

MARCELO ANTONIO DOMINGOS MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA
USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FRANCA-SP**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ELIANA AGUIAR PETRI NAHAS

CO-ORIENTADOR: PROF. DR. JORGE NAHAS NETO

BOTUCATU - SP

2009

MARCELO ANTONIO DOMINGOS MARTINS

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA PÓS-MENOPAUSA
USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA HORMONAL EM
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE FRANCA-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia, Área de Ginecologia, da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, para obtenção do título de Mestre.

**ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. ELIANA AGUIAR PETRI NAHAS
CO-ORIENTADOR: PROF. DR. JORGE NAHAS NETO**

BOTUCATU - SP

2009

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO
DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Martins, Marcelo Antonio Domingos.

Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa usuária e não usuárias de terapia de reposição hormonal em unidade básica de saúde de Franca / Marcelo Antonio Domingos Martins. – Botucatu : [s.n.], 2009.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2009.

Orientadora: Eliana Aguiar Petri Nahas

Co-orientador: Jorge Nahas Neto

Assunto CAPES: 40101150

1. Menopausa 2. Hormônios esteroidianos - Efeito fisiológico

CDD 618.175

Palavras-chave: Menopausa; Qualidade de vida; Terapia hormonal

Dedicatória

***DEDICO** este trabalho a minha esposa Márcia, que se faz presente em minha vida, nas tempestades e nas calmarias; aos meus filhos Isabella e Leonardo, minha alegria de viver, vocês são a razão pela busca incessante em crescer-evoluir*

Agradecimientos

Agradecimentos Especiais

À Antonio (in memoriam) e Elenice

Meus pais

Pela criação

À minha família Márcia, Isabella e Leonardo

Pela compreensão

O incentivo foi fundamental

Aos professores Eliana e Jorge

Meus orientadores

*Sinônimo de humildade, capacidade e
dedicação.*

*“Somente enxerguei mais longe,
porque me apoiei em ombros de
gigantes” (Einstein).*

Agradecimentos

A todas as pessoas que contribuíram para meu crescimento humano e profissional, em toda a trajetória deste trabalho. A vocês, que colaboraram direta ou indiretamente, meu MUITO OBRIGADO!

Primeiramente agradeço a Deus, Alma do universo, pela oportunidade da vida.

Aos professores Paulo Traiman e Izildinha pelas sábias palavras e valiosos conselhos

À Profª Drª Lúcia Helena Simões Costa-Paiva, pelas valiosas sugestões e experiências compartilhadas.

Aos Professores e funcionários do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, Ana Cláudia Mira, Regina Célia Gamito e Sandra Aparecida Cruz, pela atenção e presteza, que direta ou indiretamente colaboraram com este trabalho.

À Profª Drª Ana Carolina Japur de Sá Rosa e Silva, pela gentileza e apoio profissional.

Aos funcionários do Departamento de Pós-Graduação pela colaboração.

Ao Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP) da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, pela assessoria estatística.

A todas as voluntárias, meu respeito e consideração pelo tempo dispensado, se prontificando a participar desta pesquisa.

Aos funcionários da Unidade Básica de Saúde do Aeroporto I pelo acolhimento e prontidão em me ajudar.

À Beatriz e aos enfermeiros Ana Cláudia, Kênia, Eliana e Gil pelo apoio.

À Secretaria de Saúde de Franca pela parceria,

Ao secretário de saúde do município de Franca-SP, Dr Alexandre R. Ferreira, pelo apoio e incentivo ao aperfeiçoamento.

Às bibliotecárias Selma, Marluci e Niva pelas informações e confecção da ficha catalográfica.

Ao meu Amigo, Valdes Roberto Bollela, pelo companheirismo.

Epígrafe

Resposta ao Tempo

*Batidas na porta da frente...
É o tempo
Eu bebo um pouquinho pra ter argumento
Mas fico sem jeito, calado
Ele ri...
Ele zomba do quanto eu chorei, porque sabe passai
E eu não sei...
Um dia azul de verão...
Sinto o vento
Há folhas no meu coração
É o tempo
Recordo o amor que perdi, ele ri
Diz que somos iguais, se eu notei...
Pois não sabe ficar e eu também não sei
E gira em volta de mim
Sussurra que apaga os caminhos
Que amores terminam no escuro sozinhos...
Respondo que ele aprisiona
Eu liberto...
Que ele adormece as paixões
Eu desperto...
E o tempo se rói com inveja de mim
Me vigia querendo aprender..
Como eu morro de amor...
Pra tentar reviver
No fundo é uma eterna criança
Que não soube amadurecer...
Eu posso
Ele não vai poder me esquecer!*

Música e Letra de Cristóvão Bastos e Aldir Blanc
Interpretação de Nana Caymmi

Prefácio

Prefácio

A população mundial superou as expectativas da Organização das Nações Unidas quanto ao contingente populacional do globo. Esta instituição considera o período de 1975 a 2025 como sendo a “era do envelhecimento” e paralelamente a este dramático crescimento, tem-se observado um aumento da expectativa de vida da mulher.

Com o aumento da expectativa de vida da população mundial, observamos um aumento na ocorrência de uma série de agravos a saúde, especialmente as doenças crônicas degenerativas e neoplásicas. Neste contexto, o envelhecimento da população feminina e o maior tempo de vida das mulheres em condições de hipostrogenismo acarreta uma série de mudanças fisiológicas no organismo associado a um aumento na incidência e agravamento das doenças deste período. Situações como a osteoporose, arteriosclerose, atrofia genital e alterações neuro-sensoriais com suas respectivas conseqüências, fratura, infarto, dispareunia, perda da memória, depressão e ansiedade refletem os efeitos em longo prazo da queda da produção hormonal.

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, as classes mais baixas procuram menos o ginecologista devido a sintomas relacionados ao climatério, apesar dos freqüentes sinais e sintomas apresentados por mulheres do climatério, e que tenho observado na prática clínica exercida nos últimos cinco anos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Franca (Nordeste do Estado de São Paulo). Considerando o alto potencial de comprometimento da qualidade de vida das mulheres surgiu-me o interesse em estudar essa condição entre as mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde em que trabalho, que é referência para uma população de aproximadamente duzentos e oitenta mil habitantes na cidade de Franca.

É possível que além do hipoestrogenismo, a sintomatologia da menopausa esteja associada a fatores culturais, sócio-econômicos ou terapêuticos relacionados ao processo do envelhecimento e que influenciariam na sua freqüência e gravidade. O conhecimento mais aprofundado destas questões é de fundamental importância para o desenvolvimento de propostas assistenciais voltadas a promoção de um envelhecimento que preserve as condições de saúde e a qualidade de vida dessas mulheres. Existe pouco conhecimento por parte da população quanto aos benefícios da terapia estrogênica, e estima-se que uma percentagem muito baixa de mulheres receba este tratamento, e muitas vezes de forma descontínua por várias razões, como falta de informação sobre o tratamento e pelo custo elevado do medicamento para grande parte da população. Muitas mulheres na pós-menopausa, mesmo que sintomáticas, tendem a acreditar, que não necessitam de tratamento ou tem medo de que o tratamento possa lhes causar prejuízo.

O tema climatério, portanto tem relevância do ponto de vista individual e de saúde pública com relação à educação em saúde (com informações às vezes conflitantes) e necessidade de provisão de recursos de assistência à saúde para a nossa sociedade, tema este ainda pouco explorado no Brasil e justifica a escolha deste tema para a realização desta dissertação de mestrado.

Lista de Abreviaturas.....	15
Resumo.....	17
Abstract.....	19
1. Introdução.....	21
2. Objetivos.....	33
2.1. Objetivo Geral.....	34
2.2. Objetivos Específicos.....	34
3. Publicação.....	35
3.1. Artigo	36
4. Conclusões.....	69
5.Referências Bibliográficas.....	71
5. Anexos.....	78
5.1. Anexo I – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	79
5.2. Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
5.3. Anexo III – Índice Menopausal de Blatt-Kupperman.....	82
5.4. Anexo IV – Ficha de Anamnese Clínica e Socidemográfica.....	83
5.5. Anexo V – Questionário de Saúde da Mulher.....	85

Abreviaturas

Abreviaturas

AMP	acetato de medroxiprogesterona
BKMI	<i>Blatt-Kupperman Menopausal Index</i>
EEC	estrogênios eqüinos conjugados
EuroQol	<i>European Quality of Life</i>
HCU	health care unit
HT	hormone therapy
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMBK	<i>índice menopausal de Blatt-Kupperman</i>
IMC	índice de massa corpórea
<i>MenQol</i>	<i>Menopause-Specific Quality of Life</i>
<i>MRS</i>	<i>Menopause Rating Scale</i>
<i>NHP</i>	<i>Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile</i>
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
QSM	<i>Questionário de Saúde da Mulher</i>
QV	qualidade de vida
SF-36	<i>Short Form-36 Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SWAN	<i>Women's Health Across the Nation</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TH	terapia hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHI	<i>Women's Health Initiative</i>
WHQ	<i>Women's Health Questionnaire</i>

Resumo

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal (TH) em Unidade Básica de Saúde (UBS) de Franca-SP. Foi conduzido estudo clínico transversal, com amostra de conveniência composta por 250 mulheres na pós-menopausa, idade entre 45 a 70 anos, atendidas em UBS de setembro de 2007 a agosto de 2008. As participantes foram divididas em dois grupos: usuárias de terapia hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180). Foram excluídas aquelas com: doenças psiquiátricas, tireopatias não-controladas, doenças malignas, uso de antidepressivos, obesidade grau III, drogaditas e etilistas. Consideraram-se como usuárias de TH aquelas que faziam uso contínuo dessa terapia há pelo menos seis meses. Foram avaliadas as características sócio-demográficas e clínicas. Aplicou-se o Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK) para avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos e o Questionário de Saúde da Mulher (QSM) para a avaliação da qualidade de vida. A análise estatística foi realizada pelo teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher, teste de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Os resultados não mostraram diferenças significativas na comparação entre os grupos quanto à idade, menarca, menopausa, paridade e índice massa corpórea. Observou-se que 67,2% eram casadas (168/250), 83,2% com ensino fundamental (208/250) e 53,2% se ocupavam com os trabalhos domésticos (133/250), não diferindo entre os grupos. As usuárias de TH relataram menor frequência de sintomas climatéricos (IMBK) de intensidade moderada e acentuada, comparadas a não usuárias ($p < 0,001$). Na avaliação do QSM, verificou-se entre as usuárias de TH, menor escore médio quanto ao déficit cognitivo ($p < 0,001$), sintomas vasomotores ($p = 0,048$), problemas com o sono ($p < 0,001$), atratividade ($p = 0,024$), contudo sem diferença no escore total quando comparadas a não usuárias. Concluiu-se que mulheres na pós-menopausa usuárias de TH, em atendimento em UBS, apresentam menor frequência de sintomas climatéricos moderados e severos, além de menor déficit cognitivo e distúrbio do sono quando comparada com o grupo que não utiliza terapia hormonal, entretanto, não observamos diferenças estatisticamente significativa, entre os grupos quando analisamos o escore total .

Palavras-chave: menopausa; qualidade de vida; terapia hormonal.

Abstract

Abstract

This research aims at assessing the quality of life in postmenopausal women who were users and non-users of hormone therapy (HT) in public health care unit (HCU) of Franca-SP. This cross-sectional, clinical study was undertaken in a convenience sample consisting of 250 postmenopausal women, aged 45-70 years, followed up at the HCU from September 2007 to August 2008. The patients were divided in two groups: users of HT (n=70) and non-users of HT (control, n=180). Exclusion criteria: obesity, psychiatric disturbances, antidepressants use, uncontrolled thyroid diseases, drug addicts, alcohol addicts and malignant diseases carriers. Women considered HT users were those who had undergone this treatment for at least six months. Socio-demographics and clinical characteristics were assessed. The Blatt-Kupperman Menopausal Index (BKMI) was applied to rate the intensity of climacteric symptoms and the Women's Health Questionnaire (WHQ) was applied to assess women's quality of life. For data statistical analysis, a Qui-square tests, a Fisher's Exact Test, a Mann-Whitney Test and Kruskal-Wallis test were used. The results show that there is no significant difference between groups regarding age, menarche, menopause, parity and body mass index. At total 67.2% of women were married (168/250), 83.2% had received fundamental education (208/250) and 53.2% were busy with house chores (133/250), not differing among the group. HT users reported a lower frequency of moderate and severe climacteric symptoms ($p<0.001$). From WHQ, it was observed among the HT users lower average score of memory concentration ($p<0.001$), vasomotor symptoms ($p=0.048$), sleep problems ($p<0.001$) and attractiveness ($p=0.024$); however there were no differences between groups regarding the QSM total score. In conclusion, postmenopausal women who were users and non-users of HT, followed up at a health care unit, not presented differences in global quality of life.

Key words: Menopause; Quality of life; Hormone therapy.

1. Introdução

1.1. Envelhecimento Populacional

A menopausa é considerada um fenômeno essencialmente moderno em seus aspectos fisiológicos, clínico e terapêutico. O envelhecimento da população mundial é evento recente na História da humanidade. No século XVII 28% das mulheres viviam o suficiente para alcançar a menopausa e somente 5% das mulheres sobreviviam mais de 75 anos. Contudo, o aumento na expectativa de vida proporcionou crescimento acentuado da população mais velha, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. O censo demográfico fornecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado entre os anos de 1991 e 2000, indicou crescimento de 15,5% na população geral, enquanto que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos aumentou 35,6%. Estima-se que a população de idosos poderá exceder 30 milhões em 20 anos, representando 13% da população total¹. Em 2005, foram estimados 17 milhões de idosos, dos quais mais da metade era composto por mulheres (55,3%). Assim, para indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, existiam 80 homens para cada 100 mulheres². A constatação deste processo, 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. Em face destes dados, os profissionais e o sistema de saúde precisam se preocupar e se preparar para o atendimento desta importante parcela da população, uma vez que é evidente a “feminização” do envelhecimento no Brasil³.

O Brasil, na década de oitenta, passou por enorme sentimento de democratização, devido à organização dos movimentos sociais. Após a abertura política, grupos representativos de cada classe social juntamente com o Ministério da Saúde elaboraram propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito aos sentimentos e aos direitos de cidadã, que culminou na proposta concreta do Estado para estas reivindicações: o Programa de Assistência Integral à 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, delegado ao Ministério da Saúde, da atenção curativa de responsabilidade do sistema médico previdenciário que excluía os indivíduos que estavam fora do mercado formal de trabalho⁴. Somente os contribuintes do Sistema Previdenciário é que tinham acesso aos cuidados clínicos. Surge então neste cenário o movimento da reforma sanitária, responsável pela inclusão da saúde da mulher na Constituição Brasileira, no Sistema de Seguridade Social, originando assim o sistema SUS (Sistema Único de Saúde).

O PAISM foi o primeiro programa de política pública a pensar na mulher de forma global. A saúde integral não se restringe à oferta de assistência médica, mas abrange a ação de outras políticas sociais, como emprego, habitação, educação e preconiza a integralidade destas políticas. A mulher deve ser reconhecida como sujeito social, em que o bem-estar e o adoecer vinculam-se a aspectos biológicos, sócio-econômicos e culturais, que têm influencia no cotidiano⁵.

País de grandes diferenças regionais, está diante de um grande desafio, combater tanto as doenças do atraso como do desenvolvimento. Na atualidade, este quadro demográfico é oriundo de várias transformações, tais como queda da fecundidade, redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento de sua população, o que faz considerar o climatério como importante assunto de saúde pública.

Este enfoque nos faz analisar e estudar esta perspectiva sob duas óticas: (1) os problemas sócio-econômicos e políticos que se associa à menopausa com o envelhecimento progressivo de nossa sociedade; (2) a atenção médica diante da necessidade de tratar a mulher climatérica. A assistência médica à mulher nesta etapa da vida aponta para a manutenção de sua saúde de forma individualizada e preventiva, com qualidade de vida. A palavra ginecologia é formada por dois sufixos gregos - ginaikos e logos - que significam no termo amplo da palavra "tratamento da mulher". Esta especialidade tem agregado através dos tempos várias ampliações, modificações e até sedimentações do seu objeto primitivo, o cuidado integral à mulher, dando origem a novos conhecimentos e definições que obriga o ginecologista a um processo de educação permanente quase que dedicação exclusiva à especialidade. O aumento progressivo da expectativa de vida de uma forma global da população mundial em decorrência de novas tecnologias em saúde, melhoria dos atendimentos, principalmente em nível básico como nas unidades de saúde, mudou esta situação e desencadeou interesse do corpo clínico da saúde para as questões relacionadas à senilidade feminina, às doenças específicas deste período e ao envelhecimento com qualidade de vida⁶.

1.2. Menopausa

A menopausa é processo fisiológico de mudança física e emocional. É evento universal que faz parte da evolução de todas as mulheres que atingem a meia idade. Representa momento de transição, onde as alterações físicas e psicológicas são geralmente integradas as experiências pessoais de cada paciente⁷. É definida como interrupção das menstruações resultante do término da atividade folicular ovariana, com diminuição na produção de esteróides⁸. Atualmente, 10% da população têm mais de 50 anos e 95% das mulheres atingem a idade da menopausa (a última menstruação da vida da mulher, confirmada após um período de 12 meses de amenorréia)⁹. No Brasil, ocorre em média aos 48 anos, enquanto que nos Estados Unidos, aos 51 anos^{10,11}. Do ponto de vista clínico, é aceita uma variação de idade da menopausa entre o período dos 48 anos a 55 anos de idade¹². Assim, é crescente o número de mulheres que viverão após a menopausa e experimentarão as conseqüências decorrentes do hipoestrogenismo próprio desta fase de vida.

O declínio na produção estrogênica reflete-se em todos os tecidos alvos. Observa-se que 76% a 80% das mulheres na pós-menopausa sofrem uma série de alterações físicas, psicológicas e metabólicas decorrente do hipoestrogenismo, tais como sintomas vasomotores (ondas de calor e suores noturnos), sintomas da atrofia urogenital (incontinência/urgência urinária, dispareunia, prurido vulvar) e sintomas psicológicos (ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia, diminuição da libido)¹³. No entanto, são os efeitos da deficiência estrogênica em longo prazo que mais preocupam, notadamente a doença cardiovascular e a osteoporose¹⁴.

A sintomatologia que apresenta as mulheres menopáusicas deriva de três situações fundamentais: a) diminuição da atividade ovariana, com deficiência hormonal que teria como consequência sintomatologia precoce e à vezes muito prejudicial para as atividades diárias habituais de qualquer mulher (fogachos, sudorese, atrofia genital) e sintomas a médio e longo prazo, vinculados com as alterações metabólicas importantes em órgãos terminais afetados pela carências hormonal; b) fatores sócio-culturais no meio-ambiente em que esta mulher vive; c) fatores psicológicos que dependem da estrutura do seu caráter. Se analisarmos qualquer texto que agrupa esta sintomatologia, pouquíssimos sintomas se relacionam com a deficiência hormonal. Muitos deles são consequências do envelhecimento e do processo emocional a enfrentar com o passar dos anos ¹⁵.

Os aspectos físicos da saúde geral e do bem-estar emocional declinam durante a transição da menopausa^{15,16}. Os sintomas climatéricos são conhecidamente indutores de desconforto físico e emocional que aumentam com a severidade dos sintomas^{17,18}. A depender da intensidade e frequência dos sintomas, em especial as ondas de calor podem interferir no bem-estar e na qualidade de vida, principalmente quando ocorrem durante a noite, com privação do sono e consequente irritabilidade e indisposição. Em 2003, Busch *et al.* analisaram, por meio de entrevistas semi-estruturadas, 130 mulheres saudáveis, com idade inicial de 48 anos, durante cinco anos consecutivos. A análise qualitativa mostrou que 57% tinham sentimentos neutros à cerca da menopausa, 12% otimistas e 31% pessimistas. Estas apresentavam sintomas climatéricos mais intensos que as demais¹⁹. A pós-menopausa traduzida clinicamente por diversos sinais e sintomas de deficiência estrogênica, associada a fatores de risco prevalentes nessa fase de vida, determinam aumento da morbimortalidade decorrente de doenças crônicas,

especialmente angiocardopatias e osteoporose, com freqüente comprometimento na qualidade de vida da mulher²⁰.

O diagnóstico da síndrome climatérica é clínico, baseado essencialmente na sintomatologia, e raramente necessita de avaliação laboratorial, porém o seu tratamento e seguimento exigem análise individual de cada paciente, e o médico que presta atendimento à mulher nesta fase de vida necessita de ferramentas para quantificar, medir e comparar as queixas. Esses instrumentos clínicos, denominados índices menopausais, contêm itens no quais figuram várias manifestações clínicas, tanto de natureza somáticas quanto psicológica e/ou somato-psíquica, sendo usados para medir os sintomas da síndrome climatérica, bem como para avaliar a efetividade da terapêutica hormonal (TH)²¹. Entre esses instrumentos, o mais comumente utilizado é o Índice Menopausal de Blatt- Kupperman (IMBK). Descrito pela primeira vez em 1953, foi o pioneiro na tentativa de quantificar os sintomas menopausais, sendo revisado e modificado em 1964, que lhe acrescentaram alguns sintomas incluídos sob a denominação de síndrome climatérica (fogachos, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, fadiga, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbido)^{22,23}.

1.3. Qualidade de Vida

Estamos vivendo cada vez mais em decorrência dos conhecimentos científicos acumulados ao longo do último século. Com a crescente expectativa de vida da mulher na pós-menopausa, percebe-se a necessidade de procurar viver melhor, buscando uma melhor qualidade de vida. A saúde e a qualidade de vida têm sido ao longo dos tempos relacionadas somente com aspectos físicos e à ausência de doenças. Em 1994, a

Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como “a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura a que está inserida, em relação às suas metas, expectativas, padrões e crenças”²⁴. O conceito atual de qualidade de vida é amplo e inclui a necessidade de conhecimento nos campos da sociologia, economia, saúde, política, educação e psicologia. Envolve aspectos físicos, mentais, emocionais, econômicos, sócio-culturais e espirituais.

A qualidade de vida é vista em termos de satisfação e bem-estar em relação aos objetivos e expectativas alcançadas e reflete a intensidade dos sintomas e o nível de perdas físicas e emocionais. Por definição, qualidade de vida é parâmetro subjetivo e o questionamento direto é caminho simples e apropriado para obter informações a respeito dos sintomas e sensações das pacientes. A avaliação do impacto de uma condição sobre a qualidade de vida é particularmente relevante em situações sintomáticas como a menopausa¹⁷.

Na saúde, a avaliação da qualidade de vida considera a percepção do paciente sobre quatro áreas: seu desempenho físico e ocupacional, seu estado emotivo, sua interação social e sua sensação somática⁷. Quando se avaliam o humor e a saúde geral de mulheres na pós-menopausa, os efeitos das alterações hormonais e aquelas associadas à idade podem confundir os resultados. Em 1992, Hunter²⁵ desenvolveu um questionário para medir os relatos subjetivos sobre o bem-estar físico e emocional de mulheres acima dos 45 anos de idade. Avaliaram 1090 mulheres recrutadas de um serviço de rastreamento de doenças ovarianas de Londres. Entre 1982 e 1984, o questionário foi enviado via correio após serem atendidas naquele serviço. Retornaram 78% dos questionários. A média de idade foi de 52,3 anos, 82% eram casadas e 66%

trabalhavam fora do lar. A proporção de mulheres nas diferentes categorias sócio-econômicas foi similar. Esse instrumento foi denominado *Women's Health Questionnaire* (WHQ) ou Questionário de Saúde da Mulher (QSM). O humor depressivo e ansiedade formam escalas separadas, assim como problemas do sono, sintomas somáticos, alterações menstruais e satisfação sexual. Os sintomas vasomotores (ondas de calor e suores noturnos) têm escala adicional²⁵.

O Questionário de Saúde da Mulher é um dos principais instrumentos de avaliação da qualidade de vida da mulher climatérica, pesquisando especificamente os problemas relacionados à menopausa. Este foi traduzido e validado na Suécia por Wiklund *et al.*,²⁶ em 1993, na França por Limouzin-Lamothe *et al.*,²⁷ em 1994, e na Itália por Genazzani *et al.*,²⁸ em 2002. No Brasil, foi traduzido para o português e validado por Silva-Filho, em 1998²⁹, sendo recentemente publicado³⁰. Consistem de 36 itens agrupados em nove domínios que avaliam os sintomas somáticos (sete itens), o humor depressivo (sete itens), problemas de concentração/memória (três itens), ansiedade/medo (quatro itens), satisfação sexual (três itens), sintomas vasomotores (dois itens), distúrbios do sono (três itens), alterações menstruais (quatro itens) e atratividade (três itens)²⁶.

Além do QSM, vários instrumentos de medição da qualidade de vida, estão à disposição para monitorar como os sintomas afetam o bem-estar físico e emocional das pacientes: *Sickness Impact Profile*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Quality of Well-Being Scall*, *Short Form (SF)-36 Health Survey*, *Menopause Rating Scale (MRS)*, *Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL)*, entre outros^{17,31-34}. Chedraui *et al.*, em recente estudo multicêntrico, avaliando a qualidade de vida pelo questionário *Menopause Rating Scale (MRS)*, de 8373 mulheres latina americanas com idade entre 40 a 59 anos,

concluíram que a menopausa o climatério produz perda da qualidade de vida³⁵. Conde *et al*, avaliando 81 mulheres brasileiras na pós-menopausa, não usuárias de TH, observaram por meio do questionário SF-36, que sintomas como suores, palpitações, nervosismo, depressão, insônia e dispareunia afetavam negativamente a qualidade de vida dessas mulheres³⁶.

Em perspectiva histórica, sabe-se que a mulher evoluiu, conquistando espaço na sociedade e na política, emancipando-se não somente na esfera social, mas também psíquica. Quando se fala em qualidade de vida da mulher, torna-se significativo resgatar a história da pessoa e o momento em que ela vive. Para isso, verifica-se a importância da entrevista, da colheita da história que leve a compreensão global do ser humano. É história da pessoa e não só da doença, e mais importante do que cumprir um roteiro é saber ouvir a paciente³⁷.

1.4. Terapia Hormonal

Como consequência do aumento na sobrevivência, temos o aumento da incidência da síndrome climatérica, com repercussões negativas para a saúde e a qualidade de vida das mulheres que a apresentam, o que nos conduz a busca de tratamento efetivos e seguros para esse distúrbio. Nas últimas décadas, grande destaque é dado a TH na pós-menopausa como alternativa eficaz no controle dos efeitos da privação estrogênica. Os benefícios da TH já são conhecidos, melhorando ou revertendo à sintomatologia decorrente da carência estrogênica a curto, médio e longo prazo, como alívio dos sintomas vasomotores, a reversão da atrofia urogenital e a preservação da massa óssea³⁸.

A TH é realizada com estrogênio isolado, indicado nas pacientes com histerectomia prévia ou, em associação a um progestagênio, de forma cíclica ou contínua, naquelas que conservam o útero. Tal associação tem o objetivo de promover proteção endometrial, uma vez que, a reposição com estrogênios isoladamente, leva à reativação do endométrio, com sinais de crescimento e proliferação³⁹. A TH não é isenta de efeitos colaterais e riscos, dificultando a adesão das pacientes ao tratamento proposto. Apesar dos proclamados benefícios, menos de 20% das mulheres utilizam regularmente e pelo menos metade abandona o tratamento após o primeiro ano de uso^{40,41}. O grande desafio dos especialistas em climatério e menopausa é atingir os efeitos desejados da TH, sem efeitos colaterais e riscos adversos para a saúde da mulher na pós-menopausa.

Em 2003, Hays *et al*, publicaram do estudo *Women's Health Initiative* (WHI), os efeitos da associação estroprogestativa contínua sobre a qualidade de vida em mulheres americanas na pós-menopausa de 50 a 79 anos. Tratou-se de estudo randomizado, duplo-cego, placebo controlado, com 8506 mulheres usuárias de estrogênios equinos conjugados (EEC 0,625mg) associado ao acetato de medroxiprogesterona (AMP 2,5mg), continuamente, e 8102 mulheres sob placebo (grupo controle). O *Short Form (SF)-36 Health Survey* foi o instrumento aplicado para avaliação da qualidade de vida, além de outras escalas específicas para depressão, distúrbios do sono, função sexual e cognitiva. Todas as pacientes responderam aos questionários no início e após um ano e ao final de três anos apenas um subgrupo de 1.511 mulheres. O uso de TH não teve efeito sobre a saúde geral, mental, sintomas depressivos ou satisfação sexual. Houve melhora nos distúrbios do sono, funcionamento físico e nas dores pelo corpo. Os autores concluíram que os efeitos da TH nesta população foram pequenos e sem significado clínico⁴². Cabe

destacar que a média etária foi de 63 anos (período de baixa incidência de sintomas climatéricos) e que este estudo não foi planejado para avaliar os efeitos sobre o bem estar físico e mental. O estudo WHI foi desenhado para avaliar os efeitos da TH de longo prazo sobre o risco da doença cardíaca e fratura de quadril em mulheres na pós-menopausa, assim como sobre o câncer de mama⁴³.

A razão mais freqüente que motivam as mulheres a utilizarem TH é o alívio dos sintomas da menopausa²⁰. Para Rymer *et al*, a TH pode melhorar a qualidade de vida em mulheres com sintomas de hipoestrogenismo. Para estas, os benefícios da terapêutica superam os riscos³⁸. São muitos os ensaios clínicos que avaliam os efeitos da TH sobre a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa. A grande maioria relata melhora com uso da TH em doses convencionais^{27-29,44-48}. Em 2003, Gambaccini *et al*,⁴⁹ publicaram ensaio clínico, longitudinal, aleatorizado e placebo-controlado, avaliando os efeitos da TH em baixa dose sobre a qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa. O WHQ foi o instrumento utilizado no início e após 6 e 12 meses de TH. A qualidade de vida foi semelhante em todas as mulheres no início da investigação. Nas usuárias de TH ocorreu diminuição nos escores relacionados aos sintomas vasomotores, medo/depressão, humor e distúrbios do sono. Não houve efeito sobre a concentração/memória e sintomas menstruais. No grupo controle não se observou mudança na qualidade de vida ao longo do tempo de observação. Concluíram que o uso de TH em baixa dose melhorou não só a sintomatologia climatérica, mas também os aspectos gerais relacionados à qualidade de vida de mulheres sintomáticas na pós-menopausa⁴⁹. Para Heikkinein *et al*, baixas doses de TH são tão efetivas quanto as doses convencionais no alívio dos sintomas climatéricos e conseqüentemente na melhora da qualidade de vida⁵⁰.

Baseado nestes estudos, um dos objetivos na indicação do uso da TH pelos profissionais de saúde, bem como da aceitação pelas mulheres, poderia ser a melhoria da qualidade de vida⁵¹. O Questionário de Saúde da Mulher, avaliando o bem-estar físico e emocional, é incluído como instrumento de medida da qualidade de vida em estudos sobre a terapêutica hormonal para mulheres na peri e pós-menopausa³⁴.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapêutica hormonal, em seguimento na atenção básica à Saúde do município de Franca-SP.

2.2. Objetivos Específicos

2.2.1. Avaliar a repercussão da terapia hormonal sobre os fatores influenciadores da qualidade de vida.

2.2.2. Estudar a influência das características clínicas e sócio-demográficas sobre a qualidade de vida.

2.2.3. Promover propostas de cuidado à saúde da mulher no climatério que é acompanhada na atenção básica de saúde do município de Franca-SP a partir dos resultados encontrados.

3. Publicação

Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal em unidade básica de saúde de Franca-SP

Quality of Life in Postmenopausal Women, Users and Non-users of Hormone Therapy, in a Health Care Unit of the City of Franca-SP

Marcelo Antonio Domingos Martins, Eliana Aguiar Petri Nahas, Jorge Nahas-Neto

Endereço para correspondência:

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

Rua Rubião Júnior, s/n - CEP 18618-970 - Botucatu - SP

Fone: (14) 3811-6227 - Fax: (14) 3882-1933

E-mail: epetri@fmb.unesp.br

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal (TH) em Unidade Básica de Saúde (UBS) de Franca-SP.

Métodos: Foi conduzido estudo clínico transversal, com amostra de conveniência composta por 250 mulheres na pós-menopausa, idade entre 45 a 70 anos, atendidas em UBS de setembro de 2007 a agosto de 2008. As participantes foram divididas em dois grupos: usuárias de TH (n=70) e não usuárias (controle, n=180). Consideraram-se como usuárias de TH aquelas que faziam uso contínuo dessa terapia há pelo menos seis meses. Foram avaliadas as características sócio-demográficas e clínicas. Aplicou-se o Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK) para avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos e o Questionário de Saúde da Mulher (QSM) para a avaliação da qualidade de vida. A análise estatística foi realizada pelo teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher, teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os grupos quanto à idade, menarca, menopausa, paridade e índice massa corpórea. Observou-se que 67,2% eram casadas, 83,2% com ensino fundamental e 53,2% se ocupavam com os trabalhos domésticos, não diferindo entre os grupos. As usuárias de TH relataram menor frequência de sintomas climatéricos (IMBK) de intensidade moderada e acentuada, comparadas a não usuárias ($p<0,001$). Na avaliação do QSM, verificou-se entre as usuárias de TH, menor escore médio quanto ao déficit cognitivo ($p<0,001$), sintomas vasomotores ($p=0,048$), problemas com o sono ($p<0,001$), atratividade ($p=0,024$), contudo sem diferença no escore total quando comparadas a não usuárias. **Conclusão:** as mulheres na pós-menopausa

usuárias e não usuárias de TH, atendidas em UBS, não apresentaram diferenças na qualidade de vida global.

Palavras-chaves: menopausa; qualidade de vida; terapia hormonal; questionário de saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To assess the quality of life in postmenopausal women who were users and non-users of hormone therapy (HT) in public health care unit (HCU) of Franca-SP.

Methods: This cross-sectional, clinical study was undertaken in a convenience sample consisting of 250 postmenopausal women, aged 45-70 years, followed up at the HCU from september 2007 to august 2008. The patients were divided in two groups: users of HT (n=70) and non-users of HT (control, n=180). Women considered HT users were those who had undergone this treatment for at least six months. Socio-demographics and clinical characteristics were assessed. The Blatt- Kupperman Menopausal Index (BKMI) was applied to rate the intensity of climacteric symptoms and the Women's Health Questionnaire (WHQ) was applied to assess women's quality of life. For data statistical analysis, a Qui-square tests, a Fisher's Exact Test, a Mann-Whitney Test and Kruskal-Wallis test were used. **Results:** there is no significant difference between groups regarding age, menarche, menopause, parity and body mass index. At total 67.2% of women were married, 83.2% had received fundamental education and 53.2% were busy with house chores, not differing among the group. HT users reported a lower frequency of moderate and severe climacteric symptoms by BKMI ($p<0.001$). From WHQ, it was observed among the HT users lower average score of memory concentration ($p<0.001$), vasomotor symptoms ($p=0.048$), sleep problems ($p<0.001$) and attractiveness ($p=0.024$); however there were no differences between groups regarding the QSM total score. **Conclusion:** the postmenopausal women who were users and non-users of HT, followed up at a health care unit, not presented differences in global quality of life.

Key-words: menopause; quality of life; hormone therapy; women's health questionnaire.

Introdução

O envelhecimento da população mundial é fenômeno recente na história da humanidade. Atualmente, na maioria dos países desenvolvidos, 10% da população têm mais de 50 anos e 95% das mulheres atingem a menopausa - última menstruação confirmada após 12 meses de amenorréia decorrente da falência ovariana¹. Os aspectos físicos da saúde geral e do bem-estar emocional declinam durante a transição da menopausa^{2,3}. Os sintomas climatéricos acometem entre 60 a 80% das mulheres e são reconhecidamente com indutores de desconforto físico e emocional que aumentam com a severidade dos sintomas^{4,5}. A depender da intensidade e freqüência dos sintomas, em especial as ondas de calor podem interferir no bem-estar e na qualidade de vida⁶.

Assim, com a crescente expectativa de vida da mulher na pós-menopausa, percebe-se a necessidade de procurar viver melhor, buscando uma melhor qualidade de vida (QV)⁷. A saúde e a QV têm sido ao longo dos tempos relacionadas somente com aspectos físicos e à ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde definiu QV como “a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura a que está inserida, em relação às suas metas, expectativas, padrões e crenças”⁸. O conceito atual de QV é amplo e inclui a necessidade de conhecimento nos campos da sociologia, economia, saúde, política, educação e psicologia. Envolve aspectos físicos, mentais, emocionais, econômicos, sócio-culturais e espirituais⁹.

Por definição, QV é parâmetro subjetivo e o questionamento direto é caminho simples e apropriado para obter informações a respeito dos sintomas e sensações das

pacientes. A avaliação do impacto de uma condição sobre a qualidade de vida é particularmente relevante em situações sintomáticas como a menopausa^{4,10}. Quando se avaliam o humor e a saúde geral de mulheres na pós-menopausa, os efeitos das alterações hormonais e aquelas associadas à idade podem confundir os resultados. O *Women's Health Questionnaire* (WHQ) ou Questionário de Saúde da Mulher (QSM) é um dos principais instrumentos de avaliação da QV da mulher climatérica, pesquisando especificamente os problemas relacionados à menopausa¹¹. No Brasil, foi traduzido para o português e validado por Silva-Filho *et al.*¹². Consistem de 36 itens agrupados em nove domínios que avaliam os sintomas somáticos (sete itens), o humor depressivo (sete itens), problemas de concentração/memória (três itens), ansiedade/medo (quatro itens), satisfação sexual (três itens), sintomas vasomotores (dois itens), distúrbios do sono (três itens), alterações menstruais (quatro itens) e atratividade (três itens). Seus itens foram escolhidos com o cuidado de não enfatizarem os sintomas negativos. Por não se tratar de questionário discriminatório, não faz diagnóstico específico, mas possibilita acesso a informações subjetivas. Pode ser utilizado no acompanhamento e monitorização de sintomas climatéricos e na mensuração de seu impacto no bem estar da paciente¹¹. O QSM, como instrumento específico é capaz de avaliar de forma individual e específica alguns aspectos da QV, sendo mais sensível na detecção de alterações após uma intervenção⁹.

Nas últimas décadas, grande destaque é dado à terapia hormonal (TH) na pós-menopausa como alternativa eficaz no controle dos efeitos da privação estrogênica. Os benefícios da TH já são conhecidos, melhorando ou revertendo à sintomatologia decorrente da carência estrogênica a curto, médio e longo prazo, como alívio dos

sintomas vasomotores, a reversão da atrofia urogenital e a preservação da massa óssea¹³. A razão mais freqüente que motivam as mulheres a utilizarem TH é o alívio dos sintomas da menopausa⁶. Portanto, a TH pode melhorar a qualidade de vida em mulheres com sintomas de hipostrogenismo. Para estas, os benefícios da terapêutica superam os riscos¹⁴. São muitos os ensaios clínicos que avaliam os efeitos da TH sobre a qualidade de vida da mulher na pós-menopausa. Contudo permanece incerto o impacto da TH sobre a QV em mulheres na pós-menopausa¹⁵. Alguns autores observaram melhora da QV entre as usuárias de TH¹⁵⁻¹⁹, enquanto que outros não verificaram diferenças na QV entre usuárias e não usuárias de TH^{5,20-23}. Cabe destacar que alguns estudos não objetivaram avaliar os efeitos sobre a QV, além de serem realizados em contextos socioculturais distintos, não podendo seus resultados ser extrapolados para populações com realidades diferentes.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapêutica hormonal, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Franca-SP.

Métodos

Desenho do Estudo e Seleção da Amostra

Foi conduzido estudo clínico analítico e transversal. O grupo populacional foi constituído de pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no Bairro Aeroporto I, da cidade de Franca - São Paulo, de setembro de 2007 a julho de 2008. A amostra foi não-probabilística e por adesão (Figura 1). O tamanho amostral inicial, de aproximadamente 300 mulheres, foi baseado no número médio de atendimento anual realizado na referida UBS, que preenchiam os critérios propostos pelo estudo. Incluíram-se no estudo mulheres com idade acima de 45 anos, data de última menstruação há pelo menos doze meses, usuárias e não usuárias de TH e que responderam com clareza os questionários após o consentimento informado. Considerou-se critério de não exclusão obesidade grau III, doenças psiquiátricas, doenças da tireóide não controlada, drogaditas, etilistas, usuárias de antidepressivos e portadoras de doenças malignas. Os objetivos e procedimentos do estudo foram esclarecidos às participantes selecionadas e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exigência da resolução nº 196 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, recebendo parecer favorável em 07 de agosto de 2007 (Of.155/2007).

A casuística final foi de 250 mulheres na pós-menopausa, divididas em 2 grupos: Grupo 1 formado por 70 mulheres usuárias de terapia hormonal (TH) e, Grupo 2 por 180 mulheres não usuárias (controle). Consideraram-se como usuárias de TH aquelas que

faziam uso contínuo dessa terapia há pelo menos seis meses e não usuárias, aquelas que não fizeram uso de TH nos últimos seis meses.

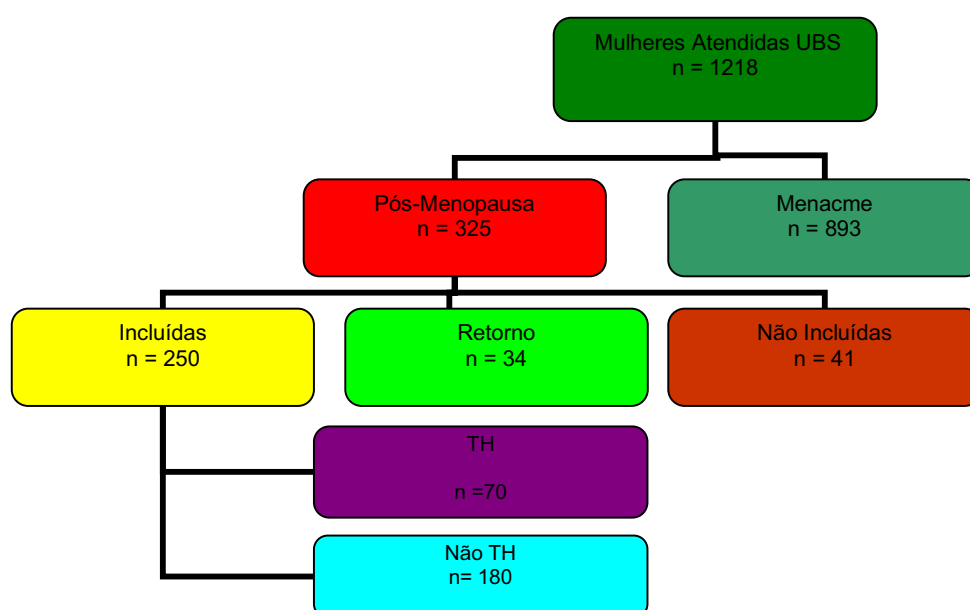


Figura 1– Fluxograma de seleção das pacientes

Metodologia

No dia da consulta foram coletados, por meio de entrevista e exame físico geral, dados sócio-demográficos e características clínicas. Foram obtidos: idade, idade da menarca, paridade, idade e tempo de menopausa, estado marital (com e sem companheiro), escolaridade (ensino fundamental, médio, superior e não alfabetizado), ocupação remunerada (sim ou não), renda familiar (número de salário mínimo), tabagismo atual e história pessoal de co-morbidades (hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, doenças osteoarticulares e incontinência urinária). Foram consideradas ativas as mulheres que relataram a prática de exercícios físicos regulares por 30 minutos pelo menos três vezes na semana. Foram obtidos peso e altura para o cálculo do índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$), classificado segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde de 2002 em: menor que 18,5 kg/m² como baixo peso, de 18,5 a 24,9 kg/m² normal, de 25 a 29,9 kg/m² sobrepeso, de 30 a 34,9 kg/m² obesidade grau I, de 35 a 39,9 kg/m² obesidade grau II e maior ou igual a 40 kg/m² obesidade grau III.

Avaliação dos Sintomas Climatéricos

Para avaliação dos sintomas climatéricos, utilizou-se o Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK)²⁴. No IMBK, os diversos sintomas incluídos sob a denominação de síndrome climatérica (fogachos, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbido), recebem valores numéricos de acordo com a sua intensidade (leves=1, moderados=2, severos=3) multiplicados pelos fatores de conversão preconizados por Kupperman, que representam a importância do sintoma na síndrome climatérica. Desta forma os sintomas vasomotores podem receber valores 4, 8

ou 12; a parestesia, a insônia e o nervosismo, 2, 4 ou 6; e o restante (melancolia, vertigem, artralgia/mialgia, cefaléia, palpitação e zumbido), os valores 1, 2 ou 3. O escore global da soma desses valores é catalogado em intensidade leve se somatório dos valores até 19, moderado entre 20 e 35, e severa se maior que 35.

Avaliação da Qualidade de Vida

O Questionário de Saúde da Mulher (QSM) ou *Women's Health Questionnaire* consta de 36 questões, oferecendo quatro alternativas como possibilidade de resposta - "Sim, sem dúvida", "Sim, às vezes", "Raramente" e "Não, de jeito nenhum" - codificadas de 4, 3, 2 e 1, respectivamente). Suas questões estão agrupadas em nove domínios, dispostos aleatoriamente que avaliam: humor deprimido (7 questões: 3, 5, 7, 8, 10, 12 e 25), sintomas somáticos (7 questões: 14, 15, 16, 18, 23, 30 e 35), déficit cognitivo (3 questões: 20, 33 e 36), sintomas vasomotores (2 questões: 19 e 27), ansiedade (4 questões: 2, 4, 6 e 9), função sexual (3 questões: 24, 31 e 34), problemas com o sono (3 questões: 1, 11 e 29), problemas menstruais (4 questões: 17, 22, 26 e 28) e atração (2 questões: 21 e 32)¹¹.

Na presente versão do QSM, seguindo o questionário original, as alternativas das questões 7, 10, 21, 25, 31 e 32 aparecem em ordem inversa à ordem das outras questões. Portanto, para se ter o maior escore indicando maior gravidade de sintomas, no cálculo dos escores, essas questões tiveram seus resultados transformados, isto é, de 1 para 4, de 2 para 3, de 3 para 2 e de 4 para 1. Os escores foram obtidos transformando-se as respostas de cada questão como presentes (1) ou ausentes (0), ou seja, "Sim, sem dúvida" e "Sim, às vezes" foram codificadas como 1 e "Raramente" e "Não, de jeito

nenhum” foram codificadas com 0. Assim, para cada escore foi obtido um mínimo de 0 e um máximo de 1, sendo que 1 reflete o máximo de sintomas ou dificuldades na área.

Os instrumentos de avaliação foram realizados no mesmo dia em que as pacientes compareciam a consulta na UBS. Cada paciente, após consentimento, foi conduzida para sala em separado onde foram aplicados os questionários, por único entrevistador (o autor).

Análise Estatística

Devido às características de seleção, a análise estatística consistiu em descrever os resultados, sem a pretensão de se fazer inferências para outras populações. Para as variáveis classificatórias, ou categóricas, a comparação entre os grupos foi realizada pelo método do Qui-Quadrado (testes de χ^2) ou teste exato de Fisher e para as variáveis quantitativas, o Teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Os dados foram apresentados em forma de mediana e percentil 25 e 75. O nível escolhido de significância foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram processadas utilizando o *Software* SPSS, versão 12.0 for Windows.

Resultados

As características clínicas e sociodemográficas, das pacientes na pós-menopausa usuárias de terapêutica hormonal (n=70) e não usuárias (controle) (n=180), foram submetidas à comparação estatística, e estão representadas nas Tabelas de 1 a 3.

Na Tabela 1 verificou-se que os grupos foram homogêneos para as seguintes variáveis: idade, idade da menarca, paridade, tempo de menopausa e índice de massa corpórea. As pacientes usuárias de TH apresentavam em média 52 anos e as não usuárias, 54 anos (p=0,107). Observou-se diferença estatisticamente significativa apenas quanto à média do escore total do Índice Menopausal de Blatt-Kupperman. Em média, as usuárias apresentavam sintomas leves e as não usuárias sintomas moderados (p=0,003).

Quanto às características sócio-demográficas, notou-se na população estudada que 67,2% eram casadas (168/250), 83,2% com ensino fundamental (208/250) e 53,2% se ocupavam com os trabalhos domésticos (133/250), não diferindo entre os grupos. Constataram-se divisão igualitária do número de pacientes nas diferentes faixas de renda familiar entre os grupos; a maioria da população relatou renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos (Tabela 2). Na comparação quanto à ocorrência de co-morbidades, tabagismo e atividade física, não foram observadas diferenças entre os grupos (Tabela 3).

Na avaliação da intensidade dos sintomas climatéricos pelo IMBK, encontrou-se que entre as usuárias de TH, a maioria (61,4%) relatou apenas sintomas leves (escore total 19) enquanto que entre a não usuárias, 62,5% apresentavam sintomas de intensidade moderada a acentuada, diferença estatisticamente significativa (p<0,001) (Tabela 4).

A comparação dos escores total e de cada componente do QSM, entre os grupos, está demonstrada na Tabela 5. Encontrou-se entre as usuárias de TH, menor escore médio quanto ao déficit cognitivo ($p < 0,001$), sintomas vasomotores ($p = 0,048$), problemas com o sono ($p < 0,001$) e atratividade ($p = 0,024$), quando confrontadas ao controle. Não se observaram modificações significativas quanto ao humor deprimido, sintomas somáticos, ansiedade, função sexual e problemas menstruais. As pacientes sob TH não apresentaram diferença quanto ao escore total do QSM quando comparadas a não usuárias ($p = 0,533$).

Na análise da associação entre as principais características clínicas e sociodemográficas e o escore total do QSM, observou-se que a presença de co-morbidades repercutiu em menor escore total, enquanto que faixa etária, renda familiar, escolaridade e índice de massa corpórea não apresentaram influências (Tabela 6).

Discussão

A menopausa é processo fisiológico de mudança física e emocional. É evento universal que faz parte da vida de todas as mulheres que atingem e ultrapassam a meia idade. Representa momento de transição, onde as alterações físicas e psicológicas são geralmente integradas as experiências pessoais de cada paciente⁷. A qualidade de vida é vista em termos de satisfação e bem-estar em relação aos objetivos e expectativas alcançadas e reflete a intensidade dos sintomas e o nível de perdas físicas e emocionais⁴. Na atualidade, como consequência ao aumento na sobrevida, temos a elevação da incidência da síndrome climatérica, com repercussões negativas para a saúde e qualidade, o que nos conduz ao direcionamento no atendimento das mulheres na pós-menopausa e à busca de tratamentos efetivos e seguros.

Os sintomas climatéricos, como ondas de calor, suores noturnos, distúrbios do sono, disfunção sexual e alterações do humor, podem deteriorar a qualidade de vida (QV) da mulher na pós-menopausa^{6,25,26}. Neste período, a diminuição dos hormônios ovarianos está implicada na gênese dos sintomas. Conde *et al*,²⁵ avaliando 81 mulheres brasileiras na pós-menopausa, observaram por meio do questionário SF-36 (*Short Form-36 Health Survey*), que sintomas como suores, palpitações, nervosismo, depressão, insônia e dispareunia afetavam negativamente a qualidade de vida dessas mulheres²⁵. Em recente estudo multicêntrico latino-americano, Chedraui *et al*²⁶ avaliaram a qualidade de vida de 8373 mulheres hispânicas com idade entre 40 a 59 anos (48,8% estavam na pós-menopausa e 14,7% faziam uso de TH). Os autores verificaram que ter mais de 49 anos, estar na pós-menopausa, usar drogas antidepressivas ou tratamentos alternativos para

menopausa e ter companheiro com disfunção sexual, foram os principais fatores que influenciaram negativamente a qualidade de vida dessas mulheres²⁶.

Na população estudada de mulheres na pós-menopausa atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, não foram observadas diferenças clínicas e sociodemográficas entre as usuárias e não usuárias de TH. Notou-se que a maioria das mulheres era casada, apenas com ensino fundamental e se ocupava dos trabalhos domésticos, independentemente da faixa de renda familiar, mostrando a homogeneidade no perfil das mulheres entrevistadas. Li *et al.*²⁷ avaliaram a influência das características sociodemográficas sobre os sintomas climatéricos e qualidade de vida, em 6917 mulheres suíças. Verificaram que a incidência de sintomas estava inversamente relacionada com idade, nível de escolaridade, atividade física, estilo de vida saudável e ausência de problemas concomitantes de saúde²⁷. No presente estudo, por tratar de uma população homogênea quanto às características clínicas e sociodemográficas, na análise dos fatores que poderiam influenciar a qualidade de vida, encontrou-se que apenas a presença de comorbidades repercutiu negativamente.

As mulheres na peri e pós-menopausa beneficiam-se de orientações e tratamentos preventivos se tiverem acesso a informações adequadas²⁸. Domm *et al.*²⁹ estudando mulheres americanas, encontraram que o nível educacional e a raça estiveram associados à habilidade da mulher em obter informações sobre a menopausa. Concluem que esses conhecimentos deveriam estar presentes em programas educacionais designados para mulheres adultas²⁹. Deeks & McCabe⁷ investigaram a saúde física e mental, por meio de questionário geral da qualidade de vida (SF-36), em 304 mulheres australianas na peri e pós-menopausa. Independentemente da idade, todas relataram que

deveriam ser positivas acerca do futuro, indicando que as mulheres percebem mudanças no papel psicossocial e que seria necessário maior conhecimento acerca da menopausa⁷. Discussões sobre a saúde geral com mulheres na pré-menopausa durante o atendimento podem aumentar seus conhecimentos sobre um processo natural da vida que é o climatério.

A pós-menopausa traduzida clinicamente por diversos sinais e sintomas de deficiência estrogênica, associada a fatores de risco prevalentes nessa fase de vida, determinam aumento da morbimortalidade decorrente de doenças crônicas, especialmente angiocardopatias e osteoporose, com freqüente comprometimento na qualidade de vida da mulher. A terapia hormonal (TH) assume papel de destaque no tratamento da sintomatologia climatérica e na prevenção das doenças crônicas estrogênio relacionadas (sistema ósseo e cardiovascular), sendo uma das medidas utilizadas para melhorar a qualidade de vida e manter a saúde^{13,14}. Entre a população de mulheres incluídas no presente estudo, 28% faziam uso de terapia hormonal há pelo menos seis meses, enquanto 72% eram não usuárias. Pinto-Neto *et al.*,³⁰ em estudo populacional na cidade de Campinas-SP, avaliaram 456 mulheres com idade entre 45 e 60 anos por intermédio de entrevistas domiciliares. Destas, apenas 19,2% (88/456) faziam uso regular de terapia hormonal, sendo que as principais características das usuárias foram estar na perimenopausa, ter maior escolaridade e melhor classe social³⁰.

Neste estudo, na avaliação dos sintomas climatéricos, observou-se que entre as usuárias de TH, 61,4% ainda relatavam a presença de sintomas climatéricos, caracterizados de intensidade leve de acordo com o escore total do Índice Menopausal de Blatt-Kupperman. Isso se deve ao fato que o índice utilizado para quantificar a

sintomatologia climatérica avalia sintomas vagos como fraqueza, zumbido, artralgia, palpitações, cefaléia, melancolia, muito comuns nesta fase da vida, mas que não expressam exclusivamente a redução dos níveis estrogênicos. Por outro lado, 62,5% das não usuárias apresentavam sintomas de intensidade moderada a acentuada expressando em geral sintomas vasomotores, as quais poderiam se beneficiar da TH. A população estudada é na sua maioria de reduzido poder aquisitivo (75% relataram renda familiar entre 2 a 3 salários mínimos), com dificuldade na aquisição da TH, a qual não se inclui entre as medicações fornecidas pelo município ou Estado.

O interesse pelo estudo da qualidade de vida por meio de instrumentos específicos tem sido crescente na literatura. Esses instrumentos de medida são apropriados para analisar a saúde de uma população ou subgrupos com variações na condição de saúde. O Questionário de Saúde da Mulher (QSM) ou *Women's Health Questionnaire*, empregado neste estudo, está aferido em termos de suas propriedades psicométricas, sendo utilizado em diversas pesquisas clínicas para monitorar as mudanças induzidas pela TH^{11,12,16,31,32}. No presente estudo, na avaliação da qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa, observou-se que a TH apresentou impacto positivo sobre alguns domínios do QSM (déficit cognitivo, sintomas vasomotores, problemas com o sono e atratividade), mas esse efeito não foi observado sobre o escore global do QSM, quando comparado as não usuárias de TH. Estes resultados estão em concordância com alguns autores que não verificaram diferenças na QV entre usuárias e não usuárias de TH^{5,20-23}. Nesta pesquisa, o grupo de mulheres avaliadas era homogêneo quanto às características clínicas e sociodemográficas, com realidades e perspectivas semelhantes, o que poderia contribuir para a semelhança entre os grupos quanto a QV geral.

Em 2008, Welton *et al.*,¹⁵ em estudo duplo-cego placebo controlado, estudaram os efeitos da TH sobre a QV em 3721 mulheres com idade entre 50 a 69 anos, randomizadas para receber estrogênios conjugados 0,625mg associado a medroxiprogesterona 2,5mg (n=1043) ou placebo (n=1087), com acompanhamento de um ano. A QV de vida foi avaliada por meio do instrumento *European Quality of Life* (EuroQol), com nove domínios muito semelhante ao QSM. Os autores observaram melhora em três componentes do questionário com o uso da TH, sintomas vasomotores, função sexual e problemas com o sono. Apesar de não encontrarem diferenças na qualidade global de vida entre as usuárias e não usuárias, concluem que a TH pode melhorar a saúde da mulher na pós-menopausa relacionada à qualidade de vida¹⁵. Esses resultados são concordantes aos demonstrados na presente investigação, em que as usuárias de TH apresentaram melhora em quatro domínios do QSM quando confrontadas com as não usuárias: déficit cognitivo, sintomas vasomotores, problemas com o sono e atratividade, sintomas esses relacionados possivelmente aos efeitos estrogênicos.

As mulheres acreditam que com o advento da menopausa há deterioração da saúde. A diminuição da auto-estima, a irritabilidade, a redução da concentração, o desconforto e as alterações do sono, todos secundários as ondas de calor e aos suores noturnos, influenciam negativamente a QV²⁸. A melhoria do bem-estar que as mulheres relatam com TH poderia resultar do alívio dos sintomas vasomotores, descrito como “efeito dominó”. Assim, para a mulher sintomática, TH pode melhorar o bem estar físico e emocional e refletir sobre a QV. Vários estudos demonstraram melhora da QV entre as usuárias de TH quando comparadas as não usuárias¹⁵⁻¹⁹. Por outro lado, se a mulher não

refere sintomas de deficiência estrogênica, mas apresenta sintomas emocionais e físicos, é improvável que melhore com a TH²².

A relação entre qualidade de vida (QV), menopausa e TH é assunto controverso; quatro fatores parecem contribuir: (1) não há consenso no conceito de QV; (2) diferenças nos instrumentos de avaliação quanto aos aspectos climatéricos; (3) diferenças demográficas e culturais entre os estudos; e (4) diferenças na definição do estado menopausal¹⁰. Em 2008, Hess *et al.*⁵ realizaram estudo objetivando determinar o impacto da TH sobre a QV durante a transição da menopausa. Das 3302 participantes (idade 42-52 anos), do estudo *Women's Health Across the Nation (SWAN)*, 813 iniciaram TH durante os seis anos de seguimento. No basal, as mulheres que subsequenteiramente iniciaram a TH apresentavam menor saúde física, sintomas climatéricos (fogachos, suores noturnos e secura vaginal) e elevado nível socioeconômico e educacional quando comparadas a não usuárias. Na análise longitudinal, mulheres que relatavam piora da saúde física e emocional (avaliada pelo questionário SF-36) tinham menor possibilidade de iniciar a TH na seqüência do seguimento. Analisando as mulheres que iniciaram a TH e relatavam piora na saúde física encontrou-se que eram de menor nível educacional e socioeconômico, mantinham sintomas climatéricos e sentimentos negativos sobre a menopausa, além da presença de maior número de co-morbidades. Os autores concluem que a piora da qualidade de vida com a progressão do tempo não aumentou a probabilidade de iniciar a TH, assim como o uso da TH não melhorou a qualidade de vida. A exceção estava nas mulheres com intensos sintomas climatéricos que reportaram melhora da vitalidade com o uso da TH⁵.

Finalmente, algumas das limitações deste estudo precisam ser discutidas. Primeiro relaciona-se à representatividade da amostra, que por tratar de um grupo de mulheres na pós-menopausa freqüentadoras de um serviço público de saúde estão em contato periódico com profissionais médicos e em cuidado permanente com a saúde geral. Segundo, como se tratou de corte transversal, houve a comparação entre dois grupos de mulheres num dado momento, melhor seria avaliar a mesma mulher ao longo do tempo, antes e após a TH. Terceiro, o índice menopausal de Blatt-Kupperman, como método para aferição dos sintomas climatéricos, embora largamente utilizado pelos ginecologistas é passível de críticas por não contemplar sintomas importantes na menopausa como urogenitais e sexuais. E por último, a utilização de questionários para avaliação da QV, como o questionário de saúde da mulher, que apesar de ser validado e específico para mulheres climatéricas, apresenta a limitação da subjetividade do instrumento, semelhantemente a qualquer outro questionário de avaliação da QV.

Em conclusão, entre as usuárias de terapia hormonal observou-se efeitos positivos sobre alguns componentes da qualidade de vida – sintomas vasomotores, sono, cognição e atratividade. Entretanto, quando avaliada a qualidade de vida global das mulheres na pós-menopausa seguidas em uma Unidade Básica de Saúde não houve diferença na comparação entre as usuárias e não usuárias de terapia hormonal. Seus resultados podem ajudar na elaboração de políticas do município para essas situações, inclusive identificando grupos que poderiam se beneficiar da TH e disponibilizar medicamentos para essas situações.

Publicação 53

Para algumas mulheres, atingir a menopausa é registro angustiante e inegável de que se está envelhecendo. A conduta médica frente a uma paciente climatérica deve ser de acolhimento. As alterações físicas, emocionais e psicossociais sentidas nesta fase de vida exigem dos médicos que atendem a esta mulher, algo além da TH. A opção pela terapêutica hormonal auxilia a mulher na pós-menopausa, aliviando os sintomas climatéricos, melhorando seu bem-estar físico e a qualidade de vida, mas para algumas mulheres não soluciona todas as inquietações e angústias e, parece não repor seu sentimento de perda muito além da falta do estrogênio. A percepção de qualidade de vida global da mulher na pós-menopausa depende mais das experiências individuais e de fatores sociais e culturais, que da biologia propriamente.

Tabela 1 – Características clínicas de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapêutica hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180).

Parâmetros	Usuárias TH (n=70)	Não Usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Idade (anos)	52,1 (50,3-58,1)	54,0 (49,8-56,0)	0,107
Idade da Menarca (anos)	13,6(12,0-14,0)	13,0 (12,0-14,0)	0,303
Paridade (nº filhos vivos)	3,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,161
Tempo de menopausa (anos)	4,0 (2,0-7,0)	5,0 (2,0-10,0)	0,114
Peso (kg)	65,0 (56,0-74,1)	67,0 (59,0-72,0)	0,521
Altura (m)	1,59 (1,53-1,63)	1,58 (1,54-1,63)	0,460
IMC (kg/m ²)	25,7 (23,3-28,8)	26,8 (23,9-29,0)	0,242
IMBK	16,5 (10,0-22,0)	22,0 (14,0-27,0)	0,003

Valores expressos em mediana e percentil 25 e 75.

IMC, índice de massa corporal; IMBK, índice menopausal de Blatt-Kupperman

* diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos (Teste de Mann-Whitney)

Tabela 2 – Distribuição percentual de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapêutica hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180), segundo características sociodemográficas.

Parâmetros	Usuárias TH (n=70)	Não Usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Estado Marital (%)			
Com companheiro	49 (70%)	119 (66,1%)	0,556 ⁽²⁾
Sem companheiro	21 (30%)	61 (33,9%)	
Escolaridade (%)			
Fundamental	59 (84,3%)	149 (82,8%)	0,819 ⁽¹⁾
Médio	7 (10,0%)	14 (7,8%)	
Superior	0 (0%)	2 (1,1%)	
Não alfabetizada	4 (5,7%)	15 (8,3%)	
Ocupação Remunerada (%)			
Sim	39 (55,7%)	78 (43,3%)	0,078 ⁽²⁾
Não	31 (44,3%)	102 (56,7%)	
Renda Familiar** (%)			
1 salário mínimo	2 (2,9%)	11 (6,1%)	0,375 ⁽¹⁾
2-3 salários mínimos	48 (68,6%)	134 (74,9%)	
4-5 salários mínimos	17 (24,3%)	29 (16,2%)	
> 5 salários mínimos	3 (4,3%)	5 (2,8%)	

Valores expressos em número e entre parênteses porcentagem. ** Salário mínimo = R\$ 450,00

* diferença significativa entre os grupos se $p < 0,05$.

⁽¹⁾ Teste exato de Fisher.

⁽²⁾ Teste do Qui-quadrado.

Tabela 3 – Distribuição percentual de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapêutica hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180), segundo as características clínicas e comportamentais.

Parâmetros		Usuárias TH(n=70)	Não Usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Hipertensão	Sim	31 (44,3%)	95 (52,8%)	0,228
	Não	39 (55,7%)	85 (47,2%)	
Diabetes	Sim	5 (7,1%)	19 (10,6%)	0,411
	Não	65 (92,9%)	161 (89,4%)	
Doença Cardiovascular	Sim	8 (11,45)	14 (7,8%)	0,360
	Não	62 (82,9%)	166 (92,2%)	
Doença Osteoarticular	Sim	21 (30,0%)	49 (27,2%)	0,661
	Não	49 (70,0%)	131 (72,8%)	
Incontinência Urinária	Sim	5 (7,1%)	19 (10,6%)	0,412
	Não	65 (92,9%)	161 (89,4%)	
Tabagismo	Sim	12 (17,1%)	39 (21,8%)	0,414
	Não	58 (82,9%)	140 (78,2%)	
Atividade Física	Sim	13 (18,6%)	21 (11,7%)	0,153
	Não	57 (81,4%)	159 (88,3%)	

Valores expressos em número e entre parênteses porcentagem.

* diferença significativa entre os grupos se $p < 0,05$ (Teste do Qui-quadrado).

Tabela 4 – Distribuição percentual de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapêutica hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180), segundo o Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK).

Parâmetros IMBK	Usuárias TH (n=70)	Não Usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Leve (< 19)	43 (61,4%)	68 (37,7%)	
Moderado (20 – 35)	26 (37,1%)	99 (55,0%)	0,001
Acentuado(> 35)	1 (1,5%)	13 (7,3%)	

Valores expressos em mediana e entre parênteses percentil 25 e 75.

IMBK, índice menopausal de Blatt-Kupperman

* diferença significativa entre os grupos se $p < 0,05$ (Teste exato de Fisher)

Tabela 5- Escores total e de cada domínio do Questionário de Saúde da Mulher (QSM) de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapia hormonal (n=70) e não usuárias (controle, n=180).

Domínios	Usuárias TH (n=70)	Não Usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Humor Deprimido	2,0 (1,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,413
Sintomas Somáticos	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0,299
Déficit cognitivo	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,8-3,0)	<0,001
Sintomas Vasomotores	1,0 (0,0-2,0)	2,0 (0,0-2,0)	0,048
Ansiedade	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,494
Função Sexual	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,572
Problemas com Sono	2,0 (1,0-3,0)	1,0 (1,0-3,0)	0,001
Problemas Menstruais	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,432
Atratividade	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,024
Escore Total	17,0 (13,0-21,0)	18,0 (13,8-22,3)	0,533

Valores expressos em mediana e entre parênteses o percentil 25 e 75

*Diferença estatisticamente significativa entre os grupos se $p < 0,05$ (Teste de Mann-Whitney).

Tabela 6 – Associação entre as características clínicas e sócio-demográficas de mulheres na pós-menopausa em relação ao escore total do Questionário de Saúde da Mulher (QSM) (n=250).

Parâmetros	Escore Total QSM	Valor de p**
Faixa etária		
40-50 anos (n=82)	17 (13-22)	0,702 ⁽¹⁾
51-60 anos (n=135)	18 (13-22)	
61-70 anos (n=33)	16 (13-21)	
Escolaridade		
Fundamental (n=208)	17,5 (13-22)	0,740 ⁽¹⁾
Médio (n=21)	14 (9,5-19,5)	
Superior (n=2)	9 (7-11)	
Não alfabetizada (n=19)	19 (15-25)	
Renda familiar		
< 1 Salário Mínimo (n=13)	20 (14-25,5)	0,237 ⁽¹⁾
2-3 Salários Mínimos (n=182)	17 (13-21,25)	
4-5 Salários Mínimos (n=46)	18 (13-22,5)	
> 5 Salários Mínimos (n=8)	15 (11-18)	
IMC		
< 25 kg/m ² (n=88)	19 (12,25-24)	0,221 ⁽¹⁾
25 a 29,9 kg/m ² (n=145)	17 (13-20)	
30 a 39,9 kg/m ² (n=16)	18,5 (13,25-22,5)	
Co-morbidades		
Sim (n=199)	18 (14-23)	< 0,001 ⁽²⁾
Não (n=52)	15,5 (10,25-18)	

* Valores expressos em mediana e entre parênteses percentil 25 e 75. IMC, Índice de Massa Corporal.

** Diferença significativa se $p < 0,05$

⁽¹⁾ Teste de Kruskal-Wallis

⁽²⁾ Teste de Mann-Whitney

Referências

1. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril* 2001;76:874-88.
 2. Blumel JE, Castelo-Branco C, Kerrigan N, Cancelo MJ, Blumel B, Haya J, et al. Influences of hormone replacement therapy on postmenopausal women's health perceptions. *Menopause* 2003;10:235-40.
 3. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res* 2003;12:405-12.
 4. Wiklund I. Methods of assessing the impact of climateric complaints on quality of life. *Maturitas* 1998;29:41-50.
 5. Hess R, Colvin A, Avis NE, et al. The impact of hormone therapy on health-related quality of life: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause* 2008;15:422-8.
 6. Van Der Mooren MJ, Kenemans P. Postmenopausal hormone therapy: impact on menopause-related symptoms, chronic disease and quality of life. *Drugs* 2004;64:821-36.
 7. Deeks AA, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Qual Life Res* 2004;13:389-98.
 8. OMS.- The World Health Organization: quality of life assessment. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
 9. Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. *RBGO* 2008;30:535-6.
-

10. Zöllner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res* 2005;14:309-27.
 11. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health* 1992;7:45-54.
 12. Silva-Filho CR, Bartact EC, Conterno LD, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Saude Publica* 2005;39:333-9.
 13. NAMS – Position Statement. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position and statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2008;15:584-602.
 14. Rymer J, Wilson R, Ballard K. Making decisions about hormone replacement therapy. *BMJ* 2003;326:322-6.
 15. Welton AJ, Vickers MR, Kim J, et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ* 2008;337:a1190.
 16. Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C, et al. Validation of Italian version of the Women's Health Questionnaire: assessment of quality of life of women from the general population and those attending menopause centers. *Climacteric* 2002;51:70-7.
 17. Heikkinen J, Vaheri R, Timonen U. A 10-year follow-up of postmenopausal women on long-term continuous combined hormone replacement therapy: Update of safety and quality of life findings. *J Br Menopause Soc* 2006;12:115-25.
-

18. Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinouadaki IV, et al. Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: association with hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:660-8.
 19. Smith AJ, Hall DR, Grove D. Postmenopausal hormone therapy and quality of life. *Int J Gynecol Obstet* 2006;95:267-71.
 20. Haines CJ, Yim SF, Lam CW, Lau EW, Ng MH, Chin R, et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas* 2003;44:207-14.
 21. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003;8:1835-7.
 22. Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto-Neto AM, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. *Rev Assoc Med Bras* 2005;51:1-12.
 23. Evio S, Pekkarinen T, Sintonen H, Tiitinen A, Valmaki MJ. The effect of hormone therapy on the health related quality of life in elderly women. *Maturitas* 2007;56:122-8.
 24. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas* 1998;29:19-24.
 25. Conde DM, Pinto-Neto AM, Santos-As D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:441-8.
-

26. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicenter Latin American study. *Maturitas* 2008;61:323-9.
 27. Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1646-53.
 28. Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathe-Hart M, Salado W. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. *J Am Acad Nurse Pract* 2007;19:602–13.
 29. Domm JA, Parker EE, Reed GW, German DC, Eisenberg E. Factors affecting access to menopause information. *Menopause* 2000;7:62-7.
 30. Pinto Neto AM, Pedro AO, Hardy E, Osis MJD, Costa-Paiva LHS, Martinez EZ. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2002;18:121-7.
 31. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Bevilacqua G, et al. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. *Maturitas* 2003;44:157-63.
 32. Nijland EA, Weijmar –Schultz WC, Davis SR. Effects of tibolone and raloxifene on health-related quality of life and sexual function. *Maturitas* 2007;58:164-73.
-

4. Conclusões

Na casuística estudada, de mulheres na pós-menopausa atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Franca-SP:

- Quando avaliada a qualidade de vida global, não houve diferença na comparação entre as mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal.
 - Entre as usuárias de terapia hormonal observaram-se menores sintomas vasomotores e problemas com o sono, cognição e atratividade, o que repercutiu com melhora na qualidade de vida.
 - A presença de co-morbidades influenciou negativamente a qualidade de vida, enquanto que faixa etária, renda familiar, escolaridade e índice de massa corpórea não repercutiram sobre a qualidade de vida.
-

5. Referências Bibliográficas

1. IBGE. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br/>
 2. Datasus. Home page: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
 3. Pinto-Neto AM, Paiva LHSC, Fonsechi-Carvasan GA. Climatério: Epidemiologia. In: Fernandes CE. Menopausa, Diagnóstico e Tratamento. 1ª ed., São Paulo:Editora Segmento; 2003. p. 21-9.
 4. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Publica 1998;14 (suppl. 1):25-32.
 5. Costa AM. Atenção Integral à saúde das mulheres: Quo Vadis? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da saúde, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2004.
 6. Almeida AB. Reavaliando o climatério: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo. Atheneu; 2003.
 7. Deeks AA, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. Qual Life Res 2004;13:389-98.
 8. OMS – Organização Mundial da Saúde. WHO Scientific Group. Research on the Menopause in the 1990s. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1996.
 9. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). Fertil Steril 2001;76:874-88.
-

10. Fonseca AM, Hegg R, Guarnieri Neto C, Melo NR, Filasi JR, Salvatore CA. Climatério. Aspectos epidemiológicos e clínicos. Rev Br Clin Terap 1985;14:389-93.
 11. Gold EB, Bromberger J, Crawford S, Samuels S, Gendale GA, Harlow SD, et al. Factors associated with age at natural menopause in a multiethnic sample of midlife women. Am J Epidemiol 2001;153:865-74.
 12. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Menopausa e Terapia Hormonal Pós-menopausa. In:_____. Endocrinologia Ginecológica, Clínica e Infertilidade. 5. ed. São Paulo: Manole, 1995. p. 615.
 13. Jaffe RB. The menopause and perimenopausal period. In: Yen S, Jaffe RB. Reproductive Endocrinology. Philadelphia: WB Saunders Company; 1991. Cap. 14, pp. 406-23.
 14. Lobo RA. Benefits and risks of estrogen replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 1995; 73:982-90.
 15. Blumel JE, Castelo-Branco C, Kerrigan N, Cancelo MJ, Blumel B, Haya J, et al. Influences of hormone replacement therapy on postmenopausal women's health perceptions. Menopause 2003;10:235-40.
 16. Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. Qual Life Res 2003;12:405-12.
 17. Wiklund I. Methods of assessing the impact of climateric complaints on quality of life. Maturitas 1998;29:41-50.
 18. Haines CJ, Yim SF, Lam CW, Lau EW, Ng MH, Chin R, et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on
-

- menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas* 2003;44:207-14.
19. Busch H, Barth-Olofsson AS, Rosenhagen S, Collins A. Menopausal transition and psychological development. *Menopause* 2003;10:179-87.
20. Van Der Mooren MJ, Kenemans P. Postmenopausal hormone therapy: impact on menopause-related symptoms, chronic disease and quality of life. *Drugs* 2004;64:821-36.
21. Melo NR, Pompei LM. Síndrome do Climatério. *RBM* 2002;59:52-4.
22. Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evolution of estrogenic preparations of by the menopausal and amenorrheal indices. *Endocrinology* 1953;13:686-703.
23. Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas* 1998;29:19-24.
24. OMS.- The World Health Organization: quality of life assessment. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
25. Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health* 1992;7:45-54.
26. Wiklund I, Karlberg J, Mattson LA. Quality of life during transdermal oestradiol therapy in postmenopausal women. A double –blind, placebo-controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:824-30.
27. Limouzin-Lamothe MA, Mairon N, Joyce CRB, Le Gal M. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:618-24
-

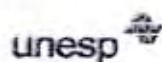
28. Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C, et al. Validation of Italian version of the Women's Health Questionnaire: assessment of quality of life of women from the general population and those attending menopause centers. *Climacteric* 2002;51:70-7.
 29. Silva-Filho CR. Qualidade de vida no climatério. Dissertação apresentada a Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Mestre. São Paulo, 1998.
 30. Silva-Filho CR, Bartact EC, Conterno LD, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Saude Publica* 2005;39:333-9.
 31. Wiklund I, Holst J, Karlberg J, Mattson LA, Samsione G, Sandin K, et al. A new methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women. *Maturitas* 1992;14:211-24.
 32. Hilditch JR, Lewis J, Peter A. A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas* 1996;24:161-75.
 33. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Beher HM. The Menopause Rating Scale (MRS): comparison with Kupperman index and quality-of-life scale SF-36. *Climacteric* 2000;3:50-8.
 34. Hunter MS. The Women's Health Questionnaire (WHQ): frequently asked questions. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:41-9.
 35. Chedraui P, Blumel JE, Baron G, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicenter Latin American study. *Maturitas* 2008;61:323-9.
-

36. Conde DM, Pinto-Neto AM, Santos-As D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:441-8.
 37. Mello-Filho J. Psicossomática hoje. In:..... Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992. pp. 19-384.
 38. Rymer J, Wilson R, Ballard K. Making decisions about hormone replacement therapy. *BMJ* 2003;326:322-6.
 39. NAMS – Position Statement. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position and statement of the North American Menopause Society. *Menopause* 2008;15:584-602.
 40. Biscup P. Risks and benefits of long-term hormone replacement therapy. *Am J Health Syst Pharm* 2003;60:1419-25.
 41. Hersh AL, Stefanick ML, Stafford RS. National use of postmenopausal hormone therapy: annual trends and response to recent evidence. *JAMA* 2004;291:104-6.
 42. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003;8:1835-7.
 43. WHI - Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women. *JAMA* 2002;288:321-33.
 44. Karlberg J, Mattson LA, Wiklund I. A quality of life perspective on who benefits from estradiol replacement therapy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995;74:367-72.
-

45. Bech P, Munk-Jensen N, Obel EB, Ulrich LG, Eiken P, Nielsen SP. Combined versus sequential hormonal replacement therapy: a double-blind, placebo-controlled study on quality of life-related outcome measures. *Psychother Psychosom* 1998;67:259-65.
 46. Gelfand MM, Moreau M, Ayotte NJ, Hilditch JR, Wong BA, Lau CY. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone replacement therapy: a placebo-controlled study. *Menopause* 2003;10:29-36.
 47. Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinouadaki IV, et al. Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: association with hormone therapy. *Gynecol Endocrinol* 2006;22:660-8.
 48. Smith AJ, Hall DR, Grove D. Postmenopausal hormone therapy and quality of life. *Int J Gynecol Obstet* 2006;95:267-71.
 49. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Bevilacqua G, et al. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. *Maturitas* 2003;44:157-63.
 50. Heikkinen J, Vaheri R, Timonen U. A 10-year follow-up of postmenopausal women on long-term continuous combined hormone replacement therapy: Update of safety and quality of life findings. *J Br Menopause Soc* 2006;12:115-25.
 51. Freedman MA. Quality of life and menopause: the role of estrogen. *J Womens Health* 2002;11:703-18.
-

6. Anexos

Anexo 1 – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Júnior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 13.018-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
Abril de 1997

Botucatu, 07 de agosto de 2.007

OF. 155/2007-CEP

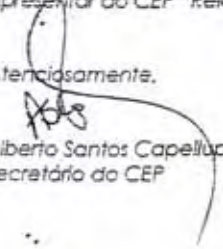
Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Eliana Aguiar Petri Nahas
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Eliana,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa usuária e não usuária de terapia hormonal em Unidade Básica de Saúde de Franca-SP", a ser conduzido por Marcelo A. D. Martins, orientado por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 06/08/2007.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informada, concordo em participar do estudo “*Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de terapia hormonal em Unidade Básica de Saúde de Franca-SP*”, que realizado sobre a responsabilidade do Dr. Marcelo Antônio Domingos Martins.

Fui informada de que o objetivo da pesquisa é conhecer como vivem as mulheres na menopausa e de que como o tratamento hormonal pode influenciar. Entendo que minha participação será apenas de responder a questionário. Estou ciente de que minhas respostas são confidenciais e de que apenas dados coletivos serão divulgados em publicações científicas, sem identificação da minha pessoa.

Estou ciente que o pesquisador responsável estará disponível para responder a quaisquer perguntas, de que minha participação é voluntária e de que tenho o direito de receber informações adicionais sobre o estudo. Fui informada que posso retirar-me deste estudo, sem prejuízos de cuidados médicos. Caso não me sinta satisfeita poderei entrar em contato com o médico responsável pela pesquisa.

Declaro ter lido e compreendido este consentimento, na qual me foram informados os dados importantes sobre este estudo. Foi me oferecida ampla oportunidade de fazer perguntas e recebi respostas que me satisfizeram totalmente. Estou ciente de que este

consentimento será produzido em duas vias de igual teor, de forma que uma será entregue a mim e outra será arquivada pelo pesquisador.

Data:

Assinatura da paciente

Assinatura do responsável pelo consentimento

Pesquisador responsável:

Dr. Marcelo Antônio Domingos Martins

Endereço: Rua Chile, 1407- Jardim Consolação - Franca – SP

Fones: (16) 9227-2700 – (16) 37028210.

email: drmartins@netsite.com.br

Anexo 3- Índice Menopausal de Blatt-Kupperman (IMBK).

Tipos dos sintomas	Leves	Moderados	Severos
Vasomotores	4	8	12
Parestesias	2	4	6
Insônia	2	4	6
Nervosismo	2	4	6
Melancolia	1	2	3
Vertigem	1	2	3
Fraqueza	1	2	3
Artralg. e/ou mialg	1	2	3
Cefaléia	1	2	3
Palpitações	1	2	3
Formigamento	1	2	3
Total			

Leve: <19

Moderado: de 20 a 35

Severos: > 35

Anexo 4 – Ficha de Anamnese Clínica e Socio-demográfica

REGISTRO UBS: Data: / /

Nome:

Endereço:

Telefone: Cidade:

Data de Nascimento: / / Estado Civil:.....

Grau de escolaridade: Profissão:.....

Cor: Peso: Altura: IMC:

G.....P.....A..... PA:

Renda Familiar: Número de dependentes:

Tabagista? Tempo/Quantidade :

Idade: Menarca:

Idade da Menopausa: Fisiológica () Cirúrgica ()

Terapia Hormonal: não () sim () Qual?.....

Tempo de TRH:.....

Época de início dos sintomas climatéricos em relação à idade da menopausa fisiológica?

.....

Sintomas: Quais?

Vasomotores () Palpitação ()

Dor nas mamas () Cefaléia ()

Nervosismo () Tonturas ()

Formigamento () Insônia ()

Angústia	()	Mialgia	()
Dores articulares	()	Dores abdominais	()
Dispareunia	()	Queixas urinárias	()
Cansaço	()	Outros	()

Doenças Associadas :

Hipertensão arterial	()	Diabetes Mellitus	()
Doença cardiovascular	()	Doença osteoarticular	()
Incontinência urinária	()	Prolapso genital	()
Hipotireoidismo	()	Afecção Gastrointestinal	()
Doença Pulmonar	()	Litíase Biliar	()
Patologia Mamária	()	Distúrbio Psiquiátrico	()
Outros	()		

Anexo 5 - O Questionário da saúde da mulher (WHQ)

Indique como você está se sentindo agora ou como você tem se sentido nesses últimos dias, marcando, com uma cruz, o espaço com sua resposta a cada um dos itens a seguir:

	Sim, sem Dúvida (4)	Sim, às vezes (3)	Rara mente (2)	Não, de jeito nenhum (1)
1- Acordo de madrugada e aí durmo mal o resto da noite.	()	()	()	()
2- Fico com muito medo ou apavorada sem nenhum motivo aparente.	()	()	()	()
3- Sinto-me triste e infeliz.	()	()	()	()
4- Fico angustiada quando saio de casa sozinha.	()	()	()	()
5- Perdi o interesse pelas coisas.	()	()	()	()
6- Sinto batadeiras (palpitações) ou a sensação de frio na barriga ou no peito.	()	()	()	()
7- Ainda gosto das coisas das quais gostava antes.	()	()	()	()
8- Acho que a vida não vale a pena.	()	()	()	()
9- Sinto-me nervosa ou agitada.	()	()	()	()
10- Tenho um bom apetite.	()	()	()	()
11- Sinto-me inquieta e não consigo ficar parada.	()	()	()	()
12- Estou mais irritada que o normal.	()	()	()	()
13- Ficar velha me preocupa.	()	()	()	()
14- Sinto dores de cabeça.	()	()	()	()

15- Sinto-me mais cansada que o normal.	()	()	()	()
16- Tenho tonturas.	()	()	()	()
17- Meus seios estão doloridos ou me incomodam.	()	()	()	()
18- Sinto dor nas costas ou nos braços e pernas.	()	()	()	()
19- Tenho ondas de calor.	()	()	()	()
20- Estou mais atrapalhada (desastrada) que o normal.	()	()	()	()
21- Sinto-me bastante animada e excitada.	()	()	()	()
22- Tenho desconforto ou cólicas na barriga.	()	()	()	()
23- Sinto-me enjoada ou com vontade de vomitar.	()	()	()	()
24- Perdi o interesse pela vida sexual.	()	()	()	()
25- Tenho sensação de bem estar.	()	()	()	()
26- Sangro muito nas minhas menstruações.	()	()	()	()
27- Tenho suores à noite.	()	()	()	()
28- Sinto o estômago inchado (empachado)	()	()	()	()
29- Tenho dificuldades de pegar no sono.	()	()	()	()
30- Sinto formigamento e agulhadas nos meus pés e nas minhas mãos.	()	()	()	()
31- Estou satisfeita com a minha vida sexual	()	()	()	()

- | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 32- Sinto-me fisicamente atraente. | () | () | () | () |
| 33- Tenho dificuldade de concentração. | () | () | () | () |
| 34- Minhas relações sexuais
incomodam, porque minha vagina
está seca. | () | () | () | () |
| 35- Tenho que urinar mais vezes que o
Normal. | () | () | () | () |
| 36- Minha memória está ruim. | () | () | () | () |

Total_____
