

ROSAURA ELISABETH MONTEIRO PINTO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO ENTRE USUÁRIAS E
NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL**

RIO GRANDE

2006

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO ENTRE
USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL**

ROSAURA ELISABETH MONTEIRO PINTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem / saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Muccillo Baisch

Rio Grande

2006

P659a Pinto, Rosaura Elisabeth Monteiro

Avaliação da qualidade de vida no climatério entre usuárias e não usuárias de terapia hormonal / Rosaura Elisabeth Monteiro Pinto – Rio Grande : FURG, 2006.

91p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006.

1. Climatério. 2. Terapia hormonal. 3. Qualidade de vida. I. Título.

CDU 618.173

Catálogo na fonte: Roseli Senna Prestes CRB-10/1601

FOLHA DE APROVAÇÃO

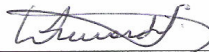
ROSAURA ELISABETH MONTEIRO PINTO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

Mestre em Enfermagem

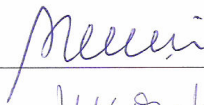
e aprovada na sua versão final em 09 de agosto de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Fundação Universidade do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Wilson Danilo Lunardi Filho - Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA:

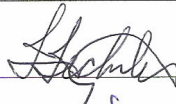
Dra. Ana Luiza Mucillo Baish
Presidente - FURG



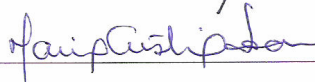
Dra. Maria Celeste Osório Wender
Membro - UFRGS



Dra. Hedi Crescencia Heckler de Siquiera
Membro - FURG



Dra. Maria Cristina Flores Soares
Suplente - FURG



RESUMO

PINTO, Rosaura Elisabeth Monteiro. Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério entre usuárias e não usuárias de Terapia Hormonal. 2006. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a influência da terapia hormonal (TH) na qualidade de vida das mulheres no climatério. Realizou-se um estudo de corte transversal com mulheres entre 40 e 65 anos atendidas no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) e em clínica privada, nos meses de junho, julho e agosto de 2005. Foram consideradas como usuárias aquelas que usavam TH há pelo menos 6 meses no momento da coleta de dados. Foram excluídas usuárias de anticoncepcional hormonal e usuárias de qualquer tipo de medicação, não hormonal, para alívio dos sintomas climatéricos nos últimos 6 meses. Participaram do estudo 229 mulheres, 61 usuárias de TH e 168 não usuárias. Avaliaram-se características sócio-demográficas e biológicas. O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade de vida no climatério foi o Questionário de Saúde da Mulher (QSM). A análise dos dados foi realizada através dos testes do Qui-quadrado (exato de Fisher), teste “t” de *student*, teste de tendência linear, teste de análise de variância fatorial 2 x 2 e teste *post-hoc* de Tukey. A idade média ($49,2 \pm 5,2$ anos) e idade média da menopausa ($44,5 \pm 5,2$ anos) das usuárias de TH foram menores do que as das não usuárias ($50,9 \pm 6,8$ anos e $47,11 \pm 4,8$ anos respectivamente) ($p=0,04$ e $p=0,02$). Ocorreu aumento do uso de TH com o aumento da renda ($p<0,05$). Não ocorreu interação entre renda e TH, quando se procurou identificar se as maiores rendas e não a TH melhoravam a qualidade de vida. Dos 9 domínios de qualidade de vida avaliados pelo QSM, em 6 os escores foram melhores para as usuárias de TH (sintomas vasomotores, ansiedade e temores, memória e concentração, comportamento sexual, sintomas somáticos e sintomas depressivos). Independente do uso ou não de TH as mulheres com renda familiar maior do que 5 salários apresentaram melhores escores para qualidade de vida nos domínios sintomas vasomotores ($p<0,05$), ansiedade e temores ($p<0,01$), memória e concentração ($p<0,05$), comportamento sexual ($p<0,05$), sintomas depressivos ($p<0,01$) e problemas do sono ($p<0,05$) do que as mulheres com menor renda familiar. Os sintomas vasomotores foram os referidos como sendo os mais difíceis de conviver ($p<0,01$). As usuárias de TH apresentaram melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Climatério. Terapia de Reposição Hormonal. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

PINTO, Rosaura Elisabeth Monteiro. Assessment of Quality of Life in Menopausal Users and Non-users of Hormonal Therapy. 2006. 91p. Thesis in the Nursing Master's Program. Post-graduation Program in Nursing at the Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This research aims at assessing the influence of hormonal therapy (HT) on climacteric women's quality of life. A cross-sectional study was carried out with women between 40 and 65 years old who sought for assistance at the Ambulatório de Climatério, a health center that focus on climacterics, in the university hospital that belongs to the Fundação Universidade do Rio Grande (HU-FURG), and at a private office, in June, July, and August 2005. Women who had already used HT for at least 6 months when the data was collected were considered users of the therapy. Women who had used hormonal birth control or any kind of non-hormonal treatment to relieve climacteric symptoms in the previous 6 months were excluded. The study was carried out with 229 women; 61 were users of HT, whereas 168 were non-users. Socio-demographic and biological features were assessed. The instrument chosen to assess climacteric women's quality of life was the Women's Health Questionnaire (WHQ). Data analysis used Chi-square tests (Fisher), student's "t" test, linear tendency test, analysis of factorial variance 2x2, and Tukey's *post-hoc* test. The average age of the users of HT (49.2 ± 5.2 years old) and the average age in which their menopause started (44.5 ± 5.2 years old) are under those of the non-users (50.9 ± 6.8 and 47.11 ± 4.8 years old, respectively) ($p = 0.04$ and $p = 0.02$). Higher income ($p < 0,05$) increased use of HT. No interaction was found between income and HT when I tried to identify if higher income, rather than HT, had improved their quality of life. Taking into consideration the nine dimensions of quality of life assessed by the WHQ, six of them presented better scores for users of HT (vasomotor symptoms, anxiety and fears, memory and concentration, sexual behavior, somatic symptoms, and depressive symptoms). Regardless of the use of HT, women with a family income above five minimum salaries (when compared to women with lower family income) presented better scores for quality of life in the following dimensions: vasomotor symptoms ($p < 0.05$), anxiety and fears ($p < 0.01$), memory and concentration ($p < 0.05$), sexual behavior ($p < 0.05$), depressive symptoms ($p < 0.01$), and sleep problems ($p < 0.05$). The vasomotor symptoms were considered the hardest to live with ($p < 0.01$). HT users had better quality of life.

Key words: Climacteric. Estrogen Replacement Therapy. Quality of Life.

RESUMEN

PINTO, Rosaura Elisabeth Monteiro. Evaluación de la Calidad de Vida en el Climaterio entre usuarias y no usuarias de terapia hormonal .2006. 91f. Disertación (Mestrado en Enfermería) Programa de Posgrado en Enfermería, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

El objetivo de esta pesquisa fue evaluar la influencia de la terapia hormonal (TH) en la calidad de vida de las mujeres en el climaterio. Se realizó un estudio de corte transversal con mujeres entre 40 y 65 años atendidas en el Ambulatorio de Climaterio del Hospital Universitario de la Fundação Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) y en clínica privada, en los meses de junio, julio y agosto de 2005. Fueron consideradas como usuarias aquellas que utilizaban TH hace 6 meses en el momento de la colecta de datos. Fueron excluidas usuarias de anticonceptivo hormonal y usuarias de cualquier tipo de medicación, no hormonal, para el alivio de los síntomas climatéricos en los últimos 6 meses. Participaron del estudio 229 mujeres, 61 usuarias de TH y 168 no usuarias. Fueron evaluadas características sócio demográficas y biológicas. El instrumento utilizado para la evaluación de la calidad de vida en el climaterio fue el Cuestionario de Salud de la Mujer (QSM). El análisis de los datos fue realizado a través de los testes del Qui-cuadrado (exacto de Fisher), test "t" de *student*, test de tendencia lineal, test de análisis de la variancia factorial 2 x 2 y el test *post-hoc* de Tukey. La edad media ($49,2 \pm 5,2$ años) y la edad media de la menopausia ($44,5 \pm 5,2$ años) de las usuarias de TH fueron menores de lo que de las no usuarias ($50,9 \pm 6,8$ años e $47,11 \pm 4,8$ años respectivamente) ($p=0,04$ y $p=0,02$). Ocurrió aumento del uso de TH con el aumento de la renta ($p<0,05$). No ocurrió interacción entre la renta y TH, cuando se buscó identificar si las mayores rentas y no la TH mejoraban la calidad de vida. De los 9 dominios de calidad de vida evaluados por QSM, en 6 los escores fueron mejores para las usuarias de TH (síntomas vasomotores, ansiedad y temores, memoria y concentración, comportamiento sexual, síntomas somáticos y síntomas depresivos). Independiente del uso o no de TH las mujeres con renta familiar mayor de 5 salarios presentaron mejores escores para calidad de vida en los dominios síntomas vasomotores ($p<0,05$), ansiedad y temores ($p<0,01$), memoria y concentración ($p<0,05$), comportamiento sexual ($p<0,05$), síntomas depresivos ($p<0,01$) y problemas del sueño ($p<0,05$) de lo que las mujeres con menor renta familiar. Los síntomas vasomotores fueron los referidos como siendo los más difíciles de convivir ($p<0,01$). Las usuarias de TH presentaron mejor calidad de vida.

Palabras-llave: Climaterio. Terapia de Reemplazo de Estrógeno. Calidad de Vida.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– ESTROGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO	20
TABELA 2	– CLASSIFICAÇÃO DOS PROGESTOGÊNIOS	21
TABELA 3	– PROGESTOGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO	22
TABELA 4	– ANDROGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO.....	22
TABELA 5	– DADOS DAS PACIENTES DO WHY, BRAÇO DA TEPCC (EM PERCENTUAIS)	24
TABELA 6	– RR, NÚMERO E DIFERENÇA DE EVENTOS CLÍNICOS ENTRE OS GRUPOS DO WHI, BRAÇO TEPCC	25
TABELA 7	– Nº DE EVENTOS CLÍNICOS, NO BRAÇO TE, DO WHI.....	25
TABELA 8	– CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH	52
TABELA 9	– DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH CONFORME A FAIXA ETÁRIA	54
TABELA 10	– DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA CONFORME O ESTADO MENOPAUSAL	54
TABELA 11	– DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS USUÁRIAS DE TH SEGUNDO O ESQUEMA TERAPÊUTICO	55
TABELA 12	– DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA CONFORME O NÚMERO DE GESTAÇÕES.....	55
TABELA 13	– AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QSM.....	56
TABELA 14	– ESTUDO DE INTERAÇÃO ENTRE RENDA E TH.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMP	Acetato de medroxiprogesterona
AVC	Acidente vascular cerebral
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DC	Depois de Cristo
DCV	Doença cardiovascular
DNA	Ácido desoxirribonucléico
ECE	Estrogênio conjugado eqüino
E₁	Estrona
E₂	Estradiol
et. al	e colaboradores
FDA	Food and drug administration
FOP	Falência ovariana prematura
FSH	Hormônio folículo estimulante
GCS	Greene Climacteric Scale
HDL	Lipoproteína da alta densidade
HERS	Heart and Estrogen-Progestin Replacement Study
HRQoL	Health-Relate Quality of Life
HU-FURG	Hospital Universitário da Fundação Universidade do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INTE	Índice Nacional de Terapêutica e Enfermidades
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
LH	Hormônio luteinizante
MENQOL	Menopause Specific Quality of Life Questionnaire
Mg	Miligrama
MQOL	Menopause Quality of Life Scale
MRS	Menopause Rating Scale
MSL	Menopause Symptoms List
MT	Metil-testosterona
MWS	Million Women Study

NIH	National Institute of Health
NAMS	The North American Menopause Society
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PGWB	Psychological General Well-Being
PIB	Produto Interno Bruto
PNI	Programa Nacional de Assistência Materno-Infantil
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
P-valor	Probabilidade de significância estatística
QSM	Questionário da Saúde da Mulher
QVLS	Qualidade de Vida Ligada à Saúde
SERMS	Specific Estrogen Receptor Modulators
SOBRAC	Sociedade Brasileira de Climatério
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STRAW	Stages of reproductive aging workshop
SUS	Sistema Único de Saúde
SWAN	Study of Women's Health Across de Nation
TE	Terapia estrogênica
TEP	Terapia estroprogestogênica
TEPcc	Terapia estroprogestogênica combinada continua
TEPcs	Terapia estroprogestogênica combinada seqüencial
TH	Terapia hormonal
UQOL	Utian Menopause Quality of Life Scale
X²	Qui – quadrado, teste estatístico
WHI	Women's Health Initiative
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
WHQ	Women's Health Questionnaire

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1	CLIMATÉRIO	14
2.1.1	Terapia Hormonal (TH).....	19
2.1.2	Grandes estudos sobre os efeitos da TH no Climatério.....	23
2.1.3	Posicionamentos sobre os grandes estudos	26
2.1.3.1	Comitê Executivo da Sociedade Internacional de Menopausa.....	26
2.1.3.2	Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC).....	27
2.1.4	Prescrevendo TH hoje	28
2.1.5	Investigação preliminar à TH e investigação intra-tratamento.....	29
2.2	QUALIDADE DE VIDA	29
2.2.1	Desenvolvimento, qualidade de vida e políticas de saúde da mulher	30
2.2.2	Gênero, Climatério e Qualidade de Vida	35
2.2.3	Qualidade de Vida Ligada à Saúde, Estilo de Vida e Climatério.....	37
2.2.4	Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério	42
2.2.5	Instrumentos para avaliar qualidade de vida no climatério	43
3	METODOLOGIA	45
3.1	TIPO DE PESQUISA.....	45
3.2	CÁLCULO DA AMOSTRA	45
3.3	LOCAIS DA COLETA DE DADOS	45
3.4	SUJEITOS DA AMOSTRA.....	46
3.4.1	Critérios de inclusão	46
3.4.2	Critérios de exclusão	46
3.5	COLETA DE DADOS	47
3.5.1	Instrumento para coleta de dados	47
3.5.2	Variáveis contempladas na ficha de identificação.....	48
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	50
3.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	51
4	RESULTADOS	52
4.1	AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – IDADE, ESCOLARIDADE, ESTADO CONJUGAL E OCUPAÇÃO	52

4.2	AVALIAÇÃO DA IDADE MÉDIA DA OCORRÊNCIA DA MENOPAUSA E DO ESTADO MENOPAUSAL	54
4.3	AVALIAÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO EMPREGADO	55
4.4	AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE GESTAÇÕES ENTRE AS MULHERES DO ESTUDO	55
4.5	AVALIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR ENTRE AS MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH	56
4.6	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER.....	56
4.7	AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER E A INFLUÊNCIA DA RENDA FAMILIAR	57
4.8	QUESTÃO DISSERTATIVA.....	58
5	DISCUSSÃO	59
6	CONCLUSÕES	70
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos assistido a um rápido crescimento da população com idade maior que 50 anos. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período 1975-2025 a Era do Envelhecimento. Tal crescimento tem tendência mundial. (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002).

No Brasil, no início do séc. XX, a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos enquanto em 2003 a expectativa de vida ao nascer para os homens era de 67,6 anos e para as mulheres era de 75,2 anos. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2003).

A população feminina tem chegado à velhice de maneira mais significativa que a masculina. A sobremortalidade masculina deve-se principalmente à magnitude das causas externas (violentas), principal diferencial por sexo, e as doenças do aparelho circulatório. (AQUINO et al., 1991).

Para que uma população envelheça é necessário primeiro que nasçam muitas crianças; segundo, que as crianças sobrevivam até uma idade avançada (aumento da expectativa de vida), e que, simultaneamente, o número de nascimentos diminua (declínio das taxas de fertilidade). Este processo dinâmico no comportamento populacional é chamado de transição demográfica ou epidemiológica. (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

A constatação deste processo, no qual estamos passando de uma “população expansiva” (maior número de pessoas nas menores idades), para uma “população constritiva” (maior número de pessoas nas idades maiores), direciona a atenção em saúde para a meia-idade e velhice. (TEIXEIRA, 2002).

Seguindo esta tendência evidenciam-se movimentos acadêmicos, populares e governamentais que através de estudos, discussões e programas procuram focar o climatério feminino de uma forma ampla, considerando que, com o aumento da expectativa de vida, um número cada vez maior de mulheres viverá muitos anos após a menopausa.

A maneira como é focalizada esta fase da vida feminina engendra proposições diferenciadas, seja no universo médico, seja nos movimentos de mulheres ou nas organizações governamentais. (MENDONÇA, 2004).

A área médica no climatério busca conhecimentos que lhe permitam oferecer orientação e intervenção preventiva, além da informação que a paciente deseja para fazer opções terapêuticas. O atendimento deve acontecer de maneira a proporcionar discussões que

ajudem a mulher a lidar com seus problemas nesta etapa da vida. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

A participação dos movimentos de mulheres ocorre a partir da década de 70 do século XX. Estes movimentos enfatizam a necessidade das mulheres falarem abertamente sobre o climatério a fim de desmitificá-lo. Possibilitar à mulher o direito de falar significa a revelação de seu mundo que assim poderá ser compreendido. Os movimentos de mulheres procuram também fornecer informações técnicas a respeito dos sintomas climatéricos e discutir a hormonioterapia. (BIFFI, 2003).

O trabalho com mulheres climatéricas, que realizo no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal de Rio Grande (HU-FURG), e o fato do climatério ser atualmente um assunto de relevância mundial, sendo considerado problema de Saúde Pública, justifica a escolha deste tema para minha dissertação de Mestrado. Climatério é um tema vasto, e já foi enfocando sob diversos aspectos. Este trabalho abordará a Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério.

O climatério é um período do ciclo biológico da mulher, quando ocorre a perda da atividade folicular ovariana, ocasionando inúmeras modificações endócrinas, físicas e emocionais. Neste período, que inicia aos 40 anos e termina aos 65 anos, a mulher passa por profunda experiência existencial, nas relações interpessoais, na vida conjugal, profissional, espiritual e sociocultural. Muitas mulheres vivem estas fases com muito sofrimento apresentando ondas de calor, palpitações, sudorese, irritabilidade, insônia, dispareunia, etc. (FORTES, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1994, define “qualidade de vida” como: “A percepção que uma pessoa tem de sua vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive em relação as suas metas, expectativas, padrões e interesses”.

A avaliação da qualidade de vida no climatério realizada através do Estudo Gazel, trabalho desenvolvido com 286 mulheres da Companhia de Gás e Eletricidade da França, encontrou uma pior qualidade de vida nas mulheres menopausadas se comparadas com mulheres pré-menopausadas. (LEDÉSERT et al., 1995).

Blumel et al. (1998), no Chile, publicou estudo com 481 mulheres entre 40 e 59 anos, usando o Questionário Específico para Qualidade de Vida na Menopausa da Universidade de Toronto, Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL), e concluiu que o climatério produz perda da qualidade de vida.

O uso de Terapia Hormonal (TH) para tratamento dos sintomas climatéricos melhora a qualidade de vida das mulheres. (REBAR; TRABAL; MORTOLA, 2000).

O Women's Health Initiative (WHI) avaliou 16.608 mulheres menopausadas entre 50 e 79 anos, média de 63,3 anos, com útero intacto. Destas 8.506 receberam estrogênio conjugado equino (ECE) 0,625 mg + acetato de medroxiprogesterona (AMP) 2,5 mg, de forma contínua combinada, e 8.102 receberam placebo. A qualidade de vida foi avaliada no início do trabalho, um ano após em todo o grupo, e três anos após o início do trabalho para um subgrupo de 1.551 mulheres. A conclusão foi que não houve melhora na qualidade de vida com o uso da TH. (HAYS et al., 2003).

O WHI avaliou a qualidade de vida em mulheres cuja idade média era de 63,3 anos, mulheres estas que em sua maioria não apresentavam sintomas climatéricos. (THE EMAS WRITING GROUP, 2004, 2005).

As diferenças entre os resultados favoráveis da TH em estudos observacionais e os resultados “desfavoráveis” da TH em estudos clínicos aleatórios estimulam a realização de novas pesquisas.

Hipótese:

A TH melhora a qualidade de vida das mulheres no climatério.

Questão da pesquisa:

Mulheres usuárias de TH têm melhor qualidade de vida?

Objetivo da pesquisa:

Avaliar a influência da TH na Qualidade de Vida no Climatério.

Espero com este trabalho contribuir com dados que ajudem a melhorar a prática clínica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CLIMATÉRIO

Climatério, termo de origem grega que significa “período de crise ou mudança” (Klimacton = “crise”). O ciclo vital da mulher é constituído por três períodos críticos de transição: a adolescência, a gravidez e o climatério. São períodos biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas e estados temporários de equilíbrio instável. (MALDONADO, 1984).

O climatério pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva ou *menacme* e a senectude (senescência ou senilidade). Neste período ocorre um conjunto de alterações devidas inicialmente à falha e a seguir ao déficit na produção de hormônios esteróides ovarianos. (FERREIRA, 1999; HALBE, 1987).

Considera-se que o climatério inicie por volta dos 40 anos e termine na senescência, ou seja, 65 anos. (LIMA; GIRÃO, 2003).

O climatério é classificado segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (1999), em:

⇒ Pré-menopausa – inicia-se aos 40 anos em mulheres com ciclos menstruais normais ou com o mesmo padrão que sempre tiveram durante sua vida reprodutiva, há diminuição da fertilidade.

⇒ Perimenopausa – ou transição menopausal, antes da última menstruação e persiste até um ano após. As mulheres apresentam ciclos menstruais irregulares, alterações clínicas e endócrinas (hormonais).

⇒ Pós-menopausa – inicia um ano após o último período menstrual. É considerada precoce (até 5 anos da última menstruação) e tardia (após 5 anos da última menstruação).

A Sociedade Norte Americana de Menopausa (NAMS) e outras entidades ligadas à saúde patrocinaram um grupo de estudo denominado “Stages of Reproductive Aging Workshop” (STRAW) para que normalizasse a nomenclatura dos estágios deste período da vida das mulheres. NAMS divide o climatério em transição menopausal e pós-menopausa. (SHERMAN, 2005).

A menopausa é a última menstruação sendo diagnosticada quando ocorrem 12 meses de ausência do fluxo menstrual, portanto, um diagnóstico retrospectivo. (BOSSEMEYER, 1999; FREITAS et al., 2001).

A faixa etária média de ocorrência da menopausa é de 50 anos. Fala-se em menopausa precoce quando ela se instala antes dos 40 anos e em menopausa tardia quando ocorre após os 52 anos ou 55 anos para outros autores. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

A idade da menopausa varia conforme se pode notar: Grã-Bretanha, 50,2 anos; Holanda, 51,5anos; África do Sul, 46,7 anos; Gana, 48 anos; Tailândia 45 anos, Emirados Árabes, 47,3 anos e no Brasil 47,5. Acredita-se que estas diferenças se devem a fatores como paridade, nutrição, raça e tabagismo, podendo ser antecipada em até três anos. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

Falência ovariana prematura (FOP) é o quadro de insuficiência ovariana seguida de amenorréia em mulheres com menos de quarenta anos, pode ser transitória (excesso de exercício físico, erros alimentares, altos níveis de stress) ou permanente (doença auto-imune ou anomalias genéticas). A falência ovariana prematura permanente também é chamada de menopausa precoce. (NAMS, 2004).

Menopausa induzida ocorre quando a amenorréia é devida à cirurgia (ooforectomia bilateral com ou sem histerectomia), quimioterapia ou radioterapia pélvica. (NAMS, 2004).

A causa da menopausa natural é a depleção dos folículos ovarianos. O esgotamento da população folicular se deve ao consumo devido à ovulação ou a atresia. (SPEROFF et al., 1995).

No período do climatério o primeiro mecanismo a se alterar é o que envolve a produção de inibina (polipeptídeo sintetizado pelas células da granulosa sob estímulo do FSH e do estradiol). Ocorre diminuição progressiva deste peptídeo na fase folicular com o conseqüente aumento sérico gradual do Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Somando-se, a isto, os folículos remanescentes são mais resistentes à ação desta gonadotrofina (SPEROFF et al., 1995).

O aumento do FSH leva à maturação mais rápida do folículo, causando ciclos mais curtos e maior consumo de folículos. A diminuição do número de folículos e o encurtamento da primeira fase do ciclo levam a baixos níveis de estrogênios com conseqüente redução de receptores de Hormônio Luteinizante (LH) na teça e na granulosa acarretando o encurtamento da fase lútea e insuficiente produção de progesterona. (SPEROFF et al., 1995).

O comprometimento da produção hormonal ovariana continua até que na pós-menopausa o ovário passa a produzir praticamente androgênios, graças à presença de

receptores de LH no estroma ovariano. Estes androgênios são aromatizados e convertidos em estrona nos tecidos periféricos (pele, músculo, gordura e fígado). (SPEROFF et al., 1995).

O FSH permanecerá aumentado por 5 a 10 anos após a menopausa, sempre mais alto que o também aumentado LH, e mesmo após este período os níveis destas gonadotrofinas serão maiores do que os do menacme. A relação entre estradiol e estrona também se modifica, passando a serem maiores os níveis de estrona, e o pouco estradiol circulante tem origem na conversão periférica da estrona. (SPEROFF et al., 1995).

As manifestações do climatério são, principalmente, as irregularidades menstruais, os sintomas neurovegetativos ou vasomotores, os neuropsíquicos, os fenômenos atróficos urogenitais e a osteoporose que interferem na qualidade de vida da climatérica. (FERREIRA; WEHBA; FERNANDES, 1997; FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

A sintomatologia climatérica atinge 85% das mulheres. (MCKINLAY apud WOODS; MITCHELL, 2005). No Brasil sintomatologia climatérica tem alta prevalência, cerca de 96,9% das mulheres experimentam no mínimo um dos sintomas climatéricos. (PEDRO, et al., 2003).

No período de transição menopausal, devido às alterações hormonais, ocorrem irregularidades menstruais. Os ciclos menstruais sofrem alterações variáveis tanto em regularidade quanto em quantidade de fluxo. No começo os níveis aumentados de FSH, no início do ciclo, causam hiperestímulo folicular com maturação acelerada e ovulação precoce, levando a ciclos com intervalos menores por encurtamento da fase folicular. (FERREIRA, 1999).

Os ciclos anovulatórios, mais prevalentes com a aproximação da menopausa, costumam-se traduzir por hipermenorragia (aumento da quantidade e da duração do fluxo) ou hipermenorréia (aumento da duração do fluxo). Os ciclos hipoestrogênicos iniciais caracterizam-se por serem oligohipomenorréicos (redução da duração fluxo e de quantidade) e quando por fim o hipoestrogenismo é marcante ocorre à amenorréia. (LIMA; GIRÃO, 2003).

Os sintomas neurovegetativos ou vasomotores são as palpitações, parestesias, sudorese, cefaléia vasomotora e ondas de calor. O fogacho (“ondas de calor”), sinal clássico da falência ovariana, já foi considerado um sintoma psicológico da mulher, sendo somente a partir de 1975, constatada, objetivamente, a sua existência através da medida de alterações fisiológicas durante a crise. (FERREIRA; WEHBA; FERNANDES, 1997).

As ondas de calor são sensações súbitas e transitórias de calor, sentidas principalmente na metade superior do tórax, pescoço e face (mas podem atingir todo o corpo), acompanhadas de rubor, sudorese e seguidas de calafrios, palpitações e sensação de ansiedade. Os fogachos

são mais freqüentes à noite, quando interrompem o sono, piorando o bem-estar e causando problemas profissionais e sociais. Os sintomas vasomotores atingem cerca de 75% das climatéricas, aparecem na peri-menopausa e podem persistir até por 15 anos. (FERREIRA; WEHBA; FERNANDES, 1997; WENDER, 2003).

A onda de calor tem origem hipotalâmica, com mediação do sistema adrenérgico e sistema opióide endógeno, sendo relacionada ao possível transtorno neuro-endócrino causado pela queda dos níveis de estrogênio no sistema nervoso central. Transtorno este também chamado de “síndrome de privação”, termo utilizado para descrever alguns casos de privação narcótica, de clínica semelhante ao climatério. (SOUSA et al., 2003).

Os sintomas neuropsíquicos são algumas vezes considerados não como de origem hormonal, ou seja, por hipoestrogenismo, mas sim como de causa psicológica, oriundos de conflitos emocionais. São descritos: fadiga, labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, agressividade, ansiedade, tristeza, melancolia, crises de choro, solidão, depressão, diminuição da libido (queda de androgênio), falta de concentração e perda da memória, perda de confiança e dificuldade de tomar decisões. (ALMEIDA; ALMEIDA, 1996).

Estudos neurofisiológicos mostram áreas cerebrais onde os estrogênios controlam funções de emoções e sexualidade. Investigações neuroquímicas demonstram que os estrogênios podem afetar a concentração de enzimas que sintetizam e catabolizam neurotransmissores cerebrais, regulam assim a produção de adrenalina, noradrenalina, serotonina, prostaglandinas, e sua deficiência pode gerar os sintomas neuropsíquicos observados no climatério. (FERREIRA; WEHBA; FERNANDES, 1997).

As alterações no trato urinário no climatério devem-se ao fato de que a mucosa da uretra, do trígono vesical e o tecido conjuntivo que envolve a uretra apresentam receptores de estrogênios, e na falta deste hormônio podem ocorrer incontinência urinária de esforço, infecção urinária, síndrome uretral (disúria, polaciúria, urgência miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, etc.), carúncula uretral e divertículos. (GIRÃO et al., 1999).

No aparelho genital as alterações climatéricas incluem atrofia do epitélio do intróito vaginal e vulvar. A mucosa torna-se fina e com perda da rugosidade, a vagina encurta-se e fica menos elástica, há redução do glicogênio e, conseqüentemente, diminuição do ácido láctico e aumento do pH vaginal com maior risco de infecções vaginais, e secura vaginal. A vulva perde a gordura no tecido subcutâneo e o epitélio torna-se mais delgado o que causa prurido, estenose, dispareunia e vaginite. (MELO et al., 2004).

A relação sexual genital no climatério é afetada pela queda dos níveis hormonais de testosterona e estrogênio tanto centralmente (declínio da libido), quanto localmente (atrofia e diminuição da lubrificação vulvo-vaginal). (PELLEGRINI JUNIOR, 2003).

Na mulher, desde a puberdade, o estrogênio é importante para o pico e manutenção da massa óssea. Na menopausa a perda da massa óssea deve-se principalmente à queda de estrogênio. A idade da menarca, a regularidade dos ciclos menstruais e a idade da menopausa são fatores que influenciam na densidade óssea feminina. (WENDER; TOURINHO, 2004).

A osteoporose, estrogênio dependente, é causada por um aumento no processo de remodelação óssea, que ocorre normalmente, mas com um aumento maior na reabsorção do que na formação óssea. A consequência é a perda de massa óssea principalmente a trabecular, com fraturas mais frequentes na porção distal do rádio e na coluna vertebral. Os estrogênios reduzem a taxa de remodelação óssea. (FERNANDES et al., 1999).

Os estrogênios podem agir diretamente, já que existem receptores nos osteoblastos, mas também por outros mecanismos, como aumento da eficácia da absorção do cálcio e alterações em citoquinas, vitamina D, paratormônio, calcitonina e fatores de crescimento (MARINHO, 2001).

As doenças cardiovasculares (DCV) têm início 7 a 10 anos mais tarde nas mulheres do que nos homens. Em mulheres na mesma idade em grupos de pré e pós-menopausa verifica-se ao menos o dobro da incidência de DCV no grupo pós-menopausa, o que se atribui ao fator protetor do estrogênio. A carência estrogênica leva ao aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) e manutenção da lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol), elevando o risco aterogênico. O estrogênio aumenta o fluxo sanguíneo e diminui a resistência das artérias, levando a vasodilatação pela liberação de substâncias como óxido nítrico, prostaciclina e peptídeo similar a calcitonina; tem ainda função bloqueadora nos canais de cálcio, diminuindo a possibilidade de hipertensão arterial. O estrogênio diminui a resistência à insulina. (MELO et al., 1999).

Ao hipoestrogenismo estão sendo associadas outras doenças, como diabete, doença de Parkinson, Alzheimer, câncer de cólon e doença periodontal. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

A visão da mulher climatérica em seu contexto permite perceber a influência dos fatores socioculturais e psíquicos nesta fase de suas vidas.

2.1.1 Terapia Hormonal (TH)

Na mulher, durante a fase reprodutiva, o estradiol (E_2) produzido pelo ovário é o principal estrogênio circulante. Deste estradiol, 20% é convertido em estrona (E_1), considerado um estrogênio menos potente; e a relação E_2/E_1 é maior do que 1. Na pós-menopausa a produção de estradiol se dá principalmente a partir da estrona, proveniente da androstenediona produzida pelas adrenais e pelo ovário, e a relação E_2/E_1 torna-se inferior a 1, causando os sintomas de carência estrogênica. (FONSECA et al., 1999).

A história da TH no climatério começa em 1942, com a liberação pelo Food and Drug Administration (FDA) do estrogênio conjugado equino para o alívio das ondas de calor. Deste período até os dias de hoje, foram realizados vários tipos de tratamento hormonal e com várias indicações. (FERREIRA et al., 2004).

Vários hormônios são utilizados na TH. Entre os mais usados, isoladamente ou em associação, estão os estrogênios e os progestogênios.

Os estrogênios exógenos podem ser divididos em função de sua estrutura e forma de obtenção em naturais (livres, conjugados e esterificados) e sintéticos. Os estrogênios naturais livres são o estradiol, o estriol, a estrona. Os estrogênios conjugados equinos (ECE) compreendem os glicuronidatos e os sulfatos. Os ECE sulfoconjugados ou estrogênios conjugados contêm sais sódicos dos ésteres sulfatados hidrossolúveis de estrona, equilina e 17 alfa-diidroequinelina. Os estrogênios esterificados são o valerato e o hexaidrobenzoato ou benzoato de estradiol. (FRITSCH; MURDOCH, 1991).

Os estrogênios sintéticos podem ser classificados em esteroidianos e não esteroidianos. Os esteroidianos são etinilestradiol e o promestrieno. Dentre os não esteroidianos pode-se citar: dietiestilbestrol, clorotanisene (TACE), o ciclofenil. (TEIXEIRA, 1995).

Os moduladores seletivos dos receptores dos estrogênios, SERMS (specific estrogen receptor modulators), exercem efeitos agonistas ou antagonistas em diferentes órgãos, os disponíveis atualmente são o clomifeno, raloxifeno e o tamoxifeno. A indicação do raloxifeno deve-se à sua ação no metabolismo ósseo e na prevenção do câncer de mama. O tamoxifeno, usado como adjuvante no tratamento do câncer de mama, tem efeito benéfico no osso e no perfil lipídico, mas aumenta o risco de fenômenos tromboembólicos e de hiperplasia e carcinoma de endométrio. (FERNANDES, 2004).

Uma outra classe de estrogênios são os xenoestrogênios. Os xenoestrogênios são classificados em fitoestrogênios e contaminantes ambientais de origem industrial. Os principais fitoestrogênios são as isoflavonas, as lignanas e os corimestranos. As isoflavonas estão presentes em leguminosas, principalmente na soja. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

O estrogênio pode ser administrado por via oral, nasal, vaginal, transdérmica (adesivos ou gel) e através de implantes subcutâneos. A via oral é a mais utilizada, os estrogênios administrados por esta via são absorvidos pela mucosa intestinal e levados ao fígado pelo sistema porta-hepático; este fenômeno é chamado de “primeira passagem hepática”. (MELO et al., 2004).

TABELA 1 – ESTROGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

<i>Estrogênios / doses e vias</i>	
Via oral / dose	Estrogênios conjugados (EC) 0,5 -0,45 – 0,625 – 1,25mg/dia 17-β-estradiol micronizado (E ₂) 1 – 2 mg/dia Hemisuccinato de estradiol (HE) 1,5 mg/dia
Via transdérmica	Estradiol transdérmico (E ₂) 25 -50 – 100
Via nasal	Estradiol gel (E ₂) 0,5 – 1 – 3 mg/dia Estradiol intranasal (E ₂) 150 300 mcg/dia
Via subcutânea	Estradiol implante (E ₂) 25 mg cada 6 meses

FONTE: Adaptado de MELO et al., 2004.

Os progestogênios podem também ser divididos em naturais e sintéticos. A progesterona é o único progestogênio natural, se administrada por via oral tem mínima absorção intestinal, mas tem valor se usada pelas vias transdérmica, vaginal ou oral sob a forma micronizada. Os progestogênios sintéticos são divididos quanto à forma de origem em: a) derivados da progesterona ou pregnanos (C21); b) derivados da 19-nortestosterona: os estranos (C18) e os gonanos (C17); c) derivados da 19-norprogesterona ou nor-pregnanos. (BOSSEMEYER, 2004; WILLIAMS; STANCEL, 1996).

O uso do progestogênio na TH é justificado na paciente que tem útero para a proteção da hiperplasia e do câncer de endométrio. Eles suprimem a síntese de DNA e a formação dos receptores nucleares de estradiol, e induzem a formação das enzimas 17-β-desidrogenase e

isocitrato de desidrogenase, que diminuem a estrogenicidade tecidual e propiciam efeito secretor ao endométrio. (MELO et al., 2004; SITRUK, 2004).

Os progestogênios agem em receptores específicos, como também nos de estrogênios, androgênios, glicocorticóides e mineralocorticóides. A adição de progestogênio à TH pode influenciar negativamente no metabolismo dos carboidratos, no perfil lipídico e lipoprotéico, nos mecanismos de resistência vascular, na predisposição à depressão, no aparecimento de sintomas que simulam síndrome pré-menstrual e parecem aumentar o risco de câncer de mama. (MELO et al., 2004; SITRUK, 2004).

Uma nova geração de progestogênios vem sendo desenvolvida visando diminuir os efeitos negativos a eles associados. São os considerados progestogênios de 4ª geração, como: dienogest, drospirina, nestorona, nomegestrol, trimegestona, além da progesterona micronizada e da didrogesterona. (CONSENSO DA SOBRAC, 2004; SITRUK, 2004).

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS PROGESTOGÊNIOS

TESTOSTERONA		PROGESTERONA	
19 – Nortestotona		17 - Hidroxiprogesterona	
Estranos (C18)	Gonanos (C17)	Pregnanos (C21)	
Noretildronel	Levonorgestrel	Acetilados	Não Acetilados
G1	G2	Medroxiprogesterona	Didrogesterona
Norestiterona	Desogestrel		
(Norestiterona)	(Etonogestrel)	Ciproterona	
G2	Gestodeno	Megestrol	
Dienogeste	Norgestimato	Clormadinona	
(Híbrido) ¹	(Norelgestromina)	Espironolactona	
	G3	Dróspirenona	
	19 - Norprogesterona	1 Grupo 17a etinil	
	Nor-pregnanos ²	substituído por 17 ^a	
	Nomegestrol	cianometil	
	Nestorona	2 Progestágenos “puros”	
	Trimegestona		

FONTE: Adaptado por Bossemeyer, R. (2004)

TABELA 3 – PROGESTOGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

<i>Progestogênios</i>	
Via oral	
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	1,5 – 2,5 – 10 mg/dia
Acetato de ciproterona (AC)	1 – 2 mg/dia
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 mg/dia
Acetato de nomegestrel (ANG)	0,35 – 0,5 – 0,7 – 1 mg/dia
Didrogesterona	2,5 – 5 mg/dia
Dienogest	2mg/dia
Norgestimato	90 mcg 3/3 dias
Progesterona micronizada	100 – 200 – 300 mg/dia
Trimegestona	0,125 – 0,25 mg/dia
Via transdérmica	
Acetato de noretisterona (NETA)	140 – 170 – 250 mcg/dia

FONTE: Adaptado de MELO et al., 2004.

Outros hormônios utilizados em TH são a tibolona e os androgênios. A tibolona é um derivado do progestogênio noretinodrel, que usada por via oral forma três metabólitos com funções estrogênica, progesteracional e androgênica, apresentando ações seletivas em diferentes tecidos. Os androgênios podem ser usados associados à terapêutica estrogênica (TE) ou estroprogestogênica (TEP) principalmente nas ooforectomizadas e nas que apresentam indícios clínicos de deficiência androgênica (fadiga, diminuição da libido...). (MELO et al., 2004; TEIXEIRA, 1995).

TABELA 4 – ANDROGÊNIOS: DOSES E VIAS DE ADMINISTRAÇÃO.

<i>Androgênios</i>	
Via oral	
Metil testosterona	1,25 – 2,5 – 5 mg/dia
Undecanoato de testosterona	40 mg/dia
Via transdérmica	
Propionato de testosterona 2%	2mg/dia
Parenteral	
Cipionato de testosterona	50 - 100mg/dia
Enantato de testosterona	50 – 100mg/dia
Implante de testosterona	25mg 6/6 meses
Estrogênio / androgênio	
Benzoato / Fenilpropionato de estradiol	5mg/mês
Benzoato / Fenilpropionato / Isocaproato de testosterona	100mg/mês

FONTE: Adaptado de MELO et al., 2004.

Os androgênios são usados topicamente para o tratamento da distrofia vulvar. O líquen escleroso e o atrófico respondem bem ao tratamento com androgênio, como há absorção sistêmica do hormônio a paciente em tratamento prolongado deve ser observada quanto aos efeitos colaterais. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

O tratamento com androgênio traz benefícios como: aumento do desejo sexual, da excitação, da frequência de fantasias sexuais, da energia, da memória além de diminuir a depressão e tornar o humor mais estável e manter a massa óssea. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

Terminologia dos tratamentos relacionados ao climatério, segundo NAMS (2003):

Sigla descrição:

TH Tratamento hormonal (engloba TE e TEP)

TE Tratamento estrogênico

TEP Tratamento combinado estro-progestogênico

TEPcc Tratamento estro-progestogênico combinado contínuo (administração diária de estrogênio e progestogênio).

TEPcs Tratamento estro-progestogênico combinado seqüencial (estrogênio diário mais progestogênio de modo seqüencial)

TE/TEP Preparados de estrogênios ou estro-progestogênicos sistêmico, com efeito sistêmico, inclusive vaginal

TE local Preparados estrogênicos que apresentam efeito mais vaginal e não sistêmico.

TE é administrada a pacientes histerectomizadas, quando não se faz mais necessária à proteção endometrial. TEPcs consiste no uso de estrogênios 21 ou 25 dias por mês, ou contínuo, associado a progestogênio por 12 a 14 dias por mês. Este esquema é geralmente prescrito antes da menopausa ou nos primeiros anos após, quando existe maior chance de ocorrerem menstruações. TEPcc é utilizada em pacientes que não desejam sangrar ou quando já se passaram alguns anos da menopausa; e TE local, vaginal, quando as queixas climatéricas forem genitais. (HALBE et al., 1999).

2.1.2 Grandes estudos sobre os efeitos da TH no Climatério

Na tentativa de confirmar os efeitos da cardioproteção primária oferecida pelos estrogênios e o risco de câncer de mama com o uso de TH, o National Institutes of Health (NIH) iniciou nos Estados Unidos, em 1993, o estudo denominado Women's Health Initiative (WHI). Os objetivos secundários eram verificar a ação da TH sobre as fraturas, o câncer colorretal, o câncer de endométrio, o acidente vascular cerebral, a embolia pulmonar e a

qualidade de vida. (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Este estudo, duplo cego randomizado, foi constituído de dois braços: em um deles mulheres pós-menopausadas com útero intacto foram randomizadas para receber 0,625 mg de estrogênio conjugado equino com 2,5 mg de acetato de medroxiprogesterona em esquema combinado contínuo (n=8506) ou placebo (n=8102). No outro mulheres histerectomizadas (n=10739) receberam 0,625 mg de estrogênio conjugado equino ou placebo. (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

O estudo projetado para durar oito anos foi interrompido no braço das mulheres com útero intacto, com 5,2 anos, devido ao fato das mulheres que usaram medicação hormonal terem apresentado um leve, mas significativo aumento na incidência de câncer de mama e de DCV. Este estudo mostrou diminuição de fraturas osteoporóticas e de câncer de cólon. (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

TABELA 5 – DADOS DAS PACIENTES DO WHY, BRAÇO DA TEPCC (EM PERCENTUAIS)

<i>WHI - TEPcc</i>	<i>TH</i> <i>n= 8506</i>	<i>Placebo</i> <i>n^a= 8102</i>
Idade na seleção	63,2	63,3
Uso prévio de hormônio	26,1	25,6
IMC	28,5	28,5
Tabagistas ou ex-tabagistas	50,4	50
Diabete	4,4	4,4
Hipertensão	37,5	36,4
Uso de Estatinas	6,9	6,8
Antecedentes familiares de Câncer de mama	16	15,3
Antecedentes de infarto do miocárdio	1,6	1,9
Antecedentes pessoais de Revascularização/ angioplastia	1,1	1,5

FONTE: WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002.

WHI: Women's Health Initiative Study; TEPcc – terapia estroprogestogênica combinada contínua; IMC –infarto agudo do miocárdio.

TABELA 6 – RR, NÚMERO E DIFERENÇA DE EVENTOS CLÍNICOS ENTRE OS GRUPOS DO WHI, BRAÇO TEPC.

<i>Eventos Clínicos</i>	<i>Risco Relativo</i>	<i>Grupo Placebo nº de casos para 10 mil mulheres/ano</i>	<i>Grupo TH nº de casos para 10 mil mulheres/ano</i>	<i>Diferença no nº de eventos para 10 mil mulheres/ano</i>
Ataques Cardíacos	1,29	30	37	7
Acidente Vascular Cerebral	1,49	21	29	8
Câncer de Mama	1,26	30	38	8
Trombo Embolismo Venoso	2,11	16	34	18
Câncer de reto e cólon	0,63	16	10	-5
Fraturas de Bacia	0,66	15	10	-6

FONTE: WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002

No grupo de mulheres histerectomizadas o estudo deveria permanecer até 2005, mas foi interrompido em fevereiro de 2004 sob a alegação de que a análise dos dados obtidos com o uso de estrogênio isolado não pareceu alterar o risco de doenças cardíacas, aumentou o risco de acidente vascular cerebral (AVC), diminuiu o risco de fraturas e manteve inalterado o risco de câncer de mama. (THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STEERING COMMITTEE, 2004).

TABELA 7 – Nº DE EVENTOS CLÍNICOS, NO BRAÇO TE, DO WHI

	<i>TE Nº (%)</i>	<i>Placebo Nº (%)</i>	<i>Risco Relativo</i>	<i>IC – 95%</i>
Doença cardio-circulatória	177 (0,49)	199 (0,54)	0,91	0,75-1,12
Câncer de mama	94 (0,26)	124 (0,33)	0,77	0,59-1,01

FONTE: THE WHI STEERING COMMITTEE. JAMA. 2004, 291: 1701-1712

O Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) – duplo cego controlado, com 2.763 mulheres (média etária 66,7 anos) acompanhadas por um período médio de 4,1 anos, teve por objetivo verificar a eficácia do uso da combinação ECE 0,625 mg + AM 2,5mg/dia na prevenção de novos eventos cardiovasculares em mulheres com doença coronariana prévia. O HERS mostrou no primeiro ano de seguimento maior incidência de novos eventos cardiovasculares no grupo de TH. Nos anos seguintes do ensaio não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos. (HULLEY et al., 1998).

No HERS II, uma continuação do HERS, não mais duplo cego (identificados os grupos de pacientes teste e placebo), foram acrescentados mais 2,7 anos ao estudo e as conclusões não mostraram diferenças entre usuárias ou não de TH na prevenção de eventos coronarianos. (GRADY et al., 2002).

O Million Women Study (MWS) um estudo inglês, observacional, prospectivo, realizado entre 1996 e 2001, teve por objetivo avaliar os efeitos de diferentes tipos de TH sobre a incidência de câncer de mama fatal. Participaram deste estudo 1.084.110 mulheres entre 50 e 64 anos. O estudo se baseou em informações obtidas de questionários preenchidos em um programa de acompanhamento mamográfico. No MWS após 2,6 anos o risco relativo (RR) de câncer de mama para as não usuárias foi de 1 (Intervalo de Confiança, IC 95%=0.96/1.04); nas usuárias de estrogênio foi de 1.30 (1.22/1.38), nas usuárias da associação estrogênio/progestogênio foi de 2.00 (1.91/2.09) e nas de tibolona de 1.45 (1.25/1.67). (MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS, 2003).

2.1.3 Posicionamentos sobre os grandes estudos

Serão considerados os posicionamentos da Sociedade Internacional de Menopausa (Declaração do Comitê Executivo, 2004) e da Sociedade Brasileira de Climatério. (CONSENSO, 2004).

2.1.3.1 Comitê Executivo da Sociedade Internacional de Menopausa

Conforme Declaração do Comitê Executivo da Sociedade Internacional de Menopausa (2004, 2006), considerando as aparentes discrepâncias entre os resultados positivos dos estudos observacionais e os achados negativos dos estudos clínicos aleatórios, o Comitê Executivo identificou que nos estudos observacionais os hormônios eram prescritos a mulheres na transição menopáusica, a maioria delas sintomáticas, e geralmente com 55 anos de idade, ou menos, no começo do tratamento.

A idade média das mulheres nos estudos WHI e HERS foi de 63.3 e 67 anos respectivamente. As mulheres nos estudos observacionais em geral buscavam ajuda por serem

sintomáticas (deficiência hormonal), enquanto as mulheres dos estudos aleatórios foram recrutadas muito tempo após serem sintomáticas.

A idade e a condição dos sujeitos (mulheres com doença subclínica vascular e cardiovascular) não apóia os argumentos que o WHI é um estudo de prevenção primária cardiovascular. O WHI é um estudo de um regime particular combinado de estrogênio e progestogênio, e como todos os estudos clínicos aleatórios seus resultados não devem ser generalizados a populações que não estavam desenhadas no estudo.

Sobre o MWS, estudo observacional, o Comitê declarou que o aparecimento de riscos significativos durante o primeiro ano sugere um desvio observacional e não uso de hormônios.

O Comitê se posiciona sobre uma análise recente do estudo observacional Nurses' Health Study. (GRODSTEIN; MANSON; STAMPFER, 2006) dizendo que o uso de TH em mulheres idosas com aterosclerose não produz neuro ou cardioproteção mas em mulheres mais jovens com o endotélio arterial intacto o uso de TH leva a cardioproteção.

2.1.3.2 Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC)

A SOBRAC, através do seu Consenso 2004, salienta que no estudo HERS as pacientes tinham idade avançada e usaram somente um esquema medicamentoso.

Quanto ao WHI, reconhecido como o mais importante estudo controlado sobre terapêutica hormonal, o Consenso salienta que embora não apresente defeito metodológico (a randomização obedeceu a critérios rigorosos), não está isento de críticas, como: a) a não individualização da terapêutica hormonal; b) a idade média das mulheres acima da observada em pacientes habitualmente submetidas à TH; c) o grande número de efeitos colaterais; d) o abandono do tratamento durante o período de referência. O abandono foi creditado à falta de motivação das participantes para alcançar resultados, pois a maioria era assintomática, ou “adaptadas” ao novo padrão hormonal.

Observa, ainda este Consenso, que seria temerário extrapolar os resultados do WHI para outras vias de administração, outros hormônios, outras doses e mulheres mais jovens (50-55 anos).

No MWS, o Consenso, salienta que o aumento de câncer de mama com a tibolona pode ter sido devido à preferência dos médicos de prescrever esta droga as pacientes de alto risco ou com mamas densas.

Não há consenso sobre o impacto da TH na qualidade de vida, graças à dificuldade em avaliar este dado. A melhora da qualidade de vida com TH é creditada ao alívio dos sintomas climatéricos.

2.1.4 Prescrevendo TH hoje

Baseada no Consenso da SOBRAC, 2004.

- ⇒ A TH tem indicação em mulheres que apresentam sintomas climatéricos, tais como, fogachos, alterações menstruais e problemas derivados da atrofia vaginal;
- ⇒ São consideradas contra-indicações à TH: doença tromboembólica aguda e recorrente, doença hepática grave, câncer de endométrio recente, câncer de mama, sangramento vaginal não diagnosticado e porfiria;
- ⇒ Baixas doses, estrogênios naturais e progestogênios com estrutura próxima a da progesterona natural são preferidos;
- ⇒ A via de administração é individualizada segundo a paciente;
- ⇒ O esquema terapêutico empregado: monoterapia com estrogênios isolado (TE) em paciente sem útero, e esquemas combinados estroprogestativos (TEP) para pacientes com útero. O esquema combinado pode ser seqüencial (TEPsc) produzindo sangramento cíclico ou combinado contínuo (TEPcc) sem sangramento cíclico;
- ⇒ A administração da TH, embora haja a necessidade de comprovação por estudos prospectivos randomizados, deverá iniciar tão logo se dê a insuficiência estrogênica (“janela de oportunidades”). Estudos em animais mostram que quando a TH começa assim que se instala o déficit estrogênico melhor é a evolução das placas ateroscleróticas, refletindo proteção cardiovascular;
- ⇒ A continuação ou interrupção da TH depende da manutenção dos benefícios para os quais ela foi iniciada, do aparecimento de efeitos adversos, do risco/benefício durante o tratamento, da melhora da qualidade de vida, da vontade ou não da mulher em prosseguir a TH e da consciência e experiência clínica de cada médico.

2.1.5 Investigação preliminar à TH e investigação intra-tratamento

Baseado em Fernandes, Baracat e Lima (2004), toda mulher candidata ao uso ou usuária de TH deverá ser avaliada antes e durante o tratamento.

⇒ **Avaliação preliminar a TH:**

- a) História clínica (antecedentes pessoais e hereditários)
- b) Peso e pressão arterial
- c) Exame ginecológico e de mamas
- d) Perfil lipídico e lipoprotéico
- e) Glicemia
- f) Mamografia
- g) Colpocitologia oncológica cervicovaginal
- h) Ultra-sonografia transvaginal
- i) Densitometria óssea

⇒ **Avaliação intratratamento:**

- a) Mamografia anual
- b) Perfis lipídico e lipoprotéicos semestrais quando alterados
- c) Biópsia de endométrio quando necessário

2.2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida e a busca pela melhoria desta qualidade de vida são uma procura incessante do ser humano. Esta é uma das características fundamentais da nossa espécie, a eterna necessidade de querer viver bem, de vislumbrar constantemente meios de melhorar o cotidiano, de tentar superar condições adversas por outras melhores. (MOREIRA, 2000).

O termo “qualidade de vida” surgiu antes de Aristóteles, associado a palavras como “felicidade e virtude”, as quais quando alcançadas, proporcionariam ao indivíduo “boa vida”. (BECK, 1999).

Nos Estados Unidos da América começou a se falar em qualidade de vida no pós-guerra, para descrever o efeito do poder aquisitivo sobre a vida das pessoas, e

subseqüentemente foi ampliado para incluir educação, saúde, crescimento econômico e industrial. (ORTIZ; PUEYRREDÓN, 2000).

Qualidade de vida é um conceito usado em diversas áreas do conhecimento, tais como Sociologia, Economia, Psicologia, Saúde, Política, Educação e outros. Em cada um destes campos o conceito assume uma dimensão específica. (GAÍVA, 1998).

De acordo com Minayo (2000), é uma noção humana e contempla vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Estes significados dizem do momento histórico, da classe social e da cultura destes indivíduos.

Segundo Diniz e Schor (2006), no domínio da produção técnica destacam-se 03 âmbitos complementares que são essenciais para a análise da Qualidade de Vida:

- ⇒ distinção entre aspectos materiais (necessidades humanas básicas como, habitação, abastecimento de água, sistema de saúde ou seja aspectos de natureza física e infra-estrutural) e imateriais (ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural);
- ⇒ distinção entre os aspectos individuais (condição econômica pessoal e familiar) e coletivos (serviços básicos e públicos);
- ⇒ distinção entre os aspectos objetivos (indicadores sociais) e subjetivos (percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre Qualidade de Vida).

A OMS (1994) define “qualidade de vida” como: “A percepção que uma pessoa tem de sua vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive em relação as suas metas, expectativas, padrões e interesses”.

2.2.1 Desenvolvimento, qualidade de vida e políticas de saúde da mulher

A discussão sobre os conceitos de crescimento econômico e desenvolvimento deve-se à que alguns autores consideram que crescimento econômico, aumento da renda, é sinônimo de desenvolvimento. Os economistas que pertencem a esta corrente são os de tradição clássica ou neoclássica. (SOUZA, 1993 apud OLIVEIRA, 2002).

Uma outra corrente, onde se encontram os economistas de orientação crítica, defende ser o crescimento econômico uma simples variação quantitativa do produto, enquanto desenvolvimento é o produto do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida. (SOUZA, 1993 apud OLIVEIRA, 2002).

Oliveira (2002, p. 40):

Desenvolvimento nada mais é que o crescimento – incrementos positivos no produto e na renda – transformado para satisfazer as mais diversificadas

necessidades do ser humano, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, dentre outras.

Mundialmente os debates sobre desenvolvimento foram acirrados principalmente após a 2ª Guerra Mundial, pela necessidade de progresso e melhoria das condições de vida, gerando a primeira Declaração Interaliada de 1941, a Carta do Atlântico, a Carta das Nações Unidas (1945), e a criação oficial da ONU em 1945. (OLIVEIRA, 2002).

A ONU inicialmente composta por 51 países tinha por finalidade contribuir para aumentar os níveis de qualidade de vida e nela intensificaram-se os debates sobre o conceito e os meios para se chegar ao desenvolvimento. Foram então criados programas e organismos para este fim, tais como: Fundo Monetário Internacional, Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, o acordo Geral de Tarifa e Comércio, o Programa das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, o Programa para a Educação, Ciência e Cultura, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho. (OLIVEIRA, 2002).

Embora o crescimento econômico seja condição necessária para ao desenvolvimento ele não é o objeto último do processo e também não assegura, por si, a melhoria na qualidade de vida da população. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), 1996).

Considerando que as pessoas e a qualidade de vida são o propósito do desenvolvimento, o desenvolvimento humano é assunto de debate, o que facilmente pode-se observar quando da repercussão do Relatório Mundial de Desenvolvimento Humano publicado, a partir de 1990, pelo PNUD.

O PNUD inova no conceito de desenvolvimento. Os estudos sobre desenvolvimento voltaram-se muito mais para o grau com que as pessoas têm acesso e utilizam os produtos e serviços gerados pelo crescimento econômico. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), OMS, 2004).

Tornou-se mais importante avaliar qualidade de vida e desenvolvimento humano, mas para que isto aconteça é necessário um amplo quadro de indicadores. (OLIVEIRA, 2002).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o nível de desenvolvimento dos países utilizando como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita) - somatório de todos os bens e serviços produzidos em uma economia em um determinado período de tempo dividido pela população). (OPAS, OMS, 2004).

O IDH é uma maneira mais humana, social e sustentável de medir o desenvolvimento do que fazê-lo somente pelos indicadores de renda como o PIB ou o PIB per capita. (OPAS, OMS, 2004).

É necessário pensar uma economia social que contemple ao conjunto da população em favor da melhoria dos indicadores de qualidade de vida. A sociedade pode, e deve, se organizar para que a distribuição dos recursos gere maiores e melhores benefícios para todos. (OLIVEIRA, 2002).

No setor da saúde, *a política pública de saúde* é uma manifestação de negociações entre o governo, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e associações da sociedade civil em busca da *melhora da qualidade de vida* da população. (SILVA, 2000).

Segundo Paim (2001, p. 5):

Política de Saúde é a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

O Brasil, na época da escravidão não possuía qualquer política de saúde, quer preventiva ou curativa. A mortalidade nas senzalas era altíssima. No começo do século XX, com o início da industrialização, ocorreram mudanças importantes nas relações sociais de produção. Jornadas de trabalho extensas, ambientes inadequados (hipoventilados, mal iluminados...), má remuneração levando aos operários a se concentrarem em favelas e cortiços favoreciam as doenças de massa, como tuberculose, varíola, etc. As ações de saúde eram, então, destinadas ao combate de epidemias. (NASCIMENTO, 1992).

Reivindicações de operários foram responsáveis pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, estatizadas pela Lei Elói Chaves de 1921. As mulheres passaram a ter amparo (assistência), ou como familiar, ou como componente da força de trabalho. A participação da mulher no mercado de trabalho era muito pequena conseqüentemente seu poder de barganha para criação de programas ou ações de saúde era praticamente nulo. (NASCIMENTO, 1992).

Os programas de atenção à saúde das mulheres criados nas décadas de 30, 50 e 70 eram programas materno-infantis que consideravam a saúde da mulher somente no ciclo grávidico-puerperal. Assim aconteceu com o Programa Nacional de Assistência Materno-Infantil (PMI) criado na 5ª Conferência Mundial de Saúde (05 a 08/08/1975) em Brasília. No PMI a mulher era considerada unicamente como um instrumento para manter a espécie. O objetivo do programa era a formação de indivíduos sãos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, na década de 1980, observa-se um crescente sentimento de democratização com a organização de movimentos sociais. No processo de abertura política, grupos de mulheres, acadêmicos, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito aos seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O movimento de reforma sanitária deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Este movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado. (OSIS, 1998).

As fontes inspiradoras do PAISM foram o movimento da reforma sanitária, o movimento feminista e a necessidade do governo de uma política de planejamento familiar. (COSTA, 2004).

A proposta do PAISM foi apresentada no Senado em 1983, e em 1984 o programa foi divulgado oficialmente. (OSIS, 1998).

No final da década de setenta, final dos tempos da ditadura militar, a situação da saúde no Brasil sofria um agravamento insustentável devido a um modelo que dissociou a atenção preventiva, delegada ao Ministério da Saúde, da atenção curativa de responsabilidade do sistema médico previdenciário. Este modelo excluía os indivíduos que estavam fora do mercado formal de trabalho. Só os contribuintes do Sistema Previdenciário tinham acesso aos cuidados clínicos. Surge neste cenário o movimento da reforma sanitária, responsável pela inclusão da saúde na Constituição Brasileira, no Sistema de Seguridade Social, criando o SUS (Sistema Único de Saúde). (COSTA, 2004).

O Brasil até o PAISM não dispunha de política séria de planejamento familiar. Era uma necessidade instituir um programa que respondesse a anseios tanto internacionais quanto nacionais. (COSTA, 2004).

No cenário internacional os países do Primeiro Mundo defendiam que o alto crescimento populacional seria um entrave ao desenvolvimento e condicionavam sua ajuda financeira a programas que defendessem posições neo-malthusianas. Thomas Malthus, 1766-1834, economista e pastor anglicano, dizia que a população crescia mais que os meios de subsistência, então desenvolvimento e progresso seriam utópicos para a maioria da população. Aceitava como os únicos métodos de controle da natalidade o aumento da idade ao casar e a abstinência sexual. Os neo-malthusianos aceitam e receitam métodos contraceptivos para o controle da fecundidade. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2003).

No Brasil, as elites dominantes e setores do governo alimentavam o argumento antinatalista. Os intelectuais e setores de esquerda diziam ser o controle da natalidade uma ingerência dos países ricos sobre a soberania dos países pobres. A classe média e o movimento feminista defendiam a liberdade pessoal na decisão sobre o número de filhos e a classe pobre considerava o tamanho da prole como uma imposição a sua sobrevivência. (COSTA, 2004).

Assim o programa garante: “(...) o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou com casais...”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 15).

O PAISM (1984, p. 5), tem como documento base o texto: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, onde se vislumbra nitidamente a intenção de redirecionar a política de saúde da mulher centrada até então na mulher como reprodutora:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente.

Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário.

A noção de integralidade de PAISM aparece indistintamente associada à assistência integral e à saúde integral. (COSTA, 2004).

É o PAISM o primeiro programa de política pública do Brasil que pensa a mulher de uma maneira global. No que se refere à assistência integral incorpora à tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher, o cuidado à saúde da mulher trabalhadora e a patologias clínicas mais comuns. (OLIVEIRA, 1996).

Quanto à saúde integral considera que a saúde não se restringe à oferta de assistência médica, mas abrange a ação de outras políticas sociais, como emprego, habitação, educação, etc. e prega a integralidade destas políticas. A atenção oferecida deve reconhecer a mulher como sujeito social, em que o bem estar e o adoecer estão vinculados a aspectos biológicos, condições sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam sua vida cotidiana. (COSTA, 2004).

O PAISM possui três atividades nucleares: a assistência clínica ginecológica, a assistência pré-natal e a assistência ao parto e ao puerpério imediato. Para o desenvolvimento

destas atividades estão previstas ações clínicas, educativas e de controle de riscos ou detecção precoce de doenças.

A ação educativa do PAISM, colocada em prática desde 1983, com a publicação de folhetos informativos, cartilhas, manuais de coordenadores de grupo de pré-natal e planejamento familiar, cartazes e slides não significa apenas prescrições normativas sobre o uso correto dos serviços de saúde e do cuidado do corpo, mas procura também promover a troca de informações e experiências baseadas na vivência cotidiana das mulheres. (OLIVEIRA,1999).

Em 1993, o Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) à assistência ao climatério. Indica basicamente uma propedêutica médica, orientação para programas dietéticos e de atividades físicas. Atividades educativas deverão ser desenvolvidas procurando oferecer entendimento sobre as modificações biológicas, os aspectos psicológicos e sexuais deste período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Estudos para avaliar a implementação do PAISM demonstram a existência de dificuldades, embora não se disponha de um panorama abrangente da situação pode-se afirmar que a maioria dos municípios ainda enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com a análise dos aspectos socioeconômicos e demográficos do Brasil, é possível afirmar que o Estado brasileiro está frente a um grande desafio. Devido às desigualdades entre as regiões brasileiras, as políticas de saúde devem combater tanto as doenças do *atraso* como as doenças do *desenvolvimento*. O atual quadro demográfico brasileiro é resultado de várias transformações, tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população, o que leva a considerar o climatério um importante tema de saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

2.2.2 Gênero, Climatério e Qualidade de Vida

É importante distinguir a diferença entre sexo e gênero. Os seres humanos nascem, salvo algumas anomalias, com um sexo geneticamente definido, baseado na combinação de cromossomos sexuais (XX= feminino e XY = masculino), o gênero se refere à construção social do sexo. Sexo designa, segundo a análise sociológica, a caracterização anatômica e fisiológica dos seres humanos.. O conceito de gênero distingue a dimensão biológica da

social. O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres na segunda metade do século passado. (HEILBORN, 1992).

A divisão do mundo social nas categorias *masculino* e *feminino* significa que meninos e meninas são socializados de modos diferentes. São educados para terem expectativas diferentes em relação à vida, para desenvolverem emoções e intelecto de formas distintas, para terem diferentes normas de vestuário e de comportamento. (HELMAN, 2003).

Contribuindo a biologia para o comportamento humano, não importando o quanto, é evidente que a cultura contribui com um conjunto de diretrizes que são adquiridas e ditam ao indivíduo como ele deve perceber, pensar, sentir e agir enquanto membro feminino ou masculino de uma sociedade. (HELMAN, 2003).

A historiadora Joan Scott (1986), propõe gênero como categoria de análise histórica. Segundo ela, o gênero é composto de quatro elementos que funcionam de maneira articulada, mas não obrigatoriamente ao mesmo tempo, e que são:

- ⇒ os símbolos – culturalmente disponíveis; de representações múltiplas, por vezes contraditórias. Exemplos: Maria, símbolo da pureza, que engravidou e pariu sem perder a virgindade e Maria Madalena e Eva, pecadoras, imagens da sedução e do pecado;
- ⇒ os conceitos normativos – que são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas, jurídicas, e colocam em evidência as interpretações limitantes dos símbolos e suas contradições,
- ⇒ as instituições e organizações sociais – família, mercado de trabalho, sistema político, sistema educacional, sistema de saúde, que divulgam, reafirmam os conceitos e organizam-se sobre esta base;
- ⇒ a identidade subjetiva – vinculada ao indivíduo, a construção do sujeito, que define sua forma de reagir ao que lhe é apresentado como destino e sobre estas possibilidades pouco se pode dizer.

Estes conjuntos de diretrizes podem ser descritos como culturas de gênero de uma sociedade. Os papéis de gênero determinados por uma cultura de gênero podem atuar tanto como protetores da saúde como patogênicos, dependendo do contexto. (MACEDO; KUBLIKOWSKI, 2000).

Um breve apanhado histórico, segundo Macedo e Kublikowski (2000), nos mostrará como as mulheres percebem seus corpos:

- ⇒ Aristóteles considerava escravos e mulheres como seres inferiores, menos racionais que os homens, mais propensas à melancolia, mais destituídas de vergonha, sendo vistas como homens mutilados;
- ⇒ em Alexandria, I d.C., Filon considerava a mulher constitucionalmente inferior e em aliança com o diabo, simbolizando os sentidos enquanto o homem simbolizava a mente;
- ⇒ nos séculos XIII e XIV, mente e corpo passaram a ser domínio do clero, e loucura e doença conceituadas em termos do bem e do mal, tratados com exorcismo, rituais mágicos e punições. Ocorre o controle da sexualidade feminina, o exercício da autoridade cabia ao homem, no controle da mulher pecadora cujo corpo era sede da luta entre Deus e o Diabo, a única salvação era a maternidade;
- ⇒ o século XX marca a passagem para o controle social através do discurso científico. Os sinais de envelhecimento se tornam estigmatizantes e se transformam em um problema moral, pois resultantes de um estilo de vida inadequado.

Estas construções são as responsáveis pela percepção que as mulheres têm de seus corpos na meia-idade. A imagem do ser feminina, construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude, na fertilidade, atinge a identidade da mulher. (MENDONÇA, 2004).

Para Werthein et al. (1999 apud Mendonça 2004), antes mesmo que as mudanças corporais venham produzir impactos psicológicos, são os discursos vigentes e o imaginário social que denigrem e desvalorizam nosso corpo, que segregam nossos desejos.

O envelhecimento, que coincide com o climatério, é visto pelas mulheres como um período de perdas (da beleza, da atratividade, da função reprodutiva etc.). Soma-se a isso a saída dos filhos de casa, a divisão sexual do trabalho (dupla jornada de trabalho), menores salários. (FAVARATO, 1999).

A par do que foi exposto fica a convicção que na atenção da mulher climatérica é necessário ter em mente a construção social de gênero como contribuinte da relação saúde-doença e saber que se a meia-idade significa crise representa contudo a oportunidade de renovação, de novos projetos e de busca de *novos significados para velhas verdades*. (MACEDO; KUBLIKOWSKI, 2000).

2.2.3 Qualidade de Vida Ligada à Saúde, Estilo de Vida e Climatério

Duas tendências quanto à conceituação do termo qualidade de vida na área da saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e a expressão Qualidade de Vida Ligada a Saúde (QVLS), tradução da expressão inglesa Health-Related Quality of Life (HRQoL). (SEIDL; ZANNON, 2004).

No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, sem fazer referências a disfunções ou agravos. É o que se nota na conceituação da OMS. (SEIDL; ZANNON, 2004).

No segundo caso o termo qualidade de vida ligada à saúde tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, no entanto parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, como sugerem as definições abaixo:

Guiteras e Bayes (1993 apud Seidl e Zannon, 2004, p. 583), “É a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”.

Cleary et al. (1995 apud Seidl e Zannon, 2004, p. 583), “Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

Auquier et al. (1997 apud Minayo, 2000, p. 8), “Valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorizações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial”.

Ghianchello (1996 apud Minayo, 2000, p. 12):

É o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Para estes autores o conceito de QVLS ou HRQoL seria a percepção da saúde, das funções sociais, psicológicas e físicas bem como os danos a elas relacionados.

A partir destes conceitos de qualidade de vida consolidam-se três aspectos relevantes sobre qualidade de vida: multidimensionalidade, subjetividade e presença de valores, positivos (mobilidade) e negativos (dor). (WHOQOL, 1995).

O conceito de QVLS abrange quatro dimensões: a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. (WHOQOL, 1995).

No que diz respeito à subjetividade considera-se a *percepção da pessoa* sobre o seu estado de saúde e sobre aspectos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, como *o indivíduo avalia* a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. (SEIDL; ZANNON, 2004).

A ampliação do conceito de saúde pela OMS em 1958, quando este se deslocou da ausência de doenças e enfermidades para “um estado de completo bem-estar físico mental e social”, fez com que ao interesse nas taxas de mortalidade e de morbidade fosse acrescido o interesse nas questões relativas à qualidade de vida. (UCHOA et al., 2002).

O interesse em avaliar qualidade de vida deve-se em parte aos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, envolvendo aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. Devido a esta mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças. (SEIDL; ZANNON, 2004).

Estilo de vida é o modo individual de enfrentar os problemas do dia-a-dia. Há dois componentes no estilo de vida: atitude, que é a predisposição para agir em resposta aos estímulos internos e externos; e comportamento que é a atividade observável em resposta aos estímulos internos e externos. É consenso que a saúde influencia o estilo de vida e vice-versa, e que o estilo de vida é saudável na medida em que melhora a qualidade de vida. (HALBE, 1999).

Os fatores determinantes do estilo de vida, segundo Halbe et al. (1999):

- ⇒ Inatos – idade, raça, hereditariedade;
- ⇒ Hábitos (fatores pessoais adquiridos) – fumo, álcool, abuso de drogas, dieta, atividade física, higiene pessoal, aquiescência às normas de segurança;
- ⇒ Sociais – dinâmica psicológica, cultura, estado marital, local de residência, educação, profissão, renda mensal;
- ⇒ Ambientais – estado socioeconômico da comunidade, qualidade do ar, água e dos alimentos, região geográfica e condições climáticas, exposição a agentes patogênicos, disponibilidade de cuidados de saúde.

Os sintomas do climatério variam de acordo com os determinantes do estilo de vida.

A origem étnica influi na sintomatologia do climatério. Muitas culturas orientais consideram que a mulher se iguala socialmente ao homem ao chegar nesta fase da vida. Os islâmicos aceitam que a climatérica abandone o véu e participe da vida pública. A japonesa vive o climatério como uma etapa a mais de sua vida e o envelhecimento como um fato positivo, mediante o qual ganha prestígio e auto-estima. Mulheres indianas da casta dos Rajputs vivem praticamente confinadas até a chegada do climatério, quando então lhes é permitido relacionar-se com os homens. (VINIEGRAS, 2003).

Nas culturas ocidentais existe uma tendência a considerar o climatério como uma etapa de perdas. A parada da menstruação, com a conseqüente perda da fecundidade em uma

cultura que supervaloriza a maternidade, leva a pensamentos de perda da feminilidade. O envelhecimento em uma sociedade em que juventude e beleza estão relacionadas ao sucesso pode trazer a sensação de que tudo acabou. (VINIEGRAS, 2003).

A história se encarrega de contar porque esta imagem negativa é tão marcante. Talvez a primeira citação sobre o climatério seja bíblica, e se refere à parada da menstruação de Sarah. Esta passagem mostra a relação do fluxo menstrual com o papel da mulher na sociedade (de procriação, educação, etc.). (MASTROROCCO, 2001).

A menstruação também representa em algumas culturas a purgação de elementos tóxicos. Plínio, escritor latino, nascido na Itália, em 23 d.C. escreveu na obra “História Naturalis”: “O toque de uma mulher menstruada transforma o vinho em vinagre, empesteia a colheita, mata os arbustos, destrói jardins, embaça espelhos, cega às lâminas, enferruja o ferro e o bronze, mata as abelhas, torna azeda a cerveja”. (PLINIO, 23 d.C. apud MASTROROCCO, 2001).

Na Antigüidade Hipócrates e outros autores relacionavam o sangramento pós-menopausa a morte. No século XVIII a idéia dominante era que as toxinas não eliminadas, através do fluxo menstrual, provocariam a destruição do corpo por dentro e as abordagens terapêuticas consistiam na ingestão de drogas que provocassem sangramento, sangria em veias da vulva ou aplicação de sanguessugas na genitália. (MASTROROCCO, 2001).

A palavra menopausa começou a ser usada no final do século XIX, para definir a “idade crítica”, época em que a alta taxa de mortalidade (expectativa de vida de 50 anos no início do século XX) talvez tenha reforçado a idéia de catástrofe ao climatério. (LANDERDAHL, 1997).

No mundo ocidental, em todos os tempos e em todas as sociedades, a velhice não é algo almejado. O indivíduo convive com a velhice, a sociedade suporta a velhice, porque não existe alternativa de escolha já que ela faz parte do processo natural de desenvolvimento humano. Independente do contexto, ela sempre lembra a degradação biológica, impotência, doença, feiúra e morte. (BEAUVOIR, 1970 apud LANDERDAHL, 1997).

O trabalho americano “Study of Women’s Health Across the Nation” (SWAN), investiga a relação entre estilo de vida e suas influências sobre o climatério e a saúde da mulher em longo prazo. Neste estudo foram incluídas 13.874 mulheres americanas, com idade entre 40 e 55 anos. O SWAN se diferencia de outros estudos porque as mulheres pertencem a várias etnias. São africanas, caucasianas, hispânicas e asiáticas (AVIS et al., 2004).

O SWAN demonstrou que japonesas e chinesas relataram menos sintomas gerais de menopausa, com exceção do esquecimento. Afro-americanas referiram mais ondas de calor e

suores noturnos. Hispânicas afirmaram apresentar mais perda urinária, secura vaginal, palpitação e esquecimento. (AVIS et al., 2004).

Outras diferenças foram relacionadas ao estilo de vida e a fatores socioeconômicos: mulheres de menor escolaridade, menor estabilidade financeira, fumantes, sedentárias e com maior índice de massa corpórea relataram mais sintomas climatéricos. (AVIS et al., 2004).

A etapa do ciclo vital familiar mais freqüentemente observada na época do climatério é a da separação. Os filhos partem às vezes fisicamente e outras economicamente do núcleo familiar. Esta situação familiar associada a um sentimento de inutilidade e de finitude constitui a “síndrome do ninho vazio”. Esta síndrome é mais facilmente encontrada em mulheres que não trabalham fora de casa, cujos interesses giram somente ao redor dos filhos. (VINIEGRAS, 2003).

Hábitos saudáveis como exercício físico e dieta influenciam positivamente no climatério. O exercício físico, segundo Halbe et al. (1999), pode beneficiar a climatérica de diferentes maneiras:

- ⇒ proporciona a liberação de catecolaminas, serotonina, opióides e outros neuromediadores melhoram o humor, a disposição e o bem-estar emocional;
- ⇒ confere musculatura mais rígida, redução de peso, proporcionando um corpo mais agradável, melhorando o psiquismo e a sexualidade que sofre uma grande influencia do aspecto físico;
- ⇒ atua favoravelmente no perfil lipídico, na glicemia, na insulinemia, nos níveis pressóricos diminuindo os riscos cardiovasculares;
- ⇒ previne a osteoporose.

A nutrição no climatério, de acordo com Fernandes et al. (2004), visa principalmente à prevenção da DCV, da osteoporose, da obesidade e da hipertensão. De acordo com estes autores:

- ⇒ Dados epidemiológicos sustentam a relação entre os níveis de lipoproteínas e lipídeos e a incidência de DCV, portanto, estimular uma dieta pobre em gorduras;
- ⇒ Osteoporose pós-menopausal deve-se tanto ao desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea causada pelo déficit estrogênico quanto pela diminuição da absorção intestinal de cálcio e níveis séricos inadequados de calcitriol. A necessidade diária de cálcio pós-menopausa é de 1500 mg. A ingestão média diária de cálcio de mulheres climatéricas é de 450-550mg, havendo então a necessidade de aumento da ingesta. A paciente que não se expõe ao sol deverá usar vitamina D;
- ⇒ No climatério existe tendência ao ganho de peso. As necessidades calóricas diminuem cerca de 2% a cada década enquanto o gasto diário com atividade física diminui cerca de 200 cal no climatério havendo, portanto, a necessidade de diminuir a ingesta calórica;
- ⇒ A restrição de sal e a ingestão de cálcio são fatores favoráveis no controle da hipertensão arterial. O cálcio esta envolvido no mecanismo de reatividade vascular, a ingesta de 1 g de cálcio diária parece ser capaz de reduzir a pressão diastólica.

O conceito de qualidade de vida trouxe uma nova dimensão aos serviços médicos, fazendo com que, na definição das medidas terapêuticas, fossem avaliadas as seguintes questões: 1) qual o tratamento mais apropriado em relação à preservação do nível funcional dos pacientes; 2) qual o tratamento que trará menos efeitos negativos sobre a capacidade do paciente exercer seus papéis sociais. (ZAHAR et al., 2001).

No Brasil, o tema qualidade de vida passou a ter maior relevância na última década do século passado, particularmente a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes em relação ao período de 1982 a 1991. O Brasil tem acompanhado a tendência mundial que, segundo dados de busca no MEDLINE, mostrou entre 1966 e 1974 quarenta referências relacionadas à qualidade de vida, enquanto no período de 1986 a 1994 elas ultrapassavam a dez mil referências. (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

2.2.4 Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério

A avaliação da qualidade de vida é uma importante medida de impacto em doenças crônicas. É uma oportunidade de conhecer as necessidades da população, uma maneira de avaliar os serviços sanitários e otimizar recurso e oferecer ao cliente a possibilidade de reforçar seu papel na relação médico-cliente. Além disso pode ser usada como medida de desfecho em ensaios clínicos e como um dos componentes da análise de custo/utilidade (medidas de utility são derivadas de teorias econômicas e de análise de decisão, refletem a preferência dos pacientes por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção). (RODRIGUES NETO; FERREIRA, 2003).

Da mesma maneira que é difícil conceituar qualidade de vida, é também difícil medir qualidade de vida, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais. Qualidade de vida da população pode ser medida sob o âmbito individual e coletivo. Na avaliação do aspecto individual são usadas medidas que priorizem a subjetividade, já que o estado de satisfação ou insatisfação é uma experiência pessoal. (GAÍVA, 1998).

A necessidade de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. Vários centros com culturas diversas participaram simultaneamente da criação do WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é constituído por cem perguntas referentes a seis

domínios divididos em vinte e quatro facetas específicas, correspondendo quatro perguntas a cada faceta. Além das vinte e quatro facetas específicas existe uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida. (FLECK, 2000).

Os instrumentos utilizados na medida de qualidade de vida devem, segundo Rodrigues Neto e Ferreira (2000), apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade a mudanças:

- ⇒ Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares.
- ⇒ Validade de um instrumento é a propriedade do mesmo de medir o que realmente se pretende medir.
- ⇒ Sensibilidade a mudanças é definida como a habilidade da escala de registrar alterações devido a tratamento ou mudanças associadas à história natural da doença.

2.2.5 Instrumentos para avaliar qualidade de vida no climatério

Diversos instrumentos têm sido propostos para avaliar a qualidade de vida. Estes instrumentos podem ser classificados em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são úteis para refletir o impacto de uma doença em amplas variedades de populações, mas têm o risco de serem pouco sensíveis às trocas clínicas. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo, são particularmente úteis em ensaios clínicos. (JURADO; FIGUEROA, 2002).

Os principais instrumentos de avaliação de qualidade de vida da mulher climatérica usados em trabalhos científicos, segundo Zöllner, Acquadro e Schaefer (2005), são:

- ⇒ Greene Climacteric Scale (GCS) – desenvolvido em 1976 por J.G. Greene, avalia três domínios: psicológico (11 questões), somático (8 questões) e vasomotor (2 questões). Apresenta 1 pergunta sobre disfunção sexual.
- ⇒ Qualifemme – desenvolvido por Floch, em 1994, na França, inicialmente com 32 itens, atualmente com 15 itens. Domínios abrangidos: climatério (2 questões), psico-social (5 questões), (somático questões), urogenital (4 questões).
- ⇒ Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) – questionário desenvolvido no Canadá em 1996, com 30 itens divididos em quatro domínios: vasomotor, físico, psico-social, sexual e mais uma questão de qualidade de vida geral, não incluída na análise geral.

- ⇒ Menopausal Rating Scale (MRS) - desenvolvida por Schneider em 1996. Contempla 03 domínios (psicológico, somático, urogenital) em um total de 11 questões.
- ⇒ Menopausal Symptoms List (MSL) – desenvolvida em 1997, 25 questões, três domínios (psicológico, vasomotor e sintomas gerais), ela é mais um inventário de sintomas.
- ⇒ Menopausal Quality of Life Scale (MQOL) – desenvolvida por Jacobs et al. Em 2000, avalia 7 domínios (energia, sono, apetite, cognição, sentimentos, interações, impacto dos sintomas) em 34 questões.
- ⇒ Utian Menopause Quality of Life Scale (UQOL) – é uma modificação do questionário original de 1970. Avalia 4 domínios (ocupação, saúde, emocional e sexual) em 23 questões. Deve ser aplicado com outro instrumento de avaliação de qualidade de vida no climatério, pois é um instrumento não específico.

Women's Health Questionnaire (WHQ) – é um questionário específico para avaliação de qualidade de vida no climatério. Desenvolvido na Inglaterra em 1986 por Hunter e validado no Brasil em 1998 por Rodrigues da Silva Dias onde recebeu o nome de Questionário da Saúde da Mulher (QSM). Consta de 37 questões, 36 com quatro alternativas de resposta, e uma questão descritiva.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este é um estudo quantitativo, descritivo-explicativo, analítico, de corte transversal.

3.2 CÁLCULO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho amostral considerou-se uma proporção populacional de mulheres com sintomatologia geral do climatério de 85% (MCKINLAY apud WOODS; MITCHELL, 2005), com a diferença máxima desejada entre a proporção amostral e a população de 5%, e um erro tipo I (alfa) de 0,05.

A população considerada para este cálculo foi a população feminina da cidade de Rio Grande (RS), na faixa de 40-65 anos no ano de 2003, 31.441 mulheres. Este dado foi obtido da estimativa da população, por município, faixa etária e sexo do Rio Grande do Sul, para 2004. (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2003).

Para o cálculo da amostra foi usada a fórmula de cálculo de amostras para população finitas. (GIL, 1999).

Sendo assim o número mínimo calculado foi de 203 entrevistas acrescido de 10% (20) para evitar possíveis perdas durante o estudo, ficando a amostra com 229 mulheres.

3.3 LOCAIS DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados:

- a) no Ambulatório de Climatério do Hospital Universitário da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG). Neste ambulatório são atendidas semanalmente 15 pacientes, previamente agendadas e provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS);

- b) no consultório particular. As pacientes atendidas no consultório são particulares ou de algum plano de saúde.

3.4 SUJEITOS DA AMOSTRA

Participaram do estudo 229 mulheres. Desta amostra 125 mulheres provieram do Ambulatório de Climatério do HU-FURG, e 104 do consultório particular.

3.4.1 Critérios de inclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- ⇒ Mulheres que concordaram em participar do estudo, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A).
- ⇒ Mulheres entre 40 e 65 anos usuárias de TH por no mínimo nos 6 meses anteriores a data da coleta de dados.
- ⇒ Mulheres entre 40 e 65 anos não usuárias de TH.

3.4.2 Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão, levou-se em conta:

- ⇒ Mulheres que fizeram uso de qualquer tratamento não hormonal (antidepressivos, ansiolíticos, fototerápicos, acupuntura, etc) para o alívio dos sintomas associados ao climatério nos últimos 6 meses.
- ⇒ Mulheres usuárias de anticoncepcional hormonal nos últimos 6 meses.
- ⇒ Mulheres que fizeram uso de TH irregular nos últimos 6 meses.

3.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos meses de junho, julho e agosto de 2005, pela pesquisadora, através da aplicação do QSM (ANEXO B) e de uma ficha de identificação (dados sócio-bio-demográficos) (ANEXO C).

3.5.1 Instrumento para coleta de dados

O QSM foi o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida das mulheres e devido a sua simplicidade permitiu que fosse auto-aplicado.

O Questionário de Saúde da Mulher ou Women's Health Questionnaire (WHQ) foi desenvolvido por Myra Hunter, na Universidade de Londres, em 1986, para analisar mudanças físicas e no bem estar de mulheres no climatério. O QSM foi traduzido para o Português e validado no Brasil em 1998 por Rodrigo da Silva Dias. (DIAS, 2002).

O QSM é distribuído unicamente pelo Mapi Research Institute, uma instituição que trabalha com questionários de avaliação de qualidade de vida, com sede em Lyon, França.

O contato para a solicitação deste instrumento foi realizado através do Website: www.mapi-research-inst.org. O Mapi Research Institute é responsável também pelos acordos de uso do questionário, sendo o fornecimento do questionário gratuito para trabalhos acadêmicos (ANEXO D).

O Questionário de Saúde da Mulher (QSM) consta de 37 questões, 36 com quatro alternativas de resposta e uma descritiva. As questões são divididas em 9 grupos (domínios), dispostos aleatoriamente que avaliam: **a**) depressão (sete questões) – 3; 5; 7; 8; 10; 12; 25; **b**) sintomas somáticos (sete questões) – 14; 15; 16; 18; 23; 30; 35; **c**) sintomas vasomotores (duas questões) – 19; 27; **d**) ansiedade/temores (quatro questões) – 2; 4; 6; 9; **e**) comportamento sexual (três questões) – 24; 31; 34; **f**) problemas de sono (três questões) – 1; 11; 29; **g**) sintomas menstruais (quatro questões) 17; 22; 26; 28; **h**) atratividade (três questões) – 13; 21; 32; **i**) memória e concentração (três questões) – 20; 33; 36.

No QSM, seguindo o questionário original (WHQ), nas alternativas das questões 7, 10, 21, 25, 31 e 32 a gravidade aparece em ordem inversa à ordem das demais questões, portanto para uma interpretação correta estas questões tiveram seus resultados transformados, ou seja,

1 para 4, 2 para 3, 3 para 2 e de 4 para 1. A pontuação é considerada de tal maneira que à melhor qualidade de vida corresponda a menor pontuação.

O cálculo dos escores referentes aos domínios do QSM foi realizado conforme orientação do Mapi Research Institute através do Manual do Usuário obtido em: www.iqod.org.

Além das respostas obtidas através do QSM, os sujeitos responderam as questões presentes na ficha de identificação.

3.5.2 Variáveis contempladas na ficha de identificação

- ⇒ Idade: idade em anos completos quando foi entrevistada.
- ⇒ Estado conjugal, de acordo com o IBGE, 2000:
 - a) casada (pessoa que vive em companhia do cônjuge, em decorrência de casamento civil, religioso, civil e religioso ou de união consensual estável)
 - b) viúva (pessoa que tenha o estado civil de viúva)
 - c) solteira (pessoa que nunca viveu na companhia de cônjuge)
 - d) separada (pessoa que não vive mas viveu em companhia de cônjuge)

Para análise estatística o estado conjugal foi recategorizado em com companheiro (casadas) e sem companheiro (solteiras, viúvas e separadas).

- ⇒ Escolaridade: constatação do nível de escolaridade das mulheres incluídas no estudo:
 - a) analfabeta
 - b) 1º grau incompleto – de 01 a 07 anos de escolaridade.
 - c) 1º grau completo – 08 anos de escolaridade.
 - d) 2º grau incompleto – 08 a 10 anos de escolaridade
 - e) 2º grau completo – 11 anos de escolaridade
 - f) superior – curso universitário.
 - g) pós-graduação – pós-graduação, mestrado e doutorado.

Para finalidade de análise estatística, as 4 primeiras categorias de escolaridade foram reunidas, bem como as duas últimas.

- ⇒ Renda familiar: referente ao salário mínimo nacional. Expressa em nº de salários mínimos nacionais:

- a) 01-02 salários
- b) 03-04 salários
- c) 04-05 salários
- d) 05-10 salários
- e) + 10 salários

Para análise estatística a terceira e quarta categoria foram reunidas.

⇒ Profissão:

- a) donas de casa
- b) aposentadas
- c) profissionalmente ativas

Para análise estatística, foi feita uma divisão em remuneradas (aposentadas e profissionais ativas) e não-remuneradas (donas de casa).

⇒ Número de gestações: expressa o número de vezes que as mulheres engravidaram e a resolução das gestações.

- a) partos vaginais
- b) cesarianas
- c) abortos

Para análise estatística foram consideradas as gestações que evoluíram para parto e cesariana.

⇒ Idade da menopausa: idade em que ocorreu a última menstruação, seguida por um período mínimo de 12 meses de amenorréia.

⇒ Estado menopausal:

- a) Pré-menopausa – mulheres que referiram ciclos menstruais normais ou com o mesmo padrão que sempre tiveram durante sua vida reprodutiva.
- b) Perimenopausa – mulheres que apresentaram ciclos menstruais irregulares quando comparados ao padrão anterior.
- c) Pós-menopausa – mulheres em que o último período menstrual ocorreu há pelo menos 12 meses antes da coleta dos dados. Foi considerada precoce (até 5 anos da última menstruação) e tardia (após 5 anos da última menstruação).

Para as mulheres histerectomizadas os critérios para classificação do estado menopausal foram:

⇒ Pré-menopausa – mulheres entre 40 e 48 e que tinham padrão menstrual regular antes da histerectomia.

- ⇒ Perimenopausa – mulheres entre 40 e 48 anos com padrão menstrual irregular antes da histerectomia.
- ⇒ Pós-menopausa – mulheres com mais de 48 anos ou submetidas a ooforectomia bilateral.
- ⇒ TH: se a paciente faz uso de TH há 06 meses ou mais na data da coleta de dados.
 - a) sim
 - b) não
- ⇒ Esquema terapêutico hormonal:
 - a) THE ou TE -terapia com estrogênio
 - b) THEP ou TEP - terapia com estrogênio + progestogênio. Pode ser:
 - b.(1) THEPcs ou TEPcs - terapia com estrogênio + progestogênio combinada seqüencial (estrogênio diariamente, com progestogênio acrescentado em uma seqüência estabelecida).
 - b.(2) THEPcc ou TEPcc, terapia com estrogênio + progestogênio combinada contínua (uso diário de estrogênio + progestogênio).
 - c) Tibolona – uso após a menopausa e contínuo.
 - d) Outros – pacientes usando somente THE local (terapia vaginal) ou THP (terapia com progestogênio para correção do ciclo).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A todas as participantes foi esclarecido tratar-se de um trabalho científico e que os dados obtidos serão publicados observando o sigilo de suas identidades. As mulheres que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento informado (ANEXO A), em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a participante.

O pedido de autorização para a realização deste estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196/96, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003) (Anexo 5) e aprovado sob o nº 23116.002110/2005-27.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos com a aplicação do QSM e da ficha de identificação constituíram um banco de dados, sob a proteção do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

A análise estatística foi realizada com os pacotes estatísticos SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 10.0 *for Windows*.

Os testes estatísticos usados foram: o teste do Qui-quadrado (exato de Fisher), teste “t” de student para comparação de médias, teste de tendência linear para as variáveis categóricas. A metodologia utilizada para comparar os escores foi a Análise de Variância Fatorial 2x2 – Renda familiar com dois níveis: até 5 salários e mais de 5 salários – Terapia: com TH e sem TH, seguida do teste de *post-hoc* de Tukey. O nível de significância empregado foi o de 5%.

4 RESULTADOS

4.1 AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS – IDADE, ESCOLARIDADE, ESTADO CONJUGAL E OCUPAÇÃO

TABELA 8 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH

<i>Características</i> <i>n = 229</i>	<i>Usuárias de TH</i> <i>n = 61</i>	<i>%</i>	<i>Não usuárias de TH</i> <i>n = 168</i>	<i>%</i>	<i>Nível de Significância</i>
Idade, anos, média (DP)*	49,2 ±5,2		50,9 ± 6,8		p= 0,04
Estado conjugal, percentagem					
- com companheiro	44	72,1	110	65,5	p=0,43 ^b
- sem companheiro	17	27,9	58	34,5	
Escolaridade					
- até o 2º grau completo	40	65,6	131	78	p= 0,06 ^b
- superior	21	34,4	37	22	
Renda familiar					
- até 2 salários	08	13,1	41	24,4	p< 0,05 ^c
- 03-04 salários	15	24,6	39	23,2	
-04-05 salários	06	9,8	20	12	
- 05-10 salários	12	19,7	30	17,8	
- + 10 salários	20	32,8	40	22,6	
Ocupação					
- remunerada	44	72,1	99	59	p= 0,07 ^b
- não remunerada	17	27,9	69	41	

^ateste t Student

^bteste Exato de Fisher

^cteste de tendência linear

A TABELA 8 apresenta as características sociodemográficas do grupo de usuárias e não usuárias de TH. A amostra foi composta por 229 mulheres, sendo 61 (26,6%) usuárias e 168 (73,4%) não usuárias de TH. A média etária geral foi 50,4±6,5 anos, entre as usuárias de TH 49,2±5,2 e entre as não usuárias de 50,9±6,8 anos. A análise estatística revelou diferenças

significativas entre o grupo de usuárias e não usuárias de TH no que diz respeito à média de idade ($p=0,04$).

Os dados referentes à escolaridade foram agrupados e a TABELA 8 mostra a distribuição percentual das mulheres usuárias e não usuárias de TH. Foram constituídos dois grupos para análise estatística. O primeiro grupo, até o 2º grau completo, reuniu mulheres com até 11 anos de escolaridade e o segundo grupo, superior, mulheres com curso superior e pós-graduação. Cabe destacar que na amostra não foi detectada nenhuma mulher analfabeta.

A análise estatística dos dados não evidenciou diferença estatística significativa entre o grupo de mulheres usuárias e não usuárias de TH no que se refere à escolaridade ($p=0,06$).

Embora sem diferença estatística, encontramos no grupo das usuárias de TH o maior percentual de mulheres com nível superior (34,4%) comparado com as não usuárias (22,0%).

Na análise da variável estado conjugal, as mulheres foram distribuídas em dois grupos: com companheiro e sem companheiro (mulheres solteiras, viúvas e separadas). A análise estatística não revelou diferenças significativas entre os grupos de usuárias e não usuárias de TH ($p=0,43$) (TABELA 8). Os dados mostraram que a percentagem de mulheres com companheiro fazendo TH (72%) é maior do que a percentagem de mulheres com companheiro que não fazem TH (65,5).

A variável ocupação foi classificada em atividade não remunerada e remunerada e as mulheres usuárias e não usuárias de TH foram distribuídas segundo estes resultados. A TABELA 8 apresenta estes resultados onde podemos ver que a percentagem de mulheres com atividade remunerada é maior entre as usuárias de TH do que entre as não usuárias, contudo, não existe diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,07$).

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH CONFORME A FAIXA ETÁRIA.

<i>Faixa etária</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>	<i>Com TH</i>	<i>%</i>	<i>Sem TH</i>	<i>(%)</i>	<i>significância</i>
40-44	41	17,9	10	16,4	31	18,4	
45-49	76	33,2	23	37,7	53	31,6	
50-54	51	22,3	20	32,8	31	18,4	
55-59	33	14,4	05	8,2	28	16,7	
60-65	28	12,2	03	4,9	25	14,9	
Total	229	100	61	100	168	100	P=0,17 *

*Teste de tendência linear

Entre as pacientes usuárias de TH 4,9% da amostra se encontra na faixa etária entre 60-65 anos (TABELA. 9).

4.2 AVALIAÇÃO DA IDADE MÉDIA DA OCORRÊNCIA DA MENOPAUSA E DO ESTADO MENOPAUSAL

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA CONFORME O ESTADO MENOPAUSAL.

<i>Estado Menopausal</i>	<i>COM TH (n = 61)</i>	<i>SEM TH (n = 168)</i>	<i>COM TH (n = 61)</i>
Pré-menopausa	6 (9,8%)	3 (1,8%)	6 (9,8%)
Perimenopausa	16 (26,2)%	61 (36,3%)	16 (26,2)%
Pós-menopausa precoce	25 (41%)	55 (32,7%)	25 (41%)
Pós-menopausa tardia	14 (23%)	49 (29,2%)	14 (23%)

P de tendência linear=0,48

Para toda a amostra a idade média da ocorrência da menopausa esteve em 46,4±5,1 anos. Houve diferença significativa nas médias da ocorrência menopausal entre as usuárias e não usuárias de TH (p=0,02). Os valores médios foram de 44,8±4,9 e de 47,1±5,0 para usuárias e não usuárias de TH, respectivamente.

Nesta amostra 6,5% das mulheres tiveram menopausa cirúrgica, com idade média da menopausa de 36,3±3,0 anos. Excluindo as mulheres de menopausa cirúrgica da amostra a média de idade da menopausa passou para 47,6±3,8 anos.

Quanto ao estado menopausal, a TABELA 10 apresenta a distribuição percentual entre as usuárias e não usuárias de TH. Como pode ser visto, a maioria das mulheres que

participaram do estudo encontram-se nos estados de perimenopausa e pós-menopausa precoce, sendo de 69% e de 67,2% entre as usuárias e não usuárias respectivamente.

Entre as pacientes na pós-menopausa em uso de TH 11,4% apresentaram sangramentos abundantes, dados obtidos pelo QSM.

4.3 AVALIAÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO EMPREGADO

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS USUÁRIAS DE TH SEGUNDO O ESQUEMA TERAPÊUTICO.

<i>Esquema terapêutico</i>	<i>Usuárias</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
TE	10	16,4
TEPcs	25	41
TEPcc	10	16,4
TIBOLONA	8	13,1
OUTRO	8	13,1

A TABELA 11 apresenta o esquema terapêutico adotado pelas usuárias de TH. Conforme pode ser visto, o esquema onde são prescritos os TEPcs foi o mais empregado (41 % das mulheres).

4.4 AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE GESTAÇÕES ENTRE AS MULHERES DO ESTUDO

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA CONFORME O NÚMERO DE GESTAÇÕES

<i>Gestações</i>	<i>Com TH</i>	<i>Sem TH</i>	<i>Total</i>
Partos	112 (57,2%)	360 (74,5%)	472
Cesarianas	84 (42,8%)	123 (25,5%)	207
Total	196	483	679

Teste exato de Fisher $p < 0,01$

Na análise do número de gestações, foram consideradas aquelas que não evoluíram para aborto. A TABELA 12 apresenta a distribuição percentual de partos e cesarianas entre as

usuárias e não usuárias de TH. A análise estatística dos resultados evidenciou uma diferença significativa no número de gestações e de cesarianas no grupo das usuárias de TH ($p < 0,001$).

4.5 AVALIAÇÃO DA RENDA FAMILIAR ENTRE AS MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TH

Para a avaliação da renda familiar, as mulheres usuárias e não usuárias foram agrupadas segundo os dados da TABELA 8. Observou-se o crescimento do uso de TH com o aumento da renda ($p < 0,05$).

4.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER

TABELA 13 – AVALIAÇÃO DOS DOMÍNIOS DO QSM

<i>Média dos escores</i>			
Domínio (N)	COM TH (IC_{95%})	SEM TH (IC_{95%})	Significância*
VAS (229)	0.40 (0.29 – 0.51)	0.55 (0.48 – 0.61)	0.02
ANX (229)	0.38 (0.30 – 0.46)	0.49 (0.44 – 0.53)	0.03
MEM (229)	0.44 (0.35 – 0.52)	0.57 (0.52 – 0.63)	0.01
SEX (194)	0.38 (0.29 – 0.46)	0.53 (0.47 – 0.58)	0.003
SLE (229)	0.52 (0.43 – 0.61)	0.58 (0.52 – 0.63)	0.26
MEN (229)	0.45 (0.36 – 0.59)	0.40 (0.35 – 0.45)	0.3
ATT (221)	0.32 (0.22 – 0.42)	0.31 (0.26 – 0.37)	0.8
SOM (229)	0.50 (0.43 – 0.57)	0.60 (0.56 – 0.64)	0.01
DEP (229)	0.23 (0.17 – 0.29)	0.32 (0.28 – 0.36)	0.01

* teste “T”

VAS (vasomotor), ANX (ansiedade/tempos), MEM (memória, concentração), SEX (sexual), SLE (sono), MEN (menstrual), ATT (atividade), SOM (somático), DEP (sintomas depressivos).
TH (terapia hormonal).

Para a análise da qualidade de vida foram consideradas as médias dos escores obtidos nos nove domínios avaliados pelo instrumento, nos grupos de mulheres usuárias e não usuárias de TH.

A comparação dos escores dos domínios permitiu observar que os melhores escores (valores menores) foram encontrados entre o grupo de usuárias de TH. Neste sentido merece destaque à melhora na qualidade de vida das mulheres usuárias de TH para os domínios dos sintomas vasomotor, somático, ansiedade/ temores, memória e concentração, comportamento sexual e sintomas relacionados com depressão conforme pode ser observado na TABELA 13.

A TABELA 13 também demonstra que quando considerados os domínios atratividade, problemas com o sono e sintomas menstruais o uso de TH não influenciou na melhora da qualidade de vida nesta amostra.

4.7 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO DA SAÚDE DA MULHER E A INFLUÊNCIA DA RENDA FAMILIAR

TABELA 14 – ESTUDO DE INTERAÇÃO ENTRE RENDA E TH. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PELOS DOMÍNIOS DO QSM, AVALIAÇÃO DE INTERAÇÃO, AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE MULHERES COM + 5 SALÁRIOS E MENOS DE 5 SALÁRIOS USUÁRIAS OU NÃO DE TH.

	<i>Qualidade de Vida</i>	<i>Interação Renda/TH</i>	<i>QV com e sem TH , +5salários e – 5 salários</i>
Sintomas depressivos	p<0,05	p>0,05	p<0,01
Sintomas somáticos	p<0,05	p>0,05	p>0,05
Sintomas vasomotores	p<0,05	p=0,10	p<0,05
Sexual	p<0,05	p>0,05	p<0,05
Ansiedade/temores	p<0,05	p>0,05	p<0,01
Sono	p>0,05	p>0,05	p<0,05
Menstruais	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Atratividade	p>0,08	p=0,09	p>0,05
Memória e concentração	p<0,05	p>0,05	p<0,05

Análise de Variância Fatorial 2x2, e teste post-hoc de Tukey, significância p<0,05.

QV: qualidade de vida; TH: terapia hormonal; QSM (questionário de saúde da mulher).

A influência da renda familiar nos escores obtidos com o QSM foi verificada na amostra através da Análise de Variância Fatorial 2x2. Para realização dos testes de análise de variância foram considerados o uso e o não uso de TH , e a renda familiar até cinco e acima de salários mínimos.

A interpretação do estudo de interação Renda Familiar versus TH, de acordo com os dados da TABELA 14, permitiu afirmar que nos domínios sintomas depressivos, sintomas

somáticos, sintomas vasomotores, comportamento sexual, memória e concentração, ansiedade e temores os melhores escores para qualidade de vida foram obtidos quando as mulheres usaram TH.

Para os domínios atratividade, sintomas menstruais e problemas do sono não houve diferença estatística entre os escores apresentados por usuárias ou não usuárias de TH ($p > 0,05$).

O grupo constituído por mulheres cuja renda familiar foi maior que 5 salários mínimos, independente do uso ou não de TH, apresentou melhor qualidade de vida do que o grupo de mulheres com renda familiar até 5 salários, estes achados ocorreram nos domínios sintomas depressivos ($p < 0,01$), sintomas vasomotores ($p < 0,05$), comportamento sexual ($p < 0,05$), ansiedade/ temores ($p < 0,01$), problemas do sono ($p < 0,05$) bem como no domínio memória e concentração ($p < 0,05$) (TABELA 14).

O teste de análise de variância, de acordo com a TABELA 14, permitiu concluir que não houve interação entre a Renda Familiar e qualquer dos domínios avaliados pelo QSM nesta amostra.

4.8 QUESTÃO DISSERTATIVA

A 37ª questão foi respondida por 17,5% das mulheres, destas 45% referiram sintomas vasomotores como os mais difíceis de lidar, 30% os neuropsíquicos e 25% os atrofícos. Os sintomas vasomotores predominaram como os mais difíceis de conviver ($p < 0,01$).

5 DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a influência da TH na qualidade de vida das mulheres climatéricas.

O climatério é o período na vida das mulheres entre a fase reprodutiva (menacme) e a senescência, onde ocorre a falência ovariana (geneticamente determinada) a qual ocasiona mudanças endócrinas, biológicas, clínicas e psicológicas que caracterizam a Síndrome Climatérica. (FERREIRA, 1999). Estes sintomas influem negativamente na qualidade de vida destas mulheres. (BLÜMEL, 1998).

A avaliação da Qualidade de Vida Ligada a Saúde (QVLS) é uma medida de desfecho clínico, onde o próprio paciente, no caso, as climatéricas avaliaram os efeitos que o climatério e a TH exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar. Esta avaliação juntamente com outras avaliações clínicas e laboratoriais permitem a implementação de atividades que terão um impacto mais positivo na vida das pessoas. (DUARTE; CICONELLI, 2006).

A idade média das mulheres que constituíram a amostra foi de 50,4 (\pm 6,5) anos. Nestas mulheres a idade média da ocorrência da menopausa foi de 46,4 \pm 5,1 o que está de acordo com estudos realizados com população hospitalar onde a média etária da menopausa é de 45,1 a 48,5 anos (ALDRIGHI et al., 2005; DE LORENZI et al., 2005). Um estudo, tipo inquérito populacional, realizado no Brasil, por Pedro et al. (2003), sobre a idade de ocorrência da menopausa natural mostrou 51,2 anos como a idade média deste evento.

Quando são incluídas nos estudos pacientes com menopausa cirúrgica (não natural), o que normalmente ocorre com maior frequência em amostras hospitalares à idade média da menopausa é menor. Neste trabalho 6,5% das mulheres teve menopausa cirúrgica, com idade média da menopausa de 36,3 \pm 3,0 anos.

Destas 229 mulheres 26,6% eram usuárias de TH e 73,4% não. A idade média das usuárias de TH (49,2 \pm 5,2 anos) foi menor que a encontrada para as não usuárias de TH (50,9 \pm 6,8 anos) ($p = 0,04$). Assim como também foi menor a idade média da menopausa entre as usuárias de TH (44,5 \pm 5,2 anos) e as não usuárias de TH (47,11 \pm 4,8 anos) ($p = 0,02$). Zahar et al. (2005), Aranha, Faerstein, Azevedo (2004), e ChiechI et al. (1999), também encontraram estes resultados, que se devem ao fato da procura de TH se dar devido principalmente à precocidade dos sintomas da fase inicial da menopausa.

A amostra revelou que 67,2% das mulheres usuárias de TH que participaram do estudo estão na perimenopausa (26,2 %) e na pós-menopausa precoce (41,0%). Estes dados confirmam os de Chiechi et Al, 1999, Ortiz et Al, 2001, e Blumel et al., 1998 que verificaram ser a terapia hormonal mais utilizada na perimenopausa principalmente para o tratamento das irregularidades menstruais e na pós-menopausa precoce onde os sintomas climatéricos são mais intensos.

No grupo das usuárias de TH somente 4,91% da amostra se encontra na faixa etária entre 60 e 65 anos. Estes dados estão de acordo com os dados nacionais sobre o uso de TH do Índice Nacional de Terapêutica e Enfermidades (INTE), Auditoria da Indústria Farmacêutica 2003, os quais demonstram que no Brasil a TH é prescrita principalmente para mulheres mais jovens ao contrário do WHI em que a média etária foi de 63 anos. (CONSENSO DA SOBRAC, 2004).

A maior proporção de mulheres com companheiro fazendo uso de TH verificada nesta amostra também foi encontrada em estudos anteriores. (PEDRO, 1999). Neste trabalho, no entanto, esta diferença não foi grande o suficiente para demonstrar uma associação estatística. Entre as climatéricas sintomáticas, segundo Hagestad e Janson (apud Sakamoto e Halbe, 1995), 72% são casadas. Scowitz, Santos e Silveira (2005), relatam que mulheres sem cônjuge têm proteção de 20% na ocorrência de fogachos.

O grupo de usuárias de TH apresentou proporcionalmente maior escolaridade do que o das não usuárias de TH o que está de acordo com dados da literatura, contudo nesta amostra não houve significância estatística entre estas diferenças. Pinto et al. (2002), e Aranha et al. (2004) encontraram que a maior escolaridade aumenta a chance do uso desta terapia. Keating et al. (1999), verificaram que o uso da TH é mais comum entre as mulheres de maior escolaridade e acreditam que isto se deva ao fato das mulheres de maior escolaridade buscarem mais conhecimento sobre saúde, possibilitando melhor avaliação sobre os riscos e benefícios da TH.

Os dados confirmam os achados de outros autores quando demonstram que as mulheres usuárias de TH desempenham em maior proporção atividade remunerada do que as não usuárias (CHIECHI et al., 1999), nesta amostra a diferença não foi o bastante para demonstrar associação estatística.

As climatéricas usuárias de TH realizaram mais cesarianas do que as não usuárias ($p < 0,001$) e houve aumento do uso de TH com o aumento da renda ($p < 0,05$). Estes dados são coincidentes com os da literatura que mostra as maiores taxas de cesarianas entre as pacientes de maior renda (FAUNDES; CECATTI, 1991, GENTILE; NORONHA FILHO; CUNHA,

1997). Segundo o MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2004), 79,7% dos nascimentos ocorridos em 2004 atendidos no setor de saúde suplementar ocorreram por cesariana.

A amostra apresentou aumento de uso de TH com o aumento da renda (significância estatística, $p < 0,05$). Em relação à renda os dados foram concordantes com outros estudos. A variável renda influi na compra do hormônio que tem um custo relativamente alto, impossibilitando muitas vezes o tratamento para o estrato de menor poder aquisitivo da população. (PINTO NETO et al., 2002; ARANHA et al., 2004).

Os dados obtidos pela aplicação do Questionário da Saúde da Mulher, referentes aos 09 domínios pesquisados antes e após o estudo de interação com a variável renda revelaram que as usuárias de TH apresentam melhores escores de Qualidade de Vida que as não usuárias em 06 destes domínios.

As mulheres usuárias de TH desta amostra apresentaram no domínio sintomas depressivos melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, o que está de acordo com outros dados da literatura.

O risco de desenvolver depressão é duas vezes maior para as mulheres do que para os homens, sugerindo que as flutuações cíclicas dos hormônios gonodais contribuam para este problema. A depressão tem sido associada à deficiência funcional de neurotransmissores cerebrais, como norepinefrina, serotonina e dopamina. O estrogênio pode funcionar como um antidepressivo induzindo mudanças nos receptores do sistema nervoso central para estes neurotransmissores. Depressão e baixos níveis de estrogênio circulante produzem eletroencefalogramas semelhantes. (SALETU et al. apud WHOOLEY et al., 2000).

Whooley et al (2000), estudaram TH e sintomas depressivos em um grupo de 6.602 mulheres, com mais de 65 anos, e concluíram que as usuárias de estrogênio apresentavam um risco menor sintomas depressivos. Em um estudo randomizado duplo-cego, com mulheres na perimenopausa foi observado que a TH tratou os sintomas de depressão independente da presença ou não de fogachos. (SCHMIDT et al., 2000).

A avaliação do domínio depressão no HERS, estudo duplo-cego, com 2.763 mulheres, com idade média de 67 anos e portadoras de doença coronariana mostrou que não houve diferença entre usuárias de TH e não usuárias, quanto aos sintomas de depressão. Contudo, considerando somente as pacientes que no início do estudo apresentavam fogachos as usuárias de TH mostraram menos sintomas depressivos que o grupo placebo (HLATKY et al., 2002).

Em um ensaio clínico, com 32 mulheres na peri e pós-menopausa, foi avaliada a resposta aos sintomas depressivos após a administração durante 04 semanas de 17β -estradiol

transdérmico. Os pesquisadores encontraram um significativo efeito antidepressivo com o uso do estradiol e acreditam que a rapidez da resposta se deva a mecanismos diferentes aos propostos aos antidepressivos convencionais. (COHEN et al., 2003).

Os efeitos da TH sobre a cognição e os sintomas depressivos foram avaliados em estudo transversal, com 31 pós-menopausadas que usaram estrogênio, 16 mulheres que nunca usaram estrogênio e um grupo controle de 49 homens. As idades dos participantes variaram entre 57 e 75 anos. O estudo mostrou que as mulheres usuárias de TH e os homens apresentaram os mais baixos escores para os sintomas depressivos, nas mulheres com TH foi verificada menor tendência para sentir fome, melhor fluência verbal e memória. (MILLER et al., 2002).

A avaliação do domínio sintomas somáticos neste trabalho mostrou que as usuárias de TH apresentam melhores escores para qualidade de vida que as não usuárias, estes dados coincidem com dados da literatura.

Os sintomas somáticos que atingem as climatéricas são principalmente decorrentes da carência estrogênica sobre o sistema vascular, o trato urogenital e o osso. A cefaléia, do tipo enxaqueca, é uma enfermidade tipicamente feminina. A variação nos níveis de estradiol, em pacientes sensíveis, produz a liberação de neurotransmissores que dilatam os vasos intracranianos extracerebrais, o que estimula os neurônios perivasculares que enviam mensagens ao núcleo de origem do trigêmeo, principal responsável pela cefaléia. (DE PIANO, 2004). O estrogênio age sobre o sistema urogenital inferior, e a sua carência leva a sintomas como: secura vaginal, dispareunia, sangramento durante o coito, prurido vulvar, polaciúria, noctúria, etc., que comprometem a qualidade de vida. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2005). O estrogênio age sobre o osso prevenindo a osteoporose; (WENDER; TOURINHO, 2004).

Através do uso transdérmico de um composto de estrogênio/progestogênio foi realizado um estudo com 136 mulheres (110 mulheres completaram o estudo). Este trabalho teve a duração de um ano. A qualidade de vida foi avaliada por 03 instrumentos: Psychological General Well-Being (PGWB), QSM, e The Sleep Dysfunction Scale. Houve melhora dos sintomas somáticos após a administração da TH. (WIKLUND et al., 1992).

O QSM foi utilizado para avaliar a qualidade de vida no climatério em um estudo randomizado, aberto, com 182 mulheres não hysterectomizadas entre 45-65 anos. Todas as mulheres receberam 0,625 mg de EC / dia durante 25 dias em 30 dias, 89 mulheres usaram 200 mg de progesterona micronizada do 12º ao 25º dia, e 93 mulheres usaram 5 mg de acetato de medroxiprogesterona do 12º ao 25º dia. O Objetivo dos autores foi comparar a qualidade

de vida e o custo associado ao uso da progesterona micronizada ao estrogênio na TH. A TH teve um efeito benéfico sobre os sintomas somáticos nestas mulheres. (RYAN; ROSNER, 2001).

A Tibolona foi usada em um estudo com mulheres chinesas com o objetivo de avaliar o seu efeito sobre os sintomas do climatério, bem-estar psicológico e o relacionamento conjugal. Foi um estudo randomizado, duplo-cego, cruzado, placebo e tibolona (2,5 mg /dia), com 100 pacientes durante 06 meses. O instrumento específico para avaliação da qualidade de vida utilizado foi a GCS, o qual demonstrou que a tibolona melhorou os sintomas somáticos associados ao climatério destas pacientes e não teve efeito sobre bem-estar psicológico e sobre o relacionamento conjugal. (LAM et al., 2004).

Os dados referentes ao domínio sintomas vasomotores de trabalho mostram que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, resultado semelhante foi encontrado em outros estudos.

Os sintomas vasomotores, representados principalmente pelos fogachos (ondas de calor), talvez sejam os que maior alteração do bem-estar causem as mulheres. Os fogachos são uma sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que acomete o tórax, pescoço e face, na maioria das vezes são noturnos, acompanhados ou não de sudorese e palpitações. Durante a onda de calor há elevação da temperatura corporal. (SCLOWITZ; SANTOS; SILVEIRA, 2005).

Em um estudo randomizado, duplo-cego, controle com placebo, foi avaliado através do Índice de Kupperman (redução dos sintomas menopausais) e do MENQOL (qualidade de vida) os efeitos de um regime de estrogênio contínuo e progestogênio intermitente. Participaram 119 mulheres (45-60 anos). O grupo da TH foi constituído por 59 mulheres e o do placebo por 60. A medicação foi usada por 90 dias. A melhora na qualidade de vida foi favorável no grupo da TH. A grande diferença foi no domínio vasomotor ($p < 0,001$) (GELFAND et al., 2003).

Shulman, Ynakov e Uhl (2002), avaliaram os efeitos de um sistema transdérmico contendo 17- β estradiol / levonogestrel sobre os sintomas vasomotores e o endométrio. A resposta se traduziu por melhores escores no domínio vasomotor do QSM.

O WHI quando avalia mulheres entre 50-54 anos com fogachos (moderados a severos) no início do estudo mostra melhora dos sintomas vasomotores nas usuárias de TH (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Os efeitos do uso de baixas doses de estrogênio sobre a qualidade de vida foram avaliados em um estudo, randomizado, duplo-cego, placebo. Houve melhora dos sintomas vasomotores tanto quando a qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento GCS quanto pelo Quality of Life Menopause Scale. (REBAR; TRABAL; MORTOLA, 2000).

A avaliação do domínio ansiedade/temores neste estudo mostrou que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, estes resultados são relatados também por outros autores.

A ansiedade é um estado de inquietude ou instabilidade da pessoa, um estado de ânimo desagradável, desgosto persistente e irritabilidade, acompanhado de sintomas somáticos, que não permite sossego a quem a padece. A ansiedade neste período está associada a mudanças neurobiológicas e psicossociais. (BLUMEL et al., 2004). A elevada prescrição de ansiolíticos e antidepressivos que se observa em climatéricas pode em alguns casos significar a falta de valorização do estado de deficiência estrogênica ou a falta de conhecimento e / ou insegurança do profissional assistente sobre TH. (ZAHAR; ALDRIGHI; PINTO NETO, 2005).

Gambaccini et al. (2003); Limouzin-Lamothe et al. (1994), Mameri Filho et al. (2005), usando o QSM também verificaram melhora dos escores no domínio ansiedade/temores com a TH.

A avaliação do domínio comportamento sexual neste trabalho mostrou que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, o que coincide com dados de outros trabalhos.

O climatério é associado a mudanças biológicas, físicas e psicológicas que influenciam a sexualidade. A deficiência hormonal ovariana acarreta inicialmente a alterações menstruais, sintomas vasomotores, problemas com o sono, alterações do humor, mudanças na forma do corpo e na função sexual. A queda do nível de estrogênio leva ao adelgaçamento da mucosa vaginal, atrofia da musculatura lisa da parede vaginal, aumento do pH e diminuição da lubrificação vaginal o que ocasiona: infecções vaginais e do trato urinário, incontinência urinária, dispareunia e sangramento pós-coital. Ocorrem mudanças na função sexual como diminuição da resposta sexual, da frequência sexual, da libido (decréscimo da produção androgênica), aumento da dispareunia vaginal e problemas com o parceiro. Entre os fatores não hormonais que afetam a sexualidade da climatérica estão o estado de saúde, o uso de medicamentos, o relacionamento com o companheiro e os filhos, o status social, a cultura e a atitude ante ao envelhecimento. (BECHMANN; LEIBLUM, 2004).

As mulheres submetidas à ooforectomia bilateral antes da menopausa experimentam um decréscimo de 50% da testosterona sérica (perda da produção androgênica pelo ovário), o que contribui para o declínio do interesse sexual. Warnock et al. (2005), realizaram um estudo randomizado, duplo cego com o objetivo de comparar o efeito de estrogênio + metiltestosterona (E+MT) e somente estrogênio (E) sobre o interesse sexual em 102 mulheres com menopausa cirúrgica, a medicação foi usada durante 8 semanas. Os autores concluíram que houve significativa melhora da função sexual no grupo E+MT em relação ao grupo E isolado.

A associação de androgênio ao estrogênio também foi utilizada por Mameri Filho et al. (2005), em um estudo duplo-cego randomizado. Os autores avaliaram os efeitos desta associação sobre a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres durante o climatério. As mulheres foram aleatoriamente divididas em três grupos de tratamento com 33 pacientes em cada grupo, e receberam placebo (P), estrogênio conjugado eqüino (ECE) ou associação de estrogênio conjugado eqüino e metiltestosterona (ECE+MT). Os autores verificaram melhora significativa da função sexual, principalmente com a associação ECE+MT.

Dobs et al. (2002), realizaram um estudo randomizado, duplo cego, com o objetivo principal de comparar a ação entre o uso de estrogênio + metiltestosterona (E+MT) e o uso de estrogênio (E) somente sobre a composição corporal de um grupo de 40 mulheres por 16 semanas. Como objetivo secundário avaliaram a função sexual das participantes. Concluíram que a associação E+MT aumentou a massa magra, reduziu a gordura corporal e melhorou todos os parâmetros da função sexual.

Os dados referentes à avaliação do domínio problemas de sono deste estudo mostraram que não houve significância estatística entre usuárias de TH e não usuárias, estes resultados são relatados por outros autores.

Em geral mulheres referem mais problemas com o sono (1,3 vez mais) que os homens, e o envelhecimento influencia em ambos os sexos a quantidade e qualidade do sono. As alterações do sono podem causar perda na qualidade de vida. Existe uma estreita relação entre estado menopausal e distúrbios do sono. (ROSENTHAL, 2003).

A relação entre o uso de TH e qualidade do sono foi avaliada por Souza, Aldrighi e Lorenzi Filho (2005), em estudo com 271 mulheres climatéricas através de um questionário contendo informações pessoais, hábitos de saúde, sexualidade e sono. Não ocorreu associação estatisticamente significativa entre qualidade do sono e o uso ou não de TH.

Polo-Kantola et al. (2003), realizaram um estudo randomizado, duplo-cego, cruzado, com placebo e estrogênio. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos diferentes

tipos anormalidades da respiração durante o sono na pós-menopausa e o efeito da terapia estrogênica. Participaram 62 mulheres. Os autores concluíram: a obstrução aérea superior parcial é a mais comum forma de desordem respiratória do sono, sendo 10 vezes mais freqüente do que a apnéia do sono na pós-menopausada; o uso do estrogênio isolado teve somente um pequeno efeito sobre a apnéia do sono e nenhum na obstrução aérea parcial.

Hachul et al. (2001), refere em 61%, a incidência de insônia como queixa subjetiva, em 83% pela polissonografia, e em 44% a incidência clínica e polissonográfica. Este fato segundo a autora se deve a que muitas vezes a paciente não considera a insônia como doença. Após avaliar 33 mulheres que usaram na primeira fase do estudo: grupo 1- estrogênio, grupo 2 – placebo; na segunda fase: grupo 1 – estrogênio + progesterona; grupo 2 – placebo + progesterona, concluiu que a progesterona diminuiu o movimento das pernas durante o sono e o bruxismo. A pesquisadora atribui estes achados ao efeito relaxante da progesterona e acredita que novos estudos sejam necessários para demonstrar esta hipótese.

O WHI ao avaliar mulheres com sintomas vasomotores, entre 50-54 anos, mostra um pequeno benefício nos distúrbios do sono. (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Os dados referentes à avaliação do domínio sintomas menstruais deste estudo mostraram que não houve significância estatística entre usuárias de TH e não usuárias.

Estudos relevantes que avaliem o sangramento uterino no período do climatério não são encontrados, possivelmente, por ser historicamente aceito que este período cursa com irregularidades menstruais. (HANEY, 2005). Durante o climatério 70% das mulheres apresentam ciclos irregulares e 20% hemorragia. (POMA, 2000).

A amostra detectou que 11,3% das mulheres na pós-menopausa usuárias de TH apresentavam queixa de sangramento, este efeito adverso da TH, que influi negativamente na avaliação da paciente, é encontrado por outros autores. (FERNANDES et al., 2003; SANTOS et al., 2000).

O QSM foi usado em um estudo randomizado, com placebo e THEPcc de baixa dosagem, em grupo de 50 mulheres com o objetivo de avaliar os efeitos desta combinação sobre a qualidade de vida. O questionário foi aplicado no início do estudo, 06 e 12 semanas após. Não houve melhora na qualidade de vida no domínio sintomas menstruais. (GAMBACCIANI et al., 2003).

Os dados referentes à avaliação do domínio atratividade deste estudo mostraram que não houve diferença estatística neste domínio entre usuárias de TH e não usuárias, o que coincide com os achados de outros autores.

A maneira como a mulher encara o processo do envelhecer traduz a sociedade onde ela envelhece. Em nossa sociedade a dificuldade da mulher em enfrentar essa fase da vida foi gerada por um padrão cultural de beleza cruel, em que beleza e atratividade estão associadas à juventude. (TEIXEIRA, 2000). Estudos atestam para uma propensão ao ganho de peso durante a menopausa e alterações na pele (aspecto envelhecido, sem elasticidade, ressecada), no cabelo, etc. (CONSENSO SOBRAC, 2004). Keating et. al. (1999), em um estudo para avaliar fatores associados ao uso de TH refere que mulheres mais preocupadas com a perda da atratividade causada pela idade são mais propensas ao uso de TH.

A ação do estrogênio sobre a qualidade de vida foi verificada através de um estudo randomizado com 499 mulheres na pós-menopausa. Destas, 250 usaram estradiol transdérmico mais progesterônio e 249 usaram veraliprida (neuroléptico, agonista da dopamina). As pacientes foram avaliadas antes do tratamento e 6 meses após. Ao final do estudo a incidência de fogachos foi menor no grupo da TH ($p < 0,001$). Houve melhora da qualidade de vida, segundo o QSM, no domínio vasomotor, em ambos os grupos, e não houve melhora em nenhum dos grupos no domínio atratividade. (LIMOUZIN-LAMOTHE et al., 1994).

O QSM foi usado por Kaari (2003), em um estudo randomizado, duplo-cego, prospectivo, com 68 mulheres. Destas, 33 usaram isoflavonas, e 35 usaram 0,625mg de ECE, durante 06 meses. O objetivo foi avaliar os efeitos das isoflavonas nos sintomas climatéricos, na qualidade de vida, no trato genital e nas mamas. Conclui usando o QSM que houve melhora tanto com a isoflavona quanto com o ECE em alguns domínios avaliados, mas o domínio atratividade não apresentou melhora.

Este trabalho mostrou no domínio memória e concentração as usuárias de TH com melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, em concordância com dados de outros estudos.

O envelhecimento da população é um fato incontestável. Os dados da literatura são escassos, em relação aos efeitos do envelhecimento e do climatério sobre a cognição. Cognição é um termo empregado para determinar uma série de funções intelectuais, como: atenção, concentração, percepção, linguagem, memória visual e verbal e raciocínio abstrato. A acetilcolina é o mais importante neurotransmissor associado à memória e a função cognitiva. Os estrogênios “in vitro” têm ação neurotrófica, neuroreparadora, antioxidante cerebral, promovem a quebra da proteína β amilóide, aumentam o catabolismo e a redução dos níveis plasmáticos da ApoE, elevam a atividade da colinacetiltransferase e reduzem a ação da acetilcolinesterase. “In vivo” os estrogênios têm efeito benéfico sobre a memória,

comunicação, independência, atenção, orientação, humor, fluxo cerebral e utilização de glicose. Entre as doenças que acometem a cognição está a doença de Alzheimer. (FERNANDES; BARACAT; LIMA, 2004).

As climatéricas comumente apresentam um declínio da função cognitiva com a idade, e o uso de TH esta associada à melhora desta função. Resultados de estudos envolvendo TH, função cognitiva e demência são controversos. (HUMPHRIES; GILL, 2003).

The Cashe County Study, é um estudo prospectivo que avaliou a incidência de demência entre 1.357 homens (73,2 anos) e 1.889 mulheres (74,5 anos). Dos homens 35 (2,6%) e das mulheres 88 (4,7%) desenvolveram doença de Alzheimer entre a 1ª e a 2ª entrevista (seguimento de 03 anos). A incidência entre mulheres aumentou após 80 anos e o risco excedeu o masculino com idade similar. As usuárias de TH tiveram um risco reduzido de Alzheimer (26 casos em 1.066 mulheres) comparado com não usuárias de TH (58 casos em 800 mulheres). (ZANDI et al., 2002).

Uma meta-análise realizada com 10 estudos sobre a proteção da função cognitiva produzida por a TH mostrou que as usuárias têm 29% menos de chance de desenvolver demência. Mas os autores chamam atenção para possíveis bias nestes estudos como as pacientes usuárias de TH terem maior escolaridade e melhor saúde o que por si diminuiria o risco de demência. (YALFE et al., 1998).

Este trabalho mostrou uma tendência ao aumento do uso de TH com o aumento da renda. Não houve interação entre renda e TH em nenhum domínio avaliado, mas nos domínios vasomotor, sintomas depressivos, comportamento sexual, ansiedade/temores, problemas do sono e memória e concentração as mulheres com mais de 5 salários, independente do uso ou não de TH, apresentaram melhor qualidade de vida.

No SWAN, foi avaliada a qualidade de vida considerando a influência da menopausa, do estado de saúde, de fatores psicossociais e demográficos em um grupo de 13.874 mulheres de diferentes etnias. Os autores encontraram que as mulheres com menor renda, menor grau de educação apresentavam mais sintomas referindo pior qualidade de vida. (AVIS et al., 2004).

A relação entre renda e sintomas climatéricos também foi detectada em um estudo transversal envolvendo 254 pós-menopausadas entre 45 e 60 anos. Foi constatado que mulheres com menor renda familiar apresentaram sintomatologia climatérica mais intensa. (DE LORENZI et al., 2005).

Scowitz, Santos e Silveira (2005), em um estudo transversal com 879 climatéricas verificaram que mulheres com menor o status sócio econômico têm maior o risco de a mulher apresentar fogachos.

Este é um estudo sobre Qualidade de Vida e Terapia Hormonal que apresenta limitações como as próprias de um estudo transversal. As mulheres foram avaliadas em um único momento, o ideal seria um estudo longitudinal que avaliasse a qualidade de vida antes do início da TH, e após o uso TH. Contudo, este trabalho sugere a relação entre o uso de TH e melhora da Qualidade de Vida como também entre Renda e Qualidade de Vida no Climatério. O tema Qualidade de Vida e Climatério, pela importância, merece que mais trabalhos sejam realizados.

O aumento da expectativa de vida das mulheres gera novos e diferentes desafios. A maneira de enfrentar esta nova realidade envolve a promoção de políticas públicas para mulheres, políticas estas, que procuram relações mais igualitárias entre os sexos e entre as próprias mulheres, bem como, o investimento na formação de profissionais capacitados e o incentivo à pesquisa.

6 CONCLUSÕES

O estudo realizado com mulheres climatéricas que responderam ao QSM, permitiu concluir:

- 1) Houve melhor Qualidade de Vida com o uso da TH;
- 2) Ocorreu aumento do uso de TH com o aumento da renda;
- 3) Em 6 domínios (sintomas vasomotores, ansiedade e temores, memória e concentração, comportamento sexual, sintomas somáticos e sintomas depressivos) dos 9 avaliados pelo QSM houve melhor da Qualidade de Vida entre as usuárias de TH;
- 4) Na avaliação dos domínios sintomas menstruais, atratividade e problemas com o sono o uso de TH não foi associado a melhor qualidade de vida;
- 5) As mulheres com renda familiar acima de 5 salários mínimos apresentaram, independente do uso, ou não de TH, melhores escores para qualidade de vida nos domínios sintomas depressivos, sintomas vasomotores, memória e concentração comportamento sexual, ansiedade e temores e problemas do sono do que as mulheres com renda familiar menor do que 5 salários mínimos;
- 6) Quando argüidas sobre se havia algum sintoma mais difícil de lidar os sintomas vasomotores foram os mais referidos.

REFERÊNCIAS

- ALDRIGHI, J.M. et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, vol. 51, n. 1, p. 51-53, 2005.
- ALMEIDA, Á.B.; ALMEIDA, S.B. Aspectos neuro-psicológicos do climatério. **Rev. Médica Sta. Casa, P. Alegre**. v. 7, n. 14, p. 1446-1449, 1996.
- AQUINO, E.M.L. et al. Mortalidade feminina no Brasil: sexo frágil ou sexo forte? **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 174-189, 1991.
- ARANHA, R.N. et al. Análise de correspondência para avaliação do perfil de mulheres na pós-menopausa e o uso da terapia de reposição hormonal. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 100-118, 2004.
- AVIS, N.E. et al. Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. **Quality of Life Research**. v. 13, nº 5, p. 933-946, 2004.
- BACHMANN, G.A.; LEIBLUM, S.R. The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. **Menopause**. v. 11, n. 1, p. 120-130, 2004.
- BEAUVOIR, S. **Velhice**. 1.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.
- BECK, C.L.C. et al. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professoras de enfermagem – elementos para reflexão. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. v. 33, n. 4, p. 348-354, 1999.
- BIFFI, E.F. A. **Saúde mental e climatério na perspectiva de mulheres profissionais de saúde**. 2003. 144p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Ribeirão Preto; São Paulo.
- BLUMEL M. et al. Efecto del climatério em la calidad de vida. **REV. CHIL. OBSTET. GINECOL**. v. 63, n. 6, p. 437-445, 1998.
- _____. Relationship between psychological complaints and vasomotor symptoms during climacteric. **Maturitas**. v. 49, n. 3, p. 205-210, 2004.
- BOSSEMEYER, R.. Aspectos gerais do climatério. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. Cap1, p. 17-33.
- _____. Progestagênios: uma revisão. In: **Simpósio trimegestona**. São Paulo: Office Editora e Publicidade, 2004, p. 3-7.
- CHIECHI, L.M. et al. Postmenopausal users of long-term hormonal replacement therapy; social-cultural features. **Clin Exp Obstet Gynecol**. V. 26, n. 2, p. 88-90, 1999.

COHEN, L.S. et al. Short-term use of estradiol for depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report. **Am. J Psychiatry**. v. 160, p. 1519-1522. 2003.

CONSENSO DA SOBRAC. “Terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa”. Disponível em: <http://www.comunique-se.com.br/images/mail/release_mm/sbc_20040827/miolo.pdf>. Acesso em: 16 out.2004.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.M.; ALVES, J.E.D. Direito e saúde sexual reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. 2003. Disponível em: <http://www.abep.org.br/fatos/Dir_Sau_Rep.pdf>. Acesso em: 18/05/2005.

COSTA, A.M. **Atenção integral à saúde das mulheres: quo vadis? uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil**. 2004, 196p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisa sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DECLARAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE MENOPAUSA. Guia para o tratamento hormonal em mulheres durante a transição menopáusica. 13 fev.2004. Disponível em: <http://www.comunique-se.com.br/images/mail/release_mm/sbc_20040827/declaração/htm>. Acesso em 16 out.2004.

DE LORENZI, D.R.S. et al. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 27, n. 1, 2005.

DE PIANO, E. Cefaleas en el climaterio. **Boletín de la Sociedad Chilena de Climatério**. V.10, nº 1, p.3, 2005. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=SOCIEDAD+CHILENA+DE+CLIMATERIO&btnG=Pesquisar&meta=>>>. Acesso em: 12/10/2005.

DIAS, R.S. et al. Adaptação para o Português do questionário de auto-avaliação de percepção de saúde física e mental da mulher de meia idade – questionário de saúde da mulher. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 29, n. 4, p.1 81-189, 2002.

DINIZ, D.P.; SCHOR, N. Qualidade de vida: princípios, focos de estudo e intervenções. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2006, Cap.1, p.01-10.

DOBS, A.S. et al. Differential effects of oral estrogen versus oral estrogen-androgen replacement therapy on body composition in postmenopausal women. **Clinical Endocrinology & Metabolism**. v. 87, n. 4, p. 1509-1516, 2002.

DUARTE, P.S.; CICONELLI, R.M. Instrumentos para avaliação da qualidade de vida: genéricos e específicos. In: DINIZ, D.P.; SCHOR, N. **Qualidade de vida**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2006, Cap. 2, p. 11-17.

FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesária no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública** v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

FAVARATO, M.E.C.S.; ALDRIGHI, J.M. A mulher coronáriopata no climatério após a menopausa: implicações na qualidade de vida. **Rev. Assoc. Méd. Bras.** v. 47, n. 4, p. 339-345.

FERNANDES, C.E. et al. Osteoporose pós-menopáusica. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999, Cap. 7, p. 93-139).

_____. Moduladores seletivos dos receptores de estrogênio (SERMS). In: FERNANDES, C.E. et al. **Menopausa, diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Segmento, 2004, p. 263-264.

FERNANDES, C.E. et al. Incidência de efeitos adversos e seu impacto sobre a descontinuidade do tratamento entre mulheres tratadas com raloxifeno ou terapia de reposição hormonal. **Reprod. Clim.** v. 18, p. 60-66, 2003.

FERNANDES, C.E. et al. Climatério aspectos conceituais e epidemiologia. In: FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Climatério: manual de orientações**. 1. ed. São Paulo: Ponto, 2004, p. 11-14.

FERNANDES, C.E. et al. Farmacologia, metabolismo e indicações dos estrogênios. In: FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Climatério: manual de orientações**. 1. ed. São Paulo: Ponto, 2004, p. 41-75.

_____. Nutrição, Exercícios e estilo de vida no climatério. In: FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Climatério: manual de orientações**. 1. ed. São Paulo: Ponto, 2004, p. 115-131.

_____. Climatério aspectos clínicos e endocrinológicos. In: FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Climatério: manual de orientações**. 1. ed. São Paulo: Ponto, 2004, p. 15-27.

_____. Sistema nervoso central e climatério – ação dos esteróides sexuais no SNC. In: FERNANDES, C.E.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R. **Climatério: manual de orientações**. 1. ed. São Paulo: Ponto, 2004, p. 142-52.

FERREIRA, J.A.S.; WEHBA, S.; FERNANDES, C.E. Conseqüências do hipoestrogenismo pós-menopáusico. In: OLIVEIRA, H.C.; LEMGRUBER, I. **Tratado de Ginecologia**. 1. ed. São Paulo: Revinter, 1997, p. 655-658.

_____. A perimenopausa. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999, Cap.3, p. 41-56.

_____. Evolução histórica da terapêutica hormonal no climatério. O que mudou nos últimos anos? In: FERNANDES, C.E. et al. **Terapêutica hormonal no climatério: onde estamos e para onde vamos?** 1. ed. São Paulo: Segmento, 2004. Cap. 1, p. 11-20.

FLECK, M.P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5; n. 1; p. 33-38; 2000.

FLETCHER, R.H. et al. Estudando casos. In: FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 10, p. 217-235.

FONSECA, A.M. et al. Terapêutica do climatério – hormonal e alternativa. In: SAMPAIO, N.A.P. et al. **Síndromes Climatéricas**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 121-140.

FORTES, J.R.A. Aspectos psiquiátricos do climatério: ansiedade e depressão. In: SAMPAIO, N.A.P. et al. **Síndromes climatéricas**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 15-18.

FREITAS, F. et al. Climatério. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. Cap 43, p. 443-463.

FRITSCH, M.; MURDOCH, F.E. Estrogens, progestins, and oral contraceptives. In: BRODY et al. **Human pharmacology: molecular to clinical**. 2. ed. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book Inc., 1991. Cap. 36, p. 482-450.

GAÍVA, M.A.M. Qualidade de vida e saúde. **Rev. Enf. UERJ**, v. 6, n. 2, p. 377-382, 1998.

GAMBACCIANI, M. et al. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. **Maturitas**. v. 44, n. 2, p. 157-163, 2003.

GELFAND, M.M.; MOREAU, M.; AYOTTE, N.J. et al. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone replacement therapy: a placebo-controlled study. **Menopause**. v. 10, n. 1, p. 29-36, 2003.

GENTILE, F.P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A.A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. **Cad. Saúde Pública**. v. 13. n. 2, p. 221-226, 1997.

GIL, A.C. Amostragem na pesquisa social. In: GIL, A.C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap. .9, p. 99-109.

_____. Como classificar as pesquisas? In: GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Cap .4, p. 41-57.

GIRÃO, M.J.B. et al. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1999. Cap. 5, p. 65-73.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Coordenação e Planejamento. Fundação de Economia e Estatística. Estimativa da população, por município, faixa etária e sexo, Rio Grande do Sul, 2004.

GRADY, D. et al. For the HERS II Research Group. Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: heart and estrogen/progestin replacement study follow-up (HERS II). **JAMA**. v. 288, n. 1, p. 49-57, 2002.

GRODSTEIN, F; MANSON, J.E; STAMPFER, M.J. Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. **J WOMEN'S HEALTH**. v. 15, p. 35-44, 2006.

HACHUL, H.C. Distúrbios do sono no climatério. **Femina**. v. 33, n. 11, p. 815-820, 2005.

HALBE, H.W. Climatério descompensado. In: HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 1. ed. São Paulo: Rocca, 1987. p. 933-958.

_____. Qualidade de vida estilo de vida e saúde. **Rev.Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**. Ed. Nov. 1999, n. 4 , editorial.

HALBE, H.W.; FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V.R. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WHEBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia diagnóstico e tratamento**. 1. ed. São Paulo: Lemos editorial, 1999. Cap. 19, p. 309-319.

HALBE, H.W.; FONSECA, A.M.; PINOTTI, J.A. Epidemiologia do climatério. In: SAMPAIO, Néelson A.P. et al. **Síndromes climatéricas**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 1999, Cap. 1, p. 3-7.

HALBE, H.W.; LOPES, C.M.C.; CELESTINO, C.A. Tratamento hormonal da menopausa pós HERS I/II e WHI. **Rev. Sinopse de Ginecologia e Obstetrícia**, Ed. Dez. 2003, n. 3, p. 72-78.

HALBE, H.W.; RAMOS, L.O.; FONSECA, A.M.; SAKAMOTO, L.C. Tratamento da mulher climatérica ou pós-menopausal. **Revista Brasileira de Medicina**. Ed.Abr. 1999, n. 2, p. 55-72.

HANEY, E. Symptoms during the menopausal transition: evidence from cohort studies. In: **NHI State-of-Science conference on management of menopause-related symptoms**. p. 61-64. 2005.

HAYS, J. et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. **N ENGL MED**, 2003, v. 348, n. 19.

_____. For The Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. **N Engl J Med**. v. 348, n. 19, p. 1839-1854, 2003.

HELMAN, C.G. Gênero e reprodução. In: **Cultura, saúde & doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artemed, 2003, p. 146-169.

HEILBORN, M.L. "Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil". In: Oliveira et al. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p. 93-196.

HLATKY, M.A.; BOOTHROYD, D.; VITTINGHOFF, E.; SHARP, P.; WHOOLEY, M. For the HERS Research Group. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy. **JAMA**. v. 287, n. 5, p. 5915-97. 2002.

HULLEY, S. et al. For the HERS Research Group. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention on coronary heart disease in postmenopausal women. **JAMA**. v. 280, n. 7, p. 605-613. 1998.

HUMPHRIES, K.H.; GILL, S. Risks and benefits of hormone replacement therapy: The evidence speaks. **CMAJ**. v. 168, n. 8, p. 1001-1010. 2003

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico de 2000. Metodologia. Disponível em: <<http://www.cedim.rj.gov.br/acondicao/metodologia.htm>> . Acesso em: 06/06/2005.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Tábuas completas de mortalidade**. 2003.

JURADO, E.V.; FIGUEROA, C.A. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. **Salud Pública Méx.** set. / out., v. 44, n. 5, p. 448-463, 2002.

KAARI, C. **Efeitos da isoflavona nos sintomas climatéricos, na qualidade de vida, no trato genital e na mama de mulheres pós-menopausicas**. 2003; 92p. Tese (Doutorado em Medicina). Escola Paulista de Medicina. São Paulo.

KALECHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KEATING, N.L. et al. Use of hormone replacement therapy by postmenopausal women in the United States. **Ann Intern Med**. v. 130, n. 7, p. 545-553, 1999.

LAM, P.M. et al. A randomized placebo-controlled, crossover study of tibolone (Livial) on menopause symptoms, psychological well-being, and dyadic relationship of postmenopausal Chinese women and their spouses. **Menopause**. v. 11, n. 4, p. 416-422, 2004.

LANDERDAHL, M.C. **Climatério: perda, ameaça ou desafio?** 1997; 147p. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis; SC.

LEDÉSSERT, L. et al. Menopause and perceived health status among the women of the french GAZEL cohort. **Maturitas**. n. 20, p. 113-120, dez.1994.

LIMA, G.R.; GIRÃO, M.J.B.C. Climatério. In: LIMA, G.R.; GIRÃO, M.J.B.C.; BARACAT, E.C. **Ginecologia de consultório**. 1. ed. São Paulo: EPM-Editora de Projetos Médicos, 2003. Cap. 12, p. 97-108 .

LIMOUZIN-LAMOTHE, M.A.; MAIRON, N.; JOYCE, C.R.B.; LE GAL, M. Quality of life after the menopause: Influence of hormonal replacement therapy. **AM J OBSTET GYNECOL**. v. 170, n. 2, p. 618-624, 1994.

MACEDO, R.M.S.; KUBLIKOWSKI, I. O sonho da eterna juventude: percepção do envelhecimento de uma perspectiva de gênero. **Psicol. rev.**, p. 11-22. 2000.

MALDONADO, M.T.P. **Psicologia da gravidez**. 6. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1984.

MAMERI FILHO, J. et al. Efeitos da associação estro-androgênica em mulheres na pós-menopausa. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 27, n. 3, p. 118-124. 2005.

MARINHO, R.M. Climatério – Efeitos sobre os sistemas genitourinário, cardiovascular e ósseo. **Manual para o TEGO** – Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais, Belo Horizonte: MEDSI, 2001, Cap. 18, p. 157-161.

MASTROROCCO, D. Homotoxicologia e climatério. 2002. Monografia (Pós-graduação em Homotoxicologia). Instituto Brasileiro de Ensino Homeopático. São Paulo. SP. Disponível em: <<http://www.medicinabiologica.com.br/noticias.htm>>. Acesso em: 10/06/2005.

MELO, N.R. et al. Terapêutica de reposição hormonal e doença cardiovascular. In: FERNANDES, C.E.; MELO, N.R.; WEHBA, S. **Climatério feminino: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Lemos Editorial, 1999, Cap. 6, p. 75-91.

_____. Quais são as reais indicações da terapêutica hormonal no climatério? In: FERNANDES, C.E. et al. **Terapêutica hormonal no climatério feminino**. 1. ed. São Paulo: Segmento, 2004. Cap. 8, p. 93-101.

_____. Quais são os hormônios que se empregam hoje em terapêutica hormonal no climatério? In: FERNANDES, C.E. **Terapêutica hormonal no climatério feminino**. 1. ed. São Paulo: Segmento, 2004. Cap. 6, p. 73-78.

MENDONÇA, E.P. Representações médicas e de gênero na promoção da saúde no climatério/menopausa. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, 2004, v. 9, n. 1,p. 155-166.

MILLER, K.J. Mood symptoms and cognitive performance in women estrogen users and nonusers and men. **Journal of American Geriatrics Society**. v. 50, p. 1826-1830, nov., 2002

MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORSS. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. **The Lancet**. v. 362, p. 419-427, 2003.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 5, n. 1; p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação Materno Infantil. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. **Assistência ao Climatério**. COSMI, Brasília. 1993.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação Materno Infantil. Serviço de Assistência à Saúde da Mulher. **Assistência integral à saúde da mulher: bases para uma ação programática**. 1984.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2002

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Brasil tem uma das maiores taxas de cesariana na saúde suplementar**. 2004. Disponível em:
<www.ans.gov.br/portal/site/home2/destaque_22585_2.asp?secao=Home>. Acesso em: 04/01/2006.

_____. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde**. 2004.

_____. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes**. 2004.

MOREIRA, M.M.S. Trabalho. **Qualidade de vida e envelhecimento**. 2000, 100p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, SP.

NAMS. Uso de estrogênio e progestogênio por mulheres na peri e na pós-menopausa: Declaração de Posicionamento da NAMS (The North American Menopause Society). **Menopause**, v. 10, n. 6, p. 479-506, 2003.

NASCIMENTO, E.R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? **Rev.Baiana de Enf.**, Salvador, v. 5, n. 1, p. 79-86, 1992.

OLIVEIRA, A.F.P.L. Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção à saúde da mulher. 1996, 193p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP.

_____. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface comun. saúde educ.**v. 3, n. 4, p. 105-122, 1999.

OLIVEIRA, G.B. Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento. *Rev. FAE*, Curitiba, v. 5, n. 2, p. 37-48, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Promoção e proteção à saúde. 2004. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/temas.cfm?id=14&Area=Documentos>>. Acesso em: 26/10/2004.

ORTIZ, Z.E.; PUEYRREDÓN, C.E. Calidad de vida relacionada con la salud. **Bol. Acad. Nac. Med. B. Aires**; v. 78, n.1, p. 119-129, 2000.

ORTIZ, N.O. et al. Deterioro de la calidad de vida durante el climaterio. Disponível em:
<<http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno7201deterioro.htm>>. Acesso em: 26/05/2004.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 14, p. 25-32, 1998.

PAIM, Jairnilson S. II Conferência estadual de ciência, tecnologia e inovação em saúde: produzir e aplicar conhecimento na busca da universalidade e equidade, com qualidade da assistência à saúde da população. 2001. Disponível em: <<http://www.saúde.ba.gov.br/eventos/cetis/01807/01conferencia%20Estadual%20ct1.ppt#21>>. Acesso: 26/10/2004.

PEDRO, A.O. Síndrome do climatério: Inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do município de Campinas. 1999. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

PEDRO, A.O. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n° 6, p. 735-742, 2003.

_____. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 07-25, 2003.

PELLEGRINI JUNIOR, O. Sexo, amor e climatério. **Femina**. São Paulo, v. 31, n. 6, p. 565-566, 2003.

PINTO NETO, A.M. et al. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do município de Campinas, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, 2002.

POLO-KANTOLA, P. et al. Breathing during sleep in menopause. **OBST & GYN**.v. 102, n. 1, p. 68-75, 2003.

POMA, P. Managing abnormal uterine bleeding in perimenopausal women. **Women's Health**. v. 3, n. 5, p. 315-326, 2000.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. PNUD, 1996.

REBAR, R.W.; TRABAL, J.; MORTOLA, J. Low-dose esterified estrogens (0,3 mg/day): long-term and short-term effects on menopausal symptoms and quality of life in postmenopausal women. **Climacteric**. v.3, n. 3, p. 176-182, 2000.

RODRÍGUES NETO, J.F.; FERREIRA, C.G. Qualidade de vida como medida de desfecho em saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 13, n. 1, p.4 2-46, 2003.

ROSENTHAL, M.B. Epidemiology, sleep, and menopause. **Menopause**. v. 10, n. 1, p. 4-5, 2003.

RYAN, N.; ROSNER, A. Quality of life and costs associated with micronized progesterone and medroxyprogesterone acetate in hormone replacement therapy for nonhysterectomized, postmenopausal women. **Clinical Therapeutics**. v. 23, n. 7, p. 1099-1115, 2001.

SAKAMOTO, L.C.; HALBE, H.W. Epidemiologia da menopausa. In: PINOTTI, J.A.; HALBE, H.W.; Menopausa, São Paulo: Rocca. p. 19-21. 1995.

SANTOS, E. et al. Seguimento de pacientes climatéricas em uma unidade Básica e Distrital de saúde. **Reprod. Clim**. v. 15, n. 4, p. 218-222, 2000.

- SCHMIDT, P.J. et al. Estrogen replacement in perimenopause-related depression: a preliminary report. **Am J Obstet Gynecol.** v. 183, n. 2, p. 414-420, 2000.
- SCLOWITZ, I.K.T.; SANTOS, I.S.; SILVEIRA, M.F. Prevalência e fatores associados a fogachos em mulheres climatéricas e pós-climatéricas. **Caderno de Saúde Pública.** v. 21, n. 2, p. 469-481, 2005.
- SCOTT, J.W. Gender: A useful category of historical analysis. **American Historical Review.** v. 9, n. 5, p. 1053-1075, 1986.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Rev. Cad. Saúde Pública,** mar./abr., v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- SHERMAN, S.S.; Defining the menopause transition. IN: NHI State-of-Science conference on management of menopause-related symptoms. p. 25-27. 2005.
- SHULMAN, L. P.; YANKOV, V; UHL, L. Safety and efficacy of a continuous once-a-week 17- β - estradiol / Levonogestrel transdermal system and its effects on vasomotor symptoms and endometrial safety in postmenopausal women: the results of two multicenter, double-blind randomized, controlled trials. **Menopause.** v. 9, n. 3, p. 195-207. 2002.
- SIQUEIRA, R.L.; BOTELHO, M.I.V.; CEELHO, F.M.G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.7, n. 4, p. 899-906, 2002.
- SILVA, I.F. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro. 2000, 100p. Dissertação (Mestrado em Medicina). - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública: São Paulo.
- SITRUK, W.R. New progestogens: a review of their effects in perimenopausal and postmenopausal women. **Drugs Aging.** v. 21, n. 13, p. 865-883, 2004.
- SOUSA, R.L.; FILIZOLA, R.G.; MORAES, J.L.R. **O efeito dominó dos fogachos:** sintomatologia depressiva e insônia no climatério feminino. **RBM Rev. Bras. Med.;** São Paulo; v. 60, n. 4, p. 191-194, 2003.
- SOUZA, C.L.; ALDRIGHI, J.M.; LORENZI FILHO, G. Qualidade do sono em mulheres paulistanas no climatério. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 51, n. 3, p. 170-176, 2005.
- SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. O ovário, da concepção até a senilidade. In: SPEROFF, L.; GLASS, R.H.; KASE, N.G. **Endocrinologia Ginecológica e Infertilidade.** 4. ed. São Paulo: Manole; 1995. p. 96-123.
- TEIXEIRA. Hormônios relacionados ao sistema reprodutor: farmacologia e indicações. In: HALBE, Hans W. **Tratado em ginecologia.** 1. ed. São Paulo, 1995. p. 1167-1175.
- TEIXEIRA, F. Envelhecer com dignidade. Rev. Partes. Ano I, n. 5, 2000. Disponível em: <<http://partes.com.br/terceiridade>>. Acesso em: 02 mar. 2005.

TEIXEIRA, M.B. **Emponderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002, 105p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; São Paulo.

THE EMAS WRITING GROUP. Position statements on peri and postmenopausal hormone replacement therapy. 1º fev. 2005. Disponível em: <http://emas.obgyn.net/healthcare.asp?page=climacteric_medicine2005_2>. Acesso em: 27 fev. 2005.

THE NORTH AMERICAN MENOPAUSE SOCIETY. Menopause practice: a clinician's guide. Introduction. 2004. Disponível em: <<http://www.menopause.org/edumaterials/cliniciansguide/cliniciasguidetoc.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2005.

_____. Uso de estrogênio e progestogênio na peri e na pós-menopausa: Declaração de posicionamento da NAMS. **Menopause: The journal of the North American menopause society**. v. 10, n. 6, p. 497-506, 2003.

THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STEERING COMMITTEE. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. **JAMA**. v. 291, p. 1701-1712, 2004.

UCHOA, E. et al. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. **Inf. Epidemiol. SUS**. v. 11, n. 3, p. 115-128, 2002.

VINIEGRAS, C.R.V.G. Climatério y bienestar psicológico. **Rev. Cubana Obstet Ginecol**. v. 29, n. 3, p. 25-32, 2003.

WARNOCK, J.K. Combined esterified estrogens and methyltestosterone versus esterified estrogens alone in the treatment of loss of sexual interest in surgically menopausal women. **Menopause**. v. 12, n. 4, p. 374-384, 2005.

WENDER, M.C.O. Tratamento não hormonal do climatério sintomático. Jul/Ago. 2003. Disponível em: <<http://www.sogirgs.org.br/Boletins%20Anteriores/A2003/JulAgo03/tratamento.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2004.

WENDER, M.C.O.; TOURINHO, T.F. Osteoporose na pós-menopausa. **Clínica Terapêutica**. v. 30, n. 3, p. 136-140, jul. 2004.

WHOQOL, Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from The World Health Organization. **Soc Sci Med**. v. 41 n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WHOOLEY, M.A. et al. Postmenopausal estrogen therapy and depressive symptoms in older women. **Journal of General Internal Medicine**. v. 15, n. 8, p. 535-541. 2000.

WILLIAMS, C.; STANCEL, G.M. Estrogênios e progestogênios. In: GOODMAN & GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9. ed. Santiago do Chile: Salesianos S.A., 1996. Cap. 57, p. 1045-1067.

WILLUND, I. et al. Long-term effect of transdermal hormonal therapy on aspects of quality of life in postmenopausal women. **Maturitas**. v. 14, n. 3, p. 225-236, 1992.

WOODS, N.F.; MITCHELL, E. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women' lives. In: **NHI State-of-Science conference on management of menopause-related symptoms**. p. 31-33. 2005.

WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial. **JAMA**. v. 288, p. 321-333, 2002.

YAFFE, K.; SAWAYA, G.; LIEBERBURG, I.; GRADY, D. Estrogen therapy in postmenopausal women. Effects on cognitive function and dementia. **JAMA**. v. 279, n. 9, p. 688-695, 1998.

ZAHAR, S.E.V. et al. Avaliação da qualidade de vida na menopausa. **Reprodução & Climatério**. v. 16. n. 3, p. 163-166, 2001.

ZAHAR, S.E.V. et al. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. **Rev. Assoc Med Bras**. v. 51, n. 3, p. 133-138, 2005.

ZANDI, P.P. et al. Hormone replacement therapy and incidence of Alzheimer disease in older women. The Cache County Study. **JAMA**. v. 288, n. 17, p. 2123-2129. 2002.

ZÖLLNER, Y.F.; ACQUADRO, C.; SCHAEFER, M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. **Qual Life Res**. v. 14, p. 309-327, 2005.

A N E X O S

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A mestranda do curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande, Rosaura Elisabeth Monteiro Pinto, está desenvolvendo esta pesquisa sob orientação da Dr.^a Ana Luiza Mucillo Baisch, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem na Área de Concentração Enfermagem e Saúde da supracitada Universidade.

Pelo presente termo, declaro que fui informada em relação aos objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada “*Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério entre usuárias e não usuárias de Terapia Hormonal*”. Declaro que fui informada sobre:

- a) liberdade de participar ou a não da pesquisa bem como de retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e/ou prejuízo;
- b) garantia de sigilo e privacidade, bem como proteção de minha imagem;
- c) riscos e benefícios desta pesquisa, assim, como a garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa sobre a metodologia, objetivos e outros aspectos envolvidos no presente estudo;
- d) a segurança de acesso aos resultados da pesquisa.

Assim, nestes termos considero-me livre e esclarecida e, portanto, consinto em participar da presente pesquisa. Concedo à autora da pesquisa o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Este documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que será assinado em duas vias, o qual ficará uma via em poder do respondente e a outra com a mestranda responsável pela pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura da Responsável pela Pesquisa: _____

Assinatura da Orientadora da Pesquisa: _____

ANEXO B - Questionário sobre a saúde das mulheres

Por favor, diga-nos como se sente agora ou como tem se sentido NOS ÚLTIMOS DIAS, marcando com um “x” o quadrado correspondente à resposta para cada um dos seguintes itens.

	Sim, com certeza	Sim, às vezes	Não, raramente	Não, absolutamente
1. Eu acordo antes da hora e então durmo mal o resto da noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu fico muito assustada ou com sensação de pânico sem qualquer razão aparente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu me sinto infeliz e triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu e sinto ansiosa quando saio de casa sozinha.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu perdi o interesse pelas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tenho palpitações no peito ou a sensação de aperto no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu ainda gosto das coisas das quais gostava antes ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu sinto que não vale a pena viver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu me sinto tensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu tenho bom apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu estou irrequieta e não consigo ficar parada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu estou mais irritável do que de costume.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu tenho medo de envelhecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu tenho dores de cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu me sinto mais cansada do que de costume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu tenho tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Meus seios estão doridos e sensíveis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu sofro de dores nas costas ou nas pernas e nos braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu tenho ondas de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu estou mais desastrada do que de costume.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu me sinto um tanto viva e entusiasmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu tenho cólicas ou desconforto na barriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu me sinto indisposta ou nauseada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu perdi interesse pelo sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu tenho sensações de bem-estar e paz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu tenho menstruações abundantes..... (Deixe em branco se não tiver mais menstruações)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu sofro de suores noturnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Eu tenho a impressão que minha barriga está inchada, grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eu tenho dificuldade para pegar no sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Sim,
com certeza | Sim,
às vezes | Não,
raramente | Não,
absolutamente |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 30. Eu frequentemente sinto formigamento nas mãos e nos pés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Eu estou satisfeita com meu relacionamento sexual atual.....
(Por favor, deixe em branco se não for sexualmente ativa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Eu me sinto fisicamente atraente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Eu tenho dificuldade para me concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Devido à secura da vagina, a relação sexual tornou-se desconfortável.....
(Por favor, deixe em branco se não for sexualmente ativa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Eu tenho necessidade de urinar mais frequentemente do que de costume..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Minha memória é fraca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. É muito difícil para você lidar com qualquer um dos sintomas, queixas acima?
SIM/NÃO. Se sim, quais: | | | | |

ANEXO C - Ficha de identificação

Pseudônimo: _____ **Idade:** _____

Estado civil: a) solteira b) casada c) viúva d) separada

Escolaridade: a) analfabeta b) 1º grau incompleto c) 1º grau completo
 d) 2º grau incompleto e) 2º grau completo f) superior
 e) pós-graduação

Renda familiar: Salário (s) mínimo (s): a) 01-02 b) 03-04 c) 04-05
 d) 05-10 e) + 10

Profissão: _____

Nº de Gestações: P: C: A:

Idade da menopausa: _____ **Pré Peri Pós P Pós-Tardia Cirúrgica:** S N

TH: a) SIM b) NÃO

Esquema terapêutico hormonal:

- THE

- THEP: a) THEPcs b) THEPcc

- Tibolona

- Outro

- **Number of administrations of the questionnaire per patient:** 01
 - **Length of the follow-up (if any) for each patient:** _____
 - **Planned study date:** start 032005 end 102005
month/year month/year
 - **Name of the sponsor:**
 - **Other questionnaires used in the study:**
 - 1
 - 2
 - 3
 - **Number of countries involved:** Brazil *specify which country:*
- Australia 1, Belgium (Dutch) 2, Belgium (French) 3, Brazil 4,
Canada (English) 5 Denmark 6, Finland 7, France 8,
Germany 9, Hungary 10, Italy 11, The Netherlands 12,
Poland 13, Portugal 14, Spain 15, Sweden 16,
UK 17, USA 18,
Other 19, please specify:

USER AGREEMENT

This agreement is between MAPI RESEARCH TRUST and ROSAURA ELISABETH MONTEIRO PINTO
.....("user").

MAPI RESEARCH TRUST provides the version of the WHQ in the following countries: BRAZIL

The use of the WHQ in the above mentioned clinical investigations is subject to the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHQ in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the WHQ.
2. User shall not reproduce the WHQ except for the limited purpose of generating sufficient copies for use in the above-mentioned clinical investigations and shall in no event distribute copies of the WHQ to third parties by sale, rental, lease, lending, or any others means.
3. User will provide clinical trial data to MAPI Research TRUST Data Center. MAPI Research TRUST will remove any COMPANY specific identifies and assures the User of confidentiality. MAPI Research TRUST will use and may provide this data to third parties in aggregate form,

stripped of any COMPANY specific identifying data, for analysis in education, research, consulting, and specifically, within the guidelines of the International Health-related Quality of Life Outcomes Database (IQOD) project for the evaluation of conceptual equivalence and development of reference values for this questionnaire.

This data includes the following :

- a- the WHQ item response data at baseline;
- b- additional socio-demographic (i.e. age, sex, marital status, profession, work situation) and clinical data that will allow condition or symptom severity category of patients.

NOTE: MAPI Research TRUST is NOT interested in receiving clinical trial data specific to drug therapy.

- . It is understood that the copyright owner of the Women's Health Questionnaire and its translations is Dr Myra Hunter.
- 5- This agreement holds for the above mentioned study only. The use of the WHQ in any additional study of the user will require a separate agreement.

AGREED

<p>User's Signature (handwritten): _____</p> <p>Title: QUALITY OF LIFE IN MENOPAUSE _____</p> <p>Company/Organisation: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE _____</p> <p>_____</p> <p>Date: 22/04/2004 _____</p>	<p>Company/Organisation Stamp (if applicable):</p>
---	---

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética

O projeto foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde sob o número 23116.002110/2005-27 e obteve aprovação segundo ofício datado de 16 de junho de 2005.