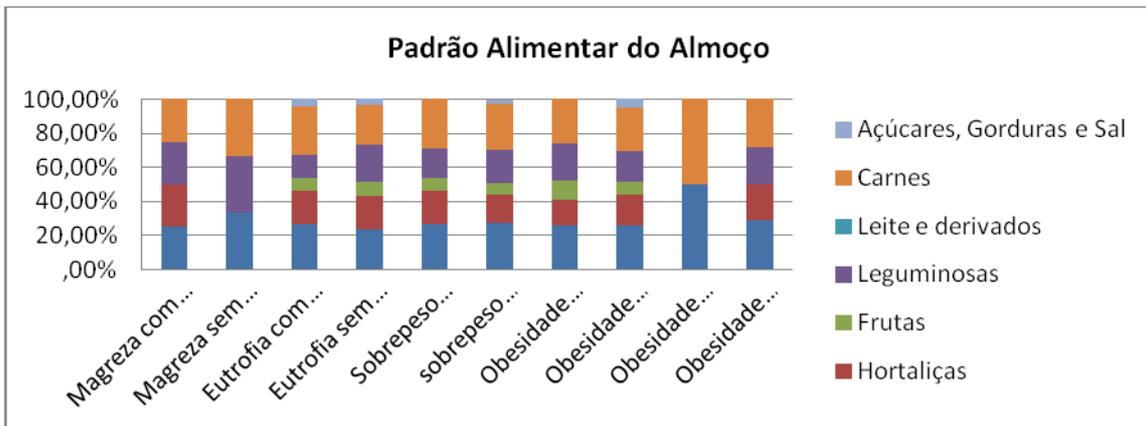


Figura 9 - Caracterização do padrão alimentar do almoço de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

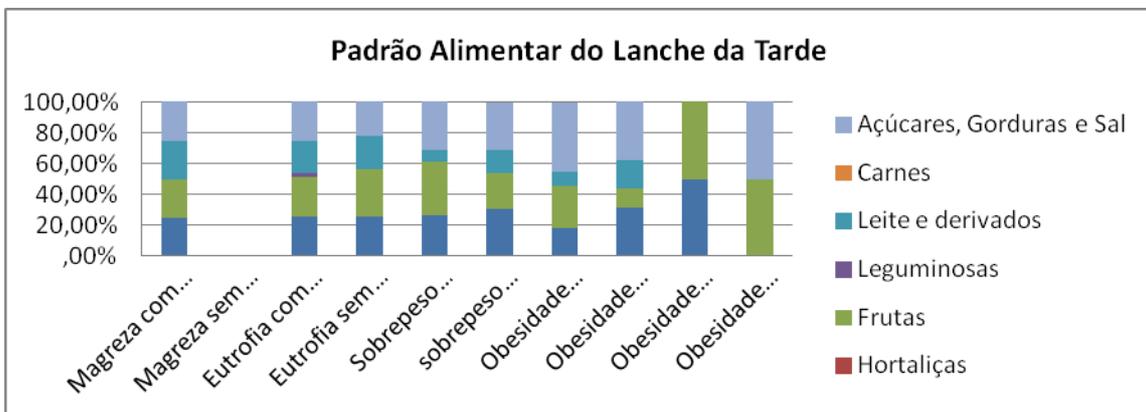


Figura 10 - Caracterização do padrão alimentar do lanche da tarde de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

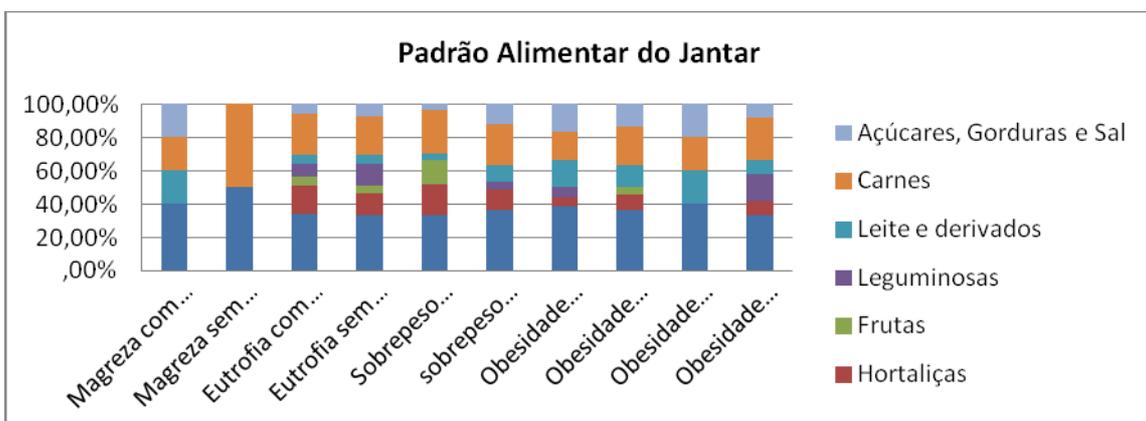


Figura 11 - Caracterização do padrão alimentar do jantar de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

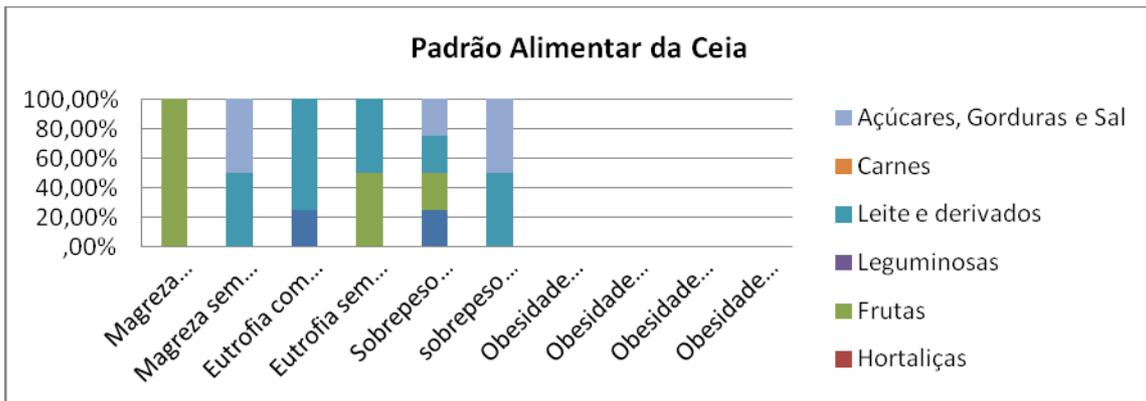


Figura 12 - Caracterização do padrão alimentar da ceia de pacientes usuárias e não usuárias de Terapia de Reposição Hormonal (TRH) estratificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). São Luís, 2012.

