

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

JÉSSICA STEFFANY MIRANDA

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE PROMISSÃO/SP

Botucatu

2013

JÉSSICA STEFFANY MIRANDA

**QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE PROMISSÃO/SP**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” para a obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Prática de Enfermagem.

Orientadora:

Profª Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira.

Botucatu

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO PARA FINS DE ESTUDOS E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

ASSINTURA: _____ DATA: 25/02/2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Miranda, Jéssica Steffany.

Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na atenção básica de Promissão / SP / Jéssica Steffany Miranda. – Botucatu : [s.n.], 2012

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

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Capes: 50501038

1. Mulheres. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Climatério. 4. Qualidade de vida. 5. Menopausa – Hormonoterapia.

Palavras-chave: Atenção primária; Climatério; Qualidade de vida.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Jéssica Steffany Miranda

Título: QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO
ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE PROMISSÃO/SP

Dissertação apresentada à
Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho” para obtenção
do título de mestre.

Aprovado em: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos amores da minha vida, que dão sentido às horas em que transcorrem minha existência.

Às mulheres, objeto grandioso deste estudo.



AGRADECIMENTO ESPECIAL

A minha orientadora, por todo compartilhamento, instrução e experiência. Aos momentos de orientação e discernimento.

Não é possível caminhar sem direção...

*Obrigada pela confiança e por acreditar na capacidade de desenvolvimento deste trabalho.
Obrigada pela oportunidade de estar contigo.*

*Ainda, ao Prof. Dr. José Eduardo Corrente, pela indispensável e primorosa análise estatística.
Muito obrigada pela contribuição e apoio.*

AGRADECIMENTOS

Pela eternidade que vislumbra meus olhos, meus agradecimentos insuficientes a Deus. Pela vida, pela história que construímos, pelos passos que me são guiados, pelo todo e por tudo que me é oferecido.

Aos meus pais, Ângela e Valdir, que me impulsionam, que torcem e oram por mim diariamente. A eles, o meu mais profundo agradecimento. A eles, a minha vida se preciso for.

A minha família, que almeja minha vitória. A todos eles, obrigada.

Ao Rodimar, amor que descobri nos seus olhos e sorriso. Por toda torcida e ajuda. Amor é atitude e em você ele se concretiza.

A minha amiga Aliene, a quem sempre terei que agradecer. Obrigada, minha irmã. Você é fundamental na minha vida.

À Prefeitura de Promissão, especialmente à secretária da saúde Maria Antonieta Gasparini em exercício, por viabilizar essa pesquisa, sendo sensível à relevância do estudo e ao meu empenho enquanto pesquisadora.

À Unidade Casa de Saúde da Mulher, por favorecer, com os ginecologistas parceiros, o andamento da pesquisa. Aos ginecologistas e à enfermeira responsável, muito obrigada.

Aos Agentes Comunitários de Saúde com os quais eu trabalho. Agradeço por todo apoio na pesquisa. Vocês são indispensáveis na construção do SUS. Apoderem-se disso.

Às voluntárias desta pesquisa. Obrigada pelo desprendimento e obrigada por oferecer sentido aos números aqui expressos.

"A qualidade é a quantidade de amanhã".

Henri Bergson

MIRANDA JS. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na atenção básica de promissão/SP. [Dissertação de Mestrado]. Botucatu: Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP; 2012.

RESUMO

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é atualmente equivalente ao período de vida reprodutiva. A presente pesquisa objetivou avaliar a qualidade de vida das mulheres do município de Promissão/SP que estão passando por essa fase, com ou sem uso da terapia de reposição hormonal. Tratou-se de um estudo epidemiológico longitudinal, com amostra de 99 mulheres para cada grupo. Avaliaram-se as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Aplicou-se Menopause Rating Scale (MRS) para avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos, e o questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) para avaliação da qualidade de vida. Na análise dos dados utilizaram-se os testes t de Student, Qui-quadrado e Tukey. As usuárias de TRH apresentaram média etária de $50,76 \pm 3,63$ anos e as não usuárias de $48,95 \pm 6,27$ anos ($p=0,01$). Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao estado marital ($p<0,001$). As usuárias relataram maior frequência de sintomas climatéricos de intensidade leve a moderada. Dos oito domínios de qualidade de vida avaliados, apenas aspectos sociais apresentou escore abaixo de 50 para os dois grupos. Destaca-se o domínio dor com escores por volta de 60. Fenômenos vasomotores com escores também acima de 50 para o MRS foram evidenciados. Houve diferenças entre os grupos em relação aos componentes do SF-36 e MRS para estado geral de saúde, capacidade funcional, menor capacidade, depressão, insônia e fenômenos vasomotores. As mulheres usuárias e não usuárias de TRH apresentaram boa qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Climatério. Atenção primária.

MIRANDA JS. Quality of life in climacterium women answered in primary care of Promissão/SP. [Master's Degree Dissertation]. Botucatu: Medicine School at Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"- UNESP; 2012.

ABSTRACT

The comprehensive care to women's health requires assistance in all phases of his life. The climacteric, it comprises a relatively long period of woman's life, deserves increased attention from society because life expectancy after menopause is currently equivalent to the period of reproductive life. This study aimed to evaluate the quality of life of women in the municipality of Promissão/SP who are going through this phase with or without use of hormone replacement therapy (HRT). This was a longitudinal epidemiological study with a sample of 99 women in each group. We evaluated the sociodemographic, clinical and behavioral. Applied Menopause Rating Scale (MRS) to assess the intensity of climacteric symptoms and the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) to assess quality of life. In the data analysis used the Student t test, chi-square and Tukey. HRT users had a mean age of 50.76 ± 3.63 years and nonusers of 48.95 ± 6.27 years ($p = 0.01$). There was no statistically significant difference in marital status ($p = <0.001$). Users reported a higher frequency of climacteric symptoms of mild to moderate intensity. Of the eight domains of quality of life assessed only social scored below 50 for the two groups. It stands out with the pain domain scores around 60. Vasomotor phenomena also with scores above 50 were shown to MRS. There were differences between the groups in relation to the components of the SF-36 and MRS to general health, functional capacity, lower capacity, depression, insomnia and vasomotor phenomena. Women users and nonusers of HRT had good quality of life.

KEY-WORDS: Quality of Life. Climateric. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população feminina segundo faixa etária no município de Promissão/SP	40
Tabela 2 – Caracterização dos grupos segundo idade, cor e nível de escolaridade (n=99).....	49
Tabela 3 - Distribuição das comorbidades nos grupos estudados (n=99).....	50
Tabela 4 – Distribuição dos grupos segundo estado marital e presença de parceiro sexual (n=99)	50
Tabela 5 – Distribuição nos grupos estudados dos hábitos de vida (n=99).....	51
Tabela 6 – Características ginecológicas nos grupos (n=99).....	52
Tabela 7 – Qualidade de vida geral e específica para os sintomas climatéricos nos grupos estudados nos tempos 0 e 6 (n=99)	54
Tabela 8 – Comparação entre cor e variáveis do SF-36 e MRS dos grupos estudados (n=99).....	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Evidências científicas nas indicações e contraindicações da TRH 31

Quadro 2 – Evidências científicas sobre a TRH e benefícios 32

Quadro 3 – Valores para cálculos dos domínios do SF-36 45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percorso do estudo	42
--	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1ºM	Primeiro Momento
2ºM	Segundo Momento
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
MRS	Menopause Rating Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
SF-36	Short Form Health Survey Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	26
3.1	QUALIDADE DE VIDA.....	26
3.2	QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO.....	28
3.2.1	Climatério e Menopausa – Características.....	28
3.2.1.1	Terapia de reposição hormonal na atualidade	29
3.2.2	A mulher climatérica no SUS	32
3.3	QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	34
4	MÉTODO	39
4.1	TIPO DE PESQUISA	39
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO, LOCAL E AMOSTRA.....	39
4.2.1	Critérios de inclusão	40
4.2.2	Critérios de exclusão.....	40
4.2.3	Critérios de acompanhamento	40
4.3	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	42
4.3.1	Formulário de entrevista.....	43
4.3.2	Short-Form Health Survey (SF-36)	43

4.3.3 Escala de Avaliação da Menopausa – Menopause Rating Scale (MRS)	45
4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS.....	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	49
5.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	52
6 DISCUSSÃO.....	57
7 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE 1 FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICO	72
ANEXO A APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	74
ANEXO B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO C ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MENOPAUSA – MRS.....	76
ANEXO D SHORT-FORM HEALTH SURVEY (SF-36)	77
ANEXO E AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	80
ANEXO F TERMO DE COMPROMISSO 1.....	81
ANEXO G TERMO DE COMPROMISSO 2	82



Apresentação

APRESENTAÇÃO

Numa descrição e afirmativa quase que incompreensível, sempre desejei estudar e ser alguém que estivesse envolvido com questões de saúde. Vi-me, aos 17 anos, no ano de 2006, matriculada numa faculdade de enfermagem.

Quatro anos se passaram e só no segundo destes é que soube, de fato, quem eu seria neste âmbito das profissões de saúde, e para que meus conhecimentos serviriam. Não sei se tarde amei tais designações, não sei se cedo demais apaixonei. Enfim, na concordância da rima que cabe-me nesta apresentação, elucidei minhas convicções.

Aos 21 anos, enfermeira. Aos 21 anos, enfermeira da atenção primária do município que me gerou - Promissão. Aos 22 anos, mestrandia do programa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” que vislumbrei.

Em minha prática profissional, encanta-me sempre a percepção que tenho e faço-me ter de como as pessoas vivem e como se dá o bom desempenho neste desafio da vida. Quanto à mulher em específico, gênero propulsor, geradora da vida, faz-me querer saber quais suas angústias e desejos.

Centrada na ciência, ansiosa por respostas desta mesma, quis, após verificar o cenário vivido pela mulher menopausada e a incipiência de atenção à mesma que sofre com as alterações hormonais, e não só, como as sociais, familiares, psicológicas advindas do seu envelhecimento - suas mudanças cronológicas - quis desenvolver a pesquisa de intervenção de forma sistemática. Assim resolvi, ao verificar que o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher ainda é um cuidado fragmentado, medicalizado, institucionalizado, e pouco resolutivo; e isso não é privilégio do município aqui em estudo, mas notoriamente, do Brasil e do mundo.

Optei pelo método quantitativo, instrumentalizado e validado. A possibilidade de correlações entre fatores e efeitos me chamou a atenção para este desenvolvimento casuístico.

Quero conhecer a mulher, especialmente a que caminha para a senescência, especialmente a que guarda em si as possíveis dores caladas de um período que precisa ser desvelado quanto à necessidade de intervenção multifatorial.

Com esta proposta, ainda que na evidencialidade dos números, que as conjunturas e especificidades aqui apresentadas possam, nas particularidades que cabem a este estudo, sanar problemas que conhecemos causas, instigar para a busca de soluções para outros que não conhecemos, e transformar a prática de atenção à mulher climatérica na atenção primária, em especial no município em questão. Espero, que como numa concepção infértil de estrógenos, mas fértil de experiências, se possa contribuir para desvelar e melhorar a qualidade de vida neste gênero.



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. São as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento ou acompanhando seus familiares, representando 50,77% da população brasileira ⁽²⁾.

Os idosos brasileiros, principalmente as mulheres, são hoje um segmento populacional cada vez mais visível na sociedade brasileira, não só porque são mais numerosas, mas porque têm se envolvido na conquista de um espaço na sociedade e de uma boa qualidade de vida na velhice ⁽²⁾.

Por isso, a vivência do climatério pelas mulheres está cada vez mais presente, e demanda estratégias que melhorem a qualidade de vida nesse período. O período etário aceito em que a mulher poderá experimentar os sintomas associados ao climatério é a partir dos 40 anos. Aproximadamente 5090 mulheres em Promissão/SP estão sob o risco de experimentar a sintomatologia e os efeitos decorrentes da deficiência estrogênica. No estado de São Paulo são 6.204.722 ⁽⁴⁾.

A Atenção Integral à Saúde da Mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é atualmente equivalente ao período de vida reprodutiva ⁽¹⁾.

Assim, considera-se o climatério como uma fase da vida biológica da mulher que representa a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo ⁽⁵⁾ e não um processo patológico ⁽⁶⁾. O termo climatério vem do grego Klimacton ou Klimakter, cujo significado é degrau ou crise ⁽⁷⁾. A menopausa é definida como a última menstruação. O climatério é caracterizado por mudanças endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana, mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade, e mudanças clínicas consequentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas ⁽⁸⁾.

Nas últimas décadas há referências da universalidade dos sintomas climatéricos, apesar deles sofrerem influências de características sociodemográficas, como por exemplo, a raça. A transição climatérica é um fenômeno cultural

extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também consequências para a saúde em longo prazo. Nessas circunstâncias, a menopausa representa um sinal cronológico importante no ciclo da vida e um evento fisiológico a ser considerado sob uma perspectiva médica⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a utilização dos termos: “menopausa natural” para o evento da parada permanente da menstruação, que é resultante da perda da atividade folicular dos ovários e só é reconhecido retrospectivamente após um ano de amenorreia, sem outra causa patológica ou psicológica; “perimenopausa” ou “climatério”, para o período em que surgem as irregularidades menstruais e queixas vasomotoras, que antecedem a menopausa e vão até o primeiro ano seguinte a ela; “transição menopáusica” é o termo relacionado ao que na prática equivale a perimenopausa; “pré-menopausa” é o período total reprodutivo, anterior à menopausa; “pós-menopausa” corresponde ao período após o evento da menopausa, independente de a menopausa ter sido natural ou induzida e se prolonga até uma idade avançada. Compreende-se que esse limite se dê por meio da homeostase hormonal que ocorre na velhice, quando a carência estrogênica fica compensada pela perda progressiva dos receptores estrogênicos^(10,11).

O diagnóstico do climatério é predominantemente clínico, baseado na faixa etária, no padrão menstrual alterado e manifestações climatéricas. No entanto para avaliação quantitativa do climatério, alguns índices, denominados de índices menopausais, foram criados e todos têm como princípio a somatória ponderal das manifestações climatéricas; também são utilizados para a realização de protocolos de pesquisa para comparação de tratamentos⁽¹²⁾.

Nos últimos anos, têm surgido indagações sobre se os sintomas climatéricos e a tendência ao comprometimento intenso ou não da qualidade de vida no climatério, além do hipoestrogenismo, se não estariam associados também a fatores psicossociais e culturais relacionados ao processo de envelhecimento ou, então, pela interação destes⁽¹³⁾. Atualmente a hipótese é de que qualidade de vida no climatério seria influenciada tanto pela presença dos sintomas decorrentes do declínio estrogênico, como por fatores psicossociais e culturais ligados ao próprio processo de envelhecimento^(14,13). Assim, frente à complexidade da síndrome climatérica e dos

seus possíveis reflexos na qualidade de vida feminina, tem sido proposta uma nova abordagem, destacando a importância de uma escuta qualificada paralela às intervenções clínicas necessárias, de forma a permitir maior compreensão do processo crítico existencial envolvido, onde aspectos psicológicos relacionados ao envelhecer se mesclam com aqueles resultantes do esgotamento hormonal ^(14,16).

Portanto, faz-se necessária a pesquisa sobre qualidade de vida em mulheres climatéricas, de forma a evidenciar as implicações e fomentar a instituição da terapêutica mais adequada no sistema de saúde brasileiro.



Objetivos

2 OBJETIVOS

Para que a hipótese de que a qualidade de vida em mulheres climatéricas é afetada positivamente pela Terapia de Reposição Hormonal (TRH) seja confirmada, foram traçados os objetivos seguintes.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida de mulheres na fase do climatério atendidas na atenção primária à saúde do município de Promissão/SP, com e sem TRH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográfica, comportamental e clinicamente a amostra estudada.
- Identificar sintomas climatéricos.
- Comparar a qualidade de vida e sintomas do climatério de mulheres atendidas na atenção primária à saúde do município de Promissão/SP nos dois grupos do estudo – com uso de Terapia de Reposição Hormonal e sem uso de Terapia de Reposição Hormonal.
- Comparar a qualidade de vida e sintomas do climatério no mesmo grupo estudado nos dois momentos de aplicação dos instrumentos.
- Comparar a qualidade de vida dos dois grupos de estudo com as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas dos mesmos.
- Servir de medida auxiliar para o desenvolvimento de estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida das mulheres no período do climatério.



Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

Definitivamente, a qualidade de vida não é um simples modismo ou uma corrente atual de pensamento e pesquisa tão somente. Muito pelo contrário, ela se constitui em um dos objetivos a ser alcançado no presente estágio de desenvolvimento da humanidade. O prolongamento da vida é, de fato, cada vez menos um desafio técnico para a ciência; nesta perspectiva, cada vez mais, valoriza-se a qualidade de vida, em detrimento do aumento do tempo de vida, em condição limitada ou incapacitada.

Assim, Qualidade de Vida (QV), segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é “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”⁽²³⁾. 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, socioculturais e espirituais⁽²⁴⁾. Assim, a qualidade de vida é a sensação íntima de bem-estar e conforto, felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da família, do trabalho e dos valores da comunidade à qual um indivíduo pertence.

Por definição, então, QV é um parâmetro, de fato, subjetivo e o questionamento direto é caminho simples e apropriado para obter informações a respeito dos sintomas e sensações. Particularmente no campo das ciências da saúde, o respeito à multidimensionalidade e subjetividade da QV avançaram para além de avaliações demasiadamente restritas sobre a situação de saúde do indivíduo⁽²⁵⁾.

As pesquisas em temas relacionados a percepção subjetiva de satisfação iniciaram-se na literatura internacional. Seguiram as pesquisas em felicidade, determinando desde então que tal conceito compunha-se de dimensões positivas e

negativas, sendo importantes determinantes não somente a presença da primeira, mas também a ausência da última.

Ademais, toda a evolução do estado de bem estar social instigou pesquisas que abordassem indicadores de bem-estar, em especial em relação à qualidade do trabalho, vida familiar e lazer, criando um arcabouço do que viria a constituir pontos de interesse da pesquisa em qualidade de vida.

Outro momento científico que acarretou reflexão foi a publicação, em 1948, do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde. Neste, a saúde é definida como “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença e enfermidade”, evidenciando o caráter subjetivo existente no conceito e vivência da saúde ⁽²⁶⁾.

Só a partir da década de 1990, a avaliação de resultados de intervenções em saúde através do ponto de vista do paciente cresceu em importância. Ultimamente, a avaliação subjetiva dos resultados de intervenções médicas por parte dos pacientes a elas submetidas (chamada Patient Reported Outcomes) passou a ser parâmetro fundamental. Como exemplo de tal importância, a Food and Drug Administration (órgão norte-americano responsável pela regulamentação e aprovação de intervenções na área da saúde) exige que os estudos de eficácia e eficiência de intervenções incluam alguma medida de desfecho realizada a partir de pacientes (além das clássicas medidas de redução de sintomatologia e morbimortalidade). Deste modo, a tendência de valorização subjetiva dos pacientes passou a ter maior relevância no contexto científico, o que também viria a provocar impacto na conceituação teórica do construto qualidade de vida ⁽²⁷⁾.

Assim, a importância da valorização da percepção subjetiva e não somente de parâmetros exclusivamente objetivos, bem como a necessidade de ampliar o espectro de investigação na área da saúde para além de aspectos unicamente clínicos e focados em doença e sintomas, compuseram o panorama científico de onde emergiu o conceito de qualidade de vida e suas diferentes definições e utilizações.

3.2 QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA

3.2.1 Climatério e Menopausa – Características

O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher. Muitas passam por essa fase sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando a promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos.

Pela história, múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa. A crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, embora muito antiga, persistiu em nossos tempos. Dados atuais têm mostrado que o aumento dos sintomas e problemas da mulher neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa ⁽¹⁾.

O fato de o climatério ser caracterizado por mudanças biológicas, psíquicas e sociais talvez induza a associá-lo com doença. E é justamente nesta fase que as mulheres são mais medicadas com psicotrópicos em demasia.

Esta inter-relação de aspectos biopsicossociais que abarca o climatério tem apontado para a importância da participação de mulheres em grupos terapêuticos de caráter psicoeducativo. Ouvir outras mulheres que vivenciam problemas tão semelhantes aos seus, pode contribuir para que se compreenda melhor o processo, se dê sentido às próprias vivências do envelhecimento, amplie os grupos de amizades e aumente a autoestima ⁽¹⁾. No compartilhamento de experiências, a crise pessoal pode encontrar novas possibilidades de se “ressignificar” diante da complexidade enfrentada nesta etapa de vida.

Os sintomas clássicos relacionados com o processo de hipotrofia genital que podem ocorrer devido ao hipoestrogenismo são: ressecamento vaginal, prurido, irritação, ardência e sensação de pressão. Esses sintomas podem influenciar a sexualidade da mulher, especialmente na relação sexual com penetração, causando a dispareunia. Os sintomas mais comuns são os vasomotores, com fogachos, sudorese súbita, palpitação, taquicardia, opressão precordial, insônia, oscilações de humor, cansaço físico e mental, também relacionados à diminuição da libido associada às alterações urogenitais. As dores articulares correspondem a queixas frequentes nas mulheres climatéricas ⁽¹⁾.

É cada vez maior o número de mulheres que se preocupam em ter vida saudável, livre de incapacidades, doenças e sintomas desagradáveis que prejudicam o lazer, os relacionamentos interpessoais e o trabalho, mais do que apenas ter vida longa. As características de uma vida saudável são a essência do que significa qualidade de vida relacionada à saúde. Por isso, o climatério precisa ser uma fase bem vivenciada, longe de crenças infundadas e medicalização exacerbada.

3.2.1.1 Terapia de reposição hormonal na atualidade

A menopausa é uma fase da vida em que as gônadas femininas cessam a produção de estrogênio e ocorre, então, o último sangramento cíclico. Esta deficiência natural do organismo é considerada um evento fisiológico, não patológico, sendo que este evento é geneticamente programado ^(28, 29).

Praticamente todas as mulheres apresentam pelo menos alguns destes sintomas relacionados, sendo que eles podem ser mais intensos de acordo com a velocidade de redução hormonal no organismo ⁽²⁹⁾. Toda esta sintomatologia levou a pesquisas para encontrar meios de tratamento para reduzir o desconforto e minimizar os efeitos da redução brusca de estrogênios, buscando, então, alternativas na alimentação, fitoterápicos e, enfim, a terapia de reposição hormonal (TRH) ^(30, 31).

A terapia de reposição hormonal pode ser combinada, denominando-se assim quando são utilizados progestínicos juntamente com estrógenos (naturais ou

sintéticos) ⁽³²⁾. Os estrógenos naturais, que são estradiol, estrona e estriol, são amplamente utilizados na terapia de reposição hormonal. Já os sintéticos são mais utilizados em métodos contraceptivos.

Sabe-se que o tempo de retenção do estradiol no receptor alvo é maior, sendo assim um hormônio mais potente. Em algumas situações específicas podem ser utilizados androgênios e fitoestrógenos ⁽³²⁾. Os estrógenos naturais podem ser administrados por via oral, transdérmica, percutânea e vaginal. É interessante apontar que quando utilizadas as vias transdérmica ou percutânea é evitado o metabolismo hepático, não ocorrendo interferência no sistema renina-angiotensina; isso deve ser levado em consideração quando se trata de paciente com histórico de tromboembolismo e hipertensão ⁽³³⁾. A progesterona pode ser administrada por via oral, intramuscular, transdérmica e através da mucosa vaginal ⁽³⁴⁾.

Já os hormônios sintéticos, que possuem ação semelhante à progesterona, são utilizados em diversos casos, incluindo a reposição hormonal. O acetato de medroxiprogesterona e o acetato de ciproterona são alguns dos exemplos que podem ser citados. A tibolona tem efeitos de estrogênio e é usada para prevenir osteoporose e sintomas da menopausa, porém pode ter efeitos adversos ⁽³⁵⁾.

O esquema utilizado vai ser escolhido pelo médico de acordo com a sintomatologia e o histórico clínico da paciente ⁽³⁶⁾. A via de administração com mais vantagens é a oral. Embora a deficiência hormonal ocasionada pela menopausa seja tratável, menos de 20% das mulheres pós-menopáusicas recebem estrogênio ⁽³⁷⁾. A TRH embora não totalmente desprovida de riscos, surgiu com o propósito de aliviar sintomas, de agir preventivamente e reduzir assim o aparecimento de doenças, como as cardiovasculares e a osteoporose. Dois aspectos muito importantes são as profilaxias da perda óssea e a atenuação dos sintomas vasomotores, que são efeitos benéficos comprovados deste tratamento ⁽³⁸⁾. Atualmente, a TRH com estrogênio e progestogênio é recomendada para as mulheres que já passaram pela menopausa e têm útero. Para as mulheres com útero que não conseguem tolerar os progestogênios, ou que apresentam risco elevado de doença cardiovascular devido aos perfis desfavoráveis das lipoproteínas, o uso isolado dos estrogênios torna-se preferível. Para as pacientes submetidas à histerectomia, o carcinoma de endométrio deixa de ser preocupante e o estrogênio costuma ser mais usado isoladamente, tendo em vista os efeitos deletérios potencialmente associados aos progestogênios ⁽³⁹⁾.

Constituem contraindicação absoluta aos estrogênios: as neoplasias malignas de mama e endométrio recentes, dependendo do estágio clínico; hepatopatia severa ativa; tromboembolismo agudo; sangramento genital anormal de causa desconhecida e porfiria. Quanto às contraindicações relativas aos estrogênios, assinalam-se: tromboembolismo venoso prévio; doença coronariana estabelecida; hipertensão arterial severa ou hipertensão prévia sem estabilização após tratamento ⁽⁴⁰⁾. O Quadro 1 exemplifica estes fatores.

Quadro 1 – Evidências científicas nas indicações e contraindicações da TRH.

• A indicação de TRH limita-se ao controle de sintomas climatéricos, mesmo assim quando o benefício (alívio dos sintomas vasomotores e melhoria em trofismo e lubrificação da mucosa vaginal) suplantam o risco. • A TRH deve ser empregada preferencialmente por curto prazo. • O discreto benefício da TRH na redução de fraturas de quadril por osteoporose pós-menopáusia deve ser cotejado com os riscos associados a essa intervenção, principalmente por se tratar de medida preventiva. • O resultado do estudo WHI contra-indica o emprego de TRH na prevenção primária de doença cardiovascular (evidência de nível I).	• TRH é contra-indicada na prevenção secundária de cardiopatia isquêmica, pelo maior risco de eventos morbidos coronarianos encontrado nas mulheres expostas (evidência de nível I). • TRH não protege de doença de Alzheimer e demências vasculares (evidência de nível I). • Mulheres com sintomas vasomotores de moderados a graves apresentam benefício clinicamente significativo na qualidade do sono após um ano de uso de TRH, mas o benefício é temporário. • TRH combinada aumenta o risco de tromboembolismo venoso e embolia pulmonar (evidência de nível I). • Terapia de reposição hormonal é fator de risco estabelecido para câncer de mama (evidência de nível I).
--	---

Fonte: Wannmacher e Lubianca, 2004 ⁽⁴¹⁾.

Nas últimas décadas, aumentou o interesse pela utilização de fitoestrógenos para o controle de sintomas da menopausa, por suas ações estrogênicas e antiestrogênicas ^(42, 43). Entre os fitoestrógenos que vêm despertando interesse no meio científico é citado a soja e seus produtos como o tofu, leite de soja e fermentados como o misso ⁽⁴⁴⁾, por possuir derivados bioativos que são as isoflavonas ⁽⁴³⁾. O efeito estrogênico das isoflavonas é mais observado em mulheres do sudeste da Ásia onde o consumo de soja é 20 vezes maior no que do resto do mundo, que consome mais produtos industrializados a base de carne vermelha ^(42, 45).

A TRH é um assunto polêmico e questionável; diversos estudos vêm sendo feitos com a finalidade de esclarecer quais são os seus reais benefícios e riscos. Essa

terapia constitui uma das mais complexas decisões médicas na saúde da mulher, pelo fato de que nas últimas décadas muitas informações desconhecidas vêm sendo veiculadas ⁽⁴¹⁾. A terapia de reposição hormonal é recomendada apenas para alívio dos sintomas vasomotores, nas menores doses possíveis, e após pesar riscos e benefícios ⁽⁴⁶⁾. O Quadro 2 exemplifica os benefícios definidos, os prováveis e os desconhecidos. Todas as pacientes deverão ser orientadas quanto a medidas complementares ou alternativas para prevenção das doenças citadas, tais como: dieta, exercício físico, mudança de hábitos de vida e mesmo medicação não hormonal.

Quadro 2 – Evidências científicas sobre a TRH.

Benefício definido
Em sintomas vasomotores (e) (p) (e + p)
Em sintomas urogenitais (e)
Benefício provável
Em redução de fraturas por osteoporose (e + p)
Benefício desconhecido
Em sintomas urogenitais (p)
Definidos riscos ou ineficácia
Em prevenção primária e secundária de doença cardiovascular (e + p)
Em prevenção de doença de Alzheimer e demências vasculares (e) (e + p)
Em prevenção primária de acidentes vasculares encefálicos isquêmicos (e + p)
Em qualidade de vida (tratamento de longo prazo) (e + p)
Em doença tromboembólica venosa (e+p)
Em câncer de endométrio (e)
Em câncer de mama (e) (e+p)
Em câncer de ovário (e) (e+p)
e = estrógenos p = progestógenos

Fonte: Wannmacher e Lubianca, 2004 ⁽⁴¹⁾.

3.2.2 A mulher climatérica no SUS

Na década de 1980 ocorreu o lançamento do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, que serviu de apoio para o Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1983 e publicado em 1984.

Esse programa incorporou o ideário feminista para a atenção à saúde da mulher, com ênfase em aspectos da saúde reprodutiva, mas com propostas de ações dirigidas à atenção integral da população feminina, nas suas necessidades prioritárias, significando uma ruptura com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido. Nas prioridades estava incluída a atenção ao climatério, já que contemplava uma abordagem geracional da mulher em todas as fases da vida, da adolescente à idosa ⁽¹⁾.

Muitas variáveis estão relacionadas com o processo saúde-doença e com a qualidade de vida advinda deste. Outras variáveis relacionadas à discriminação e aos preconceitos também compõem o processo de saúde-doença e aumentam a vulnerabilidade frente a determinados agravos que estão – para a população feminina – mais relacionados com situações de gênero que aos fatores biológicos. E aqui, por discriminação, tomemos a ausência de serviços capacitados para atender a mulher nesta fase, e de discriminação de fato da idosa menopausada e da mulher como um todo, na questão de gênero.

A equidade, como princípio do SUS, precisa se fazer atenção àquelas que necessitam desta. O que se verifica, portanto, na prática brasileira, muito embora o PAISM esteja estabelecido, é que ainda não conseguimos romper com a assistência mais focalizada à idade reprodutiva, em detrimento, obviamente, a não reprodutiva, deixando de incrementar, promover e favorecer a qualidade de vida tão necessária ao momento de mudança de perfil demográfico que vivenciamos.

3.3 QUALIDADE DE VIDA NO CLIMATÉRIO E MENOPAUSA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Atualmente, a qualidade de vida é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como em nível populacional. Na sua avaliação, dois aspectos são fundamentais, a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não médicos relativos ao seu contexto de vida, ou seja, cada indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida, o que não pode ser feito por um observador externo. A multidimensionalidade, por sua vez, decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na qualidade de vida de um indivíduo ⁽⁴⁷⁾.

Dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher ao longo do seu processo de envelhecimento, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, a sua inserção social e experiências frente a eventos vitais ⁽⁴⁸⁾. Mais recentemente, verificou-se que a sintomatologia climatérica e a qualidade de vida no climatério eram influenciadas também pelas atitudes e percepções das próprias mulheres em relação à menopausa ^(49, 1). Como se pode observar, o tema qualidade de vida, em especial no climatério, pode ser visto pelos mais diversos olhares, seja da ciência, por meio de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas.

No âmbito da saúde, quando vista no sentido ampliado, a QV se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem seu foco mais relevante no conceito de promoção da saúde. Quando vista de forma mais focalizada, coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minimizando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou

tratá-los ⁽²⁵⁾. Nesse contexto, a preocupação com a qualidade de vida se contrapõe com a tendência moderna de tecnologização excessiva da medicina, contribuindo para que se resguarde um dos mais atuais paradigmas da saúde, a questão da humanização, o que vai ao encontro, inclusive, com o proposto pelos inúmeros protocolos e consensos em relação ao climatério.

Os questionários de qualidade de vida propiciam avaliação mais completa de determinado impacto no cotidiano da vida dos indivíduos. Devem ter boa capacidade de identificar a presença da doença, alterações, como, também, refletir as mudanças evolutivas decorrentes do tratamento, quer pelo seu efeito benéfico, quer pelo seu efeito colateral.

Os instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas. Esta diversidade de aspectos organizam-se em conjuntos, chamados de dimensões ou domínios, que são medidas de forma individualizada e ponderada. Habitualmente são avaliadas cerca de seis a oito dimensões que compreendem mobilidade física, repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, o comunicar-se, o alimentar-se, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas e os relacionamentos sociais.

O objetivo dos questionários ou escalas de avaliação é transformar dados subjetivos em medidas objetivas, passíveis de quantificação ⁽⁴⁹⁾.

Os resultados obtidos por este instrumento geram então um escore que pode ser global ou, quando agrupados por domínio, formar um perfil ⁽⁵⁰⁾.

Os instrumentos ainda podem ser categorizados de acordo com o tipo de desfecho, características e grupos que pretendem avaliar. Em relação ao desfecho, existem três modalidades de instrumentos ⁽⁵¹⁾. São elas:

- Qualidade de Vida Geral - baseada normalmente num referencial social. É uma forma de avaliar qualidade de vida de maneira global, utilizando os vários domínios de forma igualitária. O World Health Organization Quality of Life – WHOQOL - ⁽⁵²⁾ é um exemplo deste tipo de instrumento para adultos e o AUQUEI ou Autoquestionnaire Enfant Imagé ⁽⁵³⁾, para crianças.

- Qualidade de Vida Ligada a Saúde - engloba apenas os aspectos da QV relacionados à saúde, mas com ênfase ao estado funcional e senso de bem estar. O

Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36) ⁽⁵⁴⁾ é destinado a adultos e o Child Health Questionnaire (CHQ) para crianças ⁽⁵⁵⁾.

- Qualidade de Vida Ligada a uma Doença Específica - refere-se à avaliação de aspectos relacionados à qualidade de vida, específicos a uma determinada doença ou alteração. Menopausal Rating Scale (MRS) é um exemplo deles ⁽¹⁷⁾.

O SF-36 supracitado, utilizado para avaliação da saúde geral, atualmente é um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos na área de saúde ⁽²¹⁾, já traduzido e validado no Brasil ⁽²²⁾. É um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens, com oito componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Cada componente do SF-36 corresponde a um valor, que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde, derivados de cálculos correlacionais entre as respostas dos domínios.

A Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) é um instrumento que tem em vista a intensidade da sintomatologia do climatério. É considerada uma ferramenta valiosa na avaliação dos sintomas mais prevalentes para esta fase da vida feminina. Esta escala foi padronizada, inicialmente, na Alemanha por Heinemann et al. (2003) ⁽¹⁷⁾, tendo sido traduzida para vários idiomas, inclusive o português. A validação para o Brasil foi realizada em 2002, através do Instituto Internacional “NFO”, com sede nos Estados Unidos ⁽¹⁸⁾.

Nesta escala 10 sintomas presentes no climatério são avaliados em graus de intensidade: fenômenos vasomotores (ondas de calor), queixas cardíacas, insônia, depressão, irritabilidade, disposição física, sexualidade, queixas urinárias, secura vaginal e queixas locomotoras. É de fácil aplicação, preenchido conjuntamente pelo entrevistador e entrevistada, sendo simples de ser avaliada ^(17,19,20).

A pontuação de cada sintoma vai de zero (sem sintomatologia) a um ponto (maior intensidade da sintomatologia), com intervalo de graduação de 0,1, se adequando à intensidade da queixa relatada pela entrevistada. O escore final se obtém com a média simples da somatória dos pontos atribuídos aos 10 sintomas avaliados. A obtenção de escores mais altos se traduz em uma qualidade de vida comprometida por sintomas do climatério.

A escolha do instrumento adequado depende do objetivo do estudo e do período de avaliação. O objetivo ao se avaliar a QV pode ser avaliar a eficácia de uma intervenção ou relacionada a um desfecho clínico. As medidas específicas então, neste caso, mostram-se mais adequadas. O objetivo principal destes estudos é perceber a mudança ocorrida na qualidade de vida de um mesmo paciente em dois ou mais pontos no tempo. A eficácia de um instrumento específico está relacionada com sua capacidade de detectar pequenas mudanças no quadro clínico de um paciente.

No entanto, não há uma única forma para satisfazer as necessidades de investigações numa população específica. Uma estratégia adequada é utilizar instrumentos genéricos associados com específicos ⁽⁵⁶⁾.

A avaliação do impacto de uma condição sobre a QV é, então, particularmente relevante em situações sintomáticas, e no contexto do climatério, se faz aplicável e de relevância inquestionável.



Método

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, um estudo prospectivo, longitudinal.

Neste tipo de investigação clínico-epidemiológica, longitudinal ou de seguimento, procura-se verificar a frequência de um determinado agravo na presença ou ausência de um determinado fator condicionante/determinante (exposição). Neste caso em especial, procura-se saber se há modificações na qualidade de vida de mulheres submetidas à TRH e não submetidas à TRH. É procurado, então, esclarecer uma dada associação entre uma exposição, em particular, e um efeito específico.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO, LOCAL E AMOSTRA

Participaram mulheres no período do climatério, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, escolhidas aleatoriamente, dos serviços de atenção primária à saúde do município de Promissão/SP, situado na região noroeste do estado de São Paulo, a 460 km e 200 Mt da capital, com população estimada de 35.688 habitantes e área territorial de 781 km² ⁽⁴⁾. O município está jurisdicionado ao Departamento Regional de Saúde – DRS VI – Bauru, junto com outros 68 municípios. Esta regional é dividida em cinco microrregiões: Avaré (16 municípios), Bauru (17 municípios), Botucatu (13 municípios), Jaú (14 municípios) e Lins (08 municípios), na qual se encontra o município estudado.

O município conta com um Hospital Geral Estadual, um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), cinco Unidades Básicas de Saúde, com Estratégia de Agente Comunitário de Saúde em três delas, uma Casa de Saúde do Idoso, um Ambulatório de Saúde Mental, uma Casa de Saúde da Criança, além de duas

Unidades de Saúde na Zona Rural, onde uma delas aloca a Estratégia de Saúde da Família. Os atendimentos ginecológicos e obstétricos de atenção básica são realizados na Casa de Saúde da Mulher. Acompanhamento e prescrição medicamentosa na presente pesquisa foram efetuados apenas na Unidade denominada Casa de Saúde da Mulher.

As participantes selecionadas foram divididas em dois grupos: desejosas de realizar a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e não desejosas de realizar a TRH, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Para a definição da amostra, numa população de 17.907 mulheres e 5.090 mulheres na faixa etária de 40 a 64 anos ⁽⁵⁷⁾, em concordância com o número de prontuários de mulheres na faixa etária de 40 a 65 anos (5.000), segundo levantamento na Casa de Saúde da Mulher, e considerando que a prevalência de boa qualidade de vida em mulheres no período do climatério seja de 50% (prevalência desconhecida), uma margem de erro de 10% e coeficiente de confiança de 95%, o tamanho amostral mínimo foi de 96 pacientes avaliadas antes e após a TRH. Para o grupo controle, teve-se o mesmo valor de “n”. Foram entrevistadas 99 mulheres em cada um dos grupos.

A tabela 01 mostra a distribuição das faixas etárias no município de Promissão/SP.

Tabela 01 – Distribuição da população feminina segundo faixa etária no município de Promissão/SP – 2010.

Faixa Etária - Quinquenal	Mulher
40 a 44 anos	1.255
45 a 49 anos	1.195
50 a 54 anos	1.035
55 a 59 anos	830
60 a 64 anos	775
Total da Seleção	5.090
Total Geral da População	17.907

Fonte: IBGE, 2010 ⁽⁵⁷⁾.

4.2.1 Critérios de Inclusão

- Ter idade entre 40 e 65 anos de idade
- Menopausa há no máximo 05 anos

4.2.2 Critérios de Exclusão

- Mulheres que apresentassem doença psiquiátrica
- Mulheres que estivessem usando medicamentos psiquiátricos ou outro tipo de medicação que possa interferir em seu estado de consciência
- Mulheres que fizessem uso de qualquer tipo de droga ou uso abusivo de álcool
- Mulheres que já tivessem iniciado a TRH
- Mulheres que fizessem uso de qualquer medicamento não hormonal para alívio dos sintomas associados ao climatério no último ano
- Fatores que contraindicassem absolutamente a TRH.

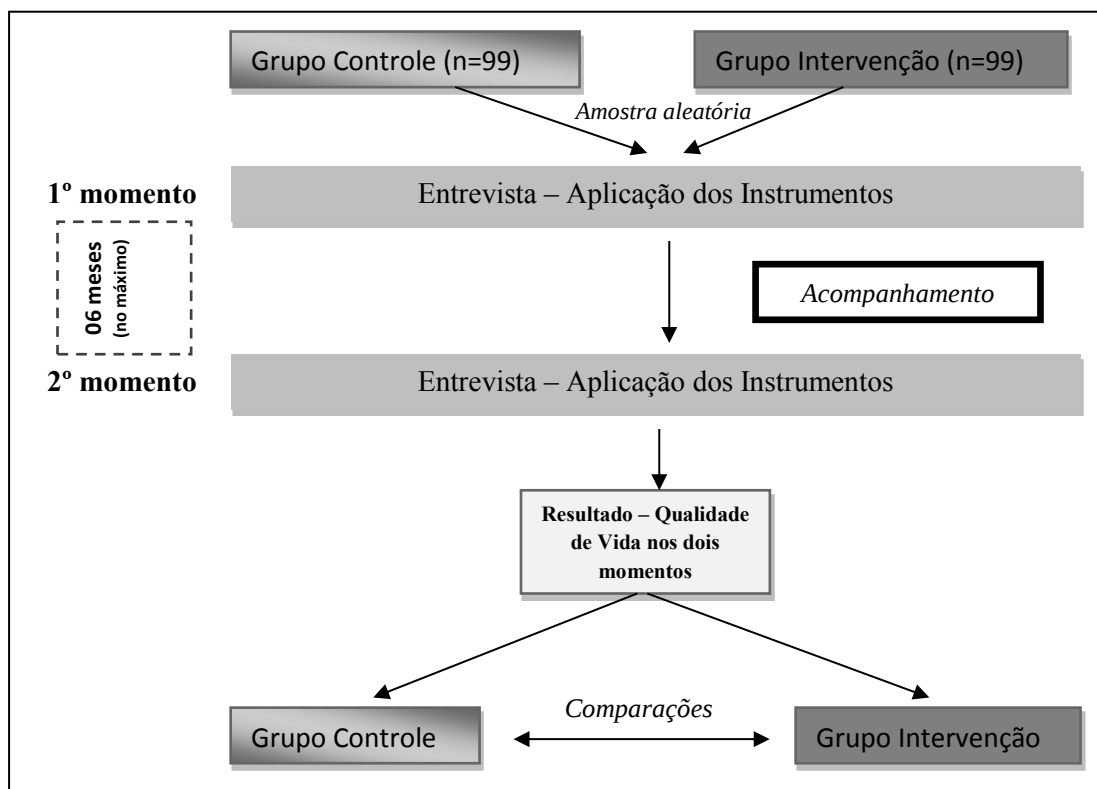
4.2.3 Critérios de Acompanhamento

As mulheres selecionadas para o estudo foram acompanhadas pelos ginecologistas do município, com termo firmado de colaboração com os mesmos (ANEXO F E G). As mulheres em uso de TRH foram avaliadas no início do estudo e após o término do tratamento, conforme critério médico (sendo o período máximo de 06 meses); as não usuárias de TRH foram avaliadas no início e depois de 06 meses, sendo a avaliação de no mínimo 03 meses. Ainda, as não usuárias de TRH foram acompanhadas todos os meses por um médico clínico para avaliação dos sintomas. Sempre foram respeitados os princípios bioéticos. Todas foram atendidas na Unidade definida, com horário, conforme maior comodidade para a usuária pesquisada.

Todo mês, as mulheres foram avaliadas para se assegurar que não estão se afastando dos critérios estabelecidos previamente.

A Figura 01 demonstra o percurso do estudo.

Figura 1 - Fluxograma do estudo.



4.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

As entrevistas deram-se entre novembro de 2011 e maio de 2012; foram realizadas no local de maior comodidade para a entrevistada, sendo nas Unidades Básicas do município e no domicílio, inclusive. As entrevistas duraram em média 25 (vinte e cinco) minutos e foram feitas pela pesquisadora.

Faz-se mister salientar que diante da escolha aleatória da amostra, 20 mulheres recusaram-se a participar do estudo.

Foram utilizados três instrumentos para atender aos objetivos da presente pesquisa. Para identificação e caracterização da usuária, o pesquisador criou um formulário de entrevista, sendo este um instrumento de identificação com dados clínicos, comportamentais e sociodemográficos. Para a avaliação da qualidade de vida de forma genérica e abrangente, optou-se pelo instrumento validado denominado Short-Form Health Survey (SF-36). Para a avaliação dos sintomas em específico, a escala de maior viabilidade e complementação do SF-36 foi a Escala de Avaliação da Menopausa – Menopause Rating Scale (MRS) ^(17, 18), por ser rápida na aplicação e bastante direta e específica quanto à validação dos dados.

4.3.1 Formulário de Entrevista

Identificação e Variáveis sociodemográficas:

- Nome, endereço, telefone, idade, cor, tempo de menopausa, estado marital, escolaridade, ter ou não filhos, ocupação profissional, renda própria (em número de salários mínimos).

Clínicas:

- Comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, artralgia, osteoporose).
 - O diagnóstico de osteoporose foi baseado em evidências radiológicas com alterações de radiotransparência ou de conformidade em vértebras ou densitometria óssea abaixo de -2,5 desvio-padrão para coluna e fêmur ⁽¹⁶⁾.
 - O diagnóstico de artralgia, através de queixa diária de dor em uma ou mais articulações e exames complementares.

Comportamentais:

- Ingestão de álcool.
- Tabagismo (utilização diária de cigarro nas últimas quatro semanas).
- Atividades esportivas (mínimo de três vezes por semana, por 30 minutos).
- Atividades artística e religiosa.
- Dificuldades interpessoais (sexuais, conjugais, familiares, sociais), categorizadas em sim ou não.

Tais variáveis foram obtidas por meio de um formulário estruturado e pré-testado, informações do prontuário e de exames complementares (radiografia, densitometria óssea, glicemia de jejum e outros exames complementares).

4.3.2 Short-Form Health Survey (SF-36)

O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens, com oito componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) ⁽²²⁾.

Contém questões acerca da percepção da saúde, da melhora ou piora da saúde no último ano, questões relacionadas à capacidade de fazer atividade física, de mover objetos pesados e leves, de caminhar, além daquelas de auto percepção em relação à saúde atual e futura.

Cada componente do SF-36 corresponde a um valor, que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde.

Para o cálculo de cada domínio, utiliza-se a seguinte regra:

Fórmula:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Para limite inferior e Score Range, utilizam-se os valores do quadro abaixo:

Quadro 3 – Valores para cálculos dos domínios do SF-36.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Fonte: Ciconelli, 1997⁽²²⁾.

4.3.3 Escala de Avaliação da Menopausa – Menopause Rating Scale (MRS)

A Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, tendo em vista a intensidade da sintomatologia do climatério.

Nesta escala 10 sintomas presentes no climatério são avaliados em graus de intensidade: fenômenos vasomotores (ondas de calor), queixas cardíacas, insônia, depressão, irritabilidade, disposição física, sexualidade, queixas urinárias, secura vaginal e queixas locomotoras^(19,20).

A pontuação de cada sintoma vai de zero (sem sintomatologia) a um ponto (maior intensidade da sintomatologia), com intervalo de graduação de 0,1, se adequando à intensidade da queixa relatada pela entrevistada. O escore final se obtém com a média simples da somatória dos pontos atribuídos aos 10 sintomas avaliados. A obtenção de escores mais altos se traduz em uma qualidade de vida comprometida por sintomas do climatério.

Os questionários de Índice dos Sintomas Climatéricos e Avaliação da Qualidade de Vida foram aplicados em ambos os grupos da seguinte maneira:

Grupo de mulheres desejosas quanto ao uso de TRH – Grupo A: os instrumentos foram aplicados antes do início da TRH e 06 meses, como período máximo.

Grupo de mulheres não desejosas quanto ao uso de TRH – Grupo B: os

instrumentos foram aplicados no mesmo esquema do grupo anterior, onde a segunda aplicação se deu 06 meses, no máximo, após a primeira.

Os grupos A e B foram comparados quanto à sintomatologia do climatério e qualidade de vida. Também foram avaliados quanto aos sintomas e qualidade de vida no próprio grupo.

Foram considerados quaisquer esquemas de tratamento e qualquer via de administração na TRH. Foram excluídas as mulheres que fizeram uso de qualquer medicamento não hormonal para alívio dos sintomas associados ao climatério no último ano.

4.4 MÉTODO DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para as variáveis em escala nominal ou ordinal empregaram-se os parâmetros da estatística descritiva referentes à distribuição de frequências absolutas e relativas.

Para as variáveis em escala intervalar, foram utilizados mediana, média, desvio padrão e amplitude de variação.

As características sociodemográficas, clínicas e comportamentais foram expressas em média, desvio padrão e proporções.

Para os componentes do SF-36, os mesmos foram analisados pela média derivadas dos cálculos pré-determinados para obtenção dos resultados deste instrumento.

Na comparação das características entre os grupos foi aplicado Teste de Tukey, o Test t de Student para diferenças entre médias, teste de Mann-Whitney para comparação entre medianas e teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher para diferenças entre proporções a partir do programa SPSS versão 12.0.1 for Windows.

As comparações foram consideradas estatisticamente significativas com $p < 0,05$.

4.5 PRINCÍPIOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, protocolo CEP 3948-2011, de 01 de Agosto de 2011.

Foram assegurados sigilo e seguimento do tratamento para todas as mulheres que utilizaram a TRH, sem prejuízo da assistência após o término da pesquisa.

Toda a medicação utilizada para a pesquisa foi adquirida pelo município em que se realizou o estudo, após apresentação da pesquisa para a Secretaria de Saúde. Tal medicação foi adquirida por processo licitatório usual.

Às mulheres do grupo controle também foi assegurado o acompanhamento médico durante a pesquisa e se a mesma referisse opção pela TRH e houvesse indicação médica, esta poderia usufruir do serviço sem prejuízos após o período estudado ou até mesmo desistindo de participar do grupo controle para usar a TRH.

Os devidos encaminhamentos para exames complementares e especialidades foram dados, quando necessários.



Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados segundo a caracterização da amostra e variáveis dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. Todos os resultados estão baseados na amostra de 99 mulheres para cada grupo de estudo. Os resultados são estatisticamente significativos com valores de $p < 0,05$.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A média de idade do grupo controle foi de $48,95 \pm 6,27$ e do grupo intervenção $50,76 \pm 3,63$, apresentando diferença estatisticamente significativa ($p=0,0141$). Para cor, evidenciou-se a maior frequência da cor branca, em torno dos 70%, seguida de parda e preta. Já para a variável nível de escolaridade, observamos que o grupo intervenção tem maior proporção de mulheres com ensino superior, dando significância nesta diferença. Ainda, quanto à renda própria, as diferenças não se mostraram estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 02).

Tabela 2 – Caracterização dos grupos segundo cor e nível de escolaridade(n=99).

Variável	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p*
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Cor					0,356
Branca	66	66,67	73	73,74	
Preta	9	9,09	11	11,11	
Parda	23	23,23	15	15,15	
Amarela	1	1,01	0	0,00	
Nível Escolaridade					0,005
Ensino Fundamental	58	58,59	42	42,42	
Ensino Médio	31	31,31	27	27,27	
Ensino Superior	8	8,08	30	30,30	
Renda própria					0,106
01 salário mínimo	37	37,37	21	21,21	
02 salários mínimos	10	10,10	14	14,14	
03 salários mínimos	9	9,09	10	10,10	
Mais de 03 salários mínimos	1	1,01	4	4,04	
Não	42	42,42	50	50,51	

*Teste Qui-quadrado.

Quando as mulheres foram indagadas a respeito das comorbidades, evidenciou-se significativa prevalência de HAS e Artralgia, com cerca de 30 e 20% de distribuição nos grupos. Porém, em comparação entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa, como demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das comorbidades nos grupos estudados (n=99).

Variável	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p*
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
HAS					0,143
Sim	43	43,43	33	33,33	
Não	56	56,57	66	66,67	
DM					0,788
Sim	8	8,08	7	7,07	
Não	91	91,92	92	92,93	
Artralgia					0,101
Sim	30	30,30	20	20,20	
Não	69	69,70	79	79,80	
Osteoporose					0,091
Sim	13	13,13	6	6,06	
Não	86	86,87	93	93,94	

*Teste Qui-quadrado

Em relação à distribuição por estado marital, houve maior prevalência de mulheres com companheiro em ambos os grupos, estando o grupo intervenção com maior frequência de mulheres com companheiro (89,90%) e com parceiro sexual (89,90), como evidencia a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos grupos segundo estado marital e presença de parceiro sexual (n=99).

Variável	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p*
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Estado Marital					<0,001
Com companheiro	73	73,74	89	89,90	
Sem companheiro	26	26,26	10	10,10	
Com parceiro sexual					0,001
Sim	71	71,72	89	89,90	
Não	29	29,29	10	10,10	

*Teste Qui-quadrado.

As variáveis que caracterizavam comportamentalmente as mulheres estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição nos grupos estudados dos hábitos de vida.

Variável	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p*
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Ingestão de álcool					0,002
Não faz uso	87	87,88	70	70,71	
Diariamente	0		0		
Eventualmente	12	12,12	29	29,29	
Tabagismo					<0,001
Não tabagista	84	84,85	68	68,69	
Tabagista	12	12,12	15	15,15	
Ex-tabagista	3	3,03	16	16,16	
Atividades esportivas					<0,001
Sim	26	26,26	30	30,30	
Não	73	73,74	69	69,70	
Atividades artísticas					0,281
Sim	34	34,34	27	27,27	
Não	65	65,66	72	72,73	
Atividades religiosas					0,296
Sim	75	75,76	81	81,82	
Não	24	24,24	18	18,18	
Dificuldades sexuais					0,005
Sim	12	12,12	2	2,02	
Não	87	87,88	97	97,98	
Dificuldades conjugais					0,003
Sim	8	8,08	0	0,00	
Não	91	91,92	99	100,00	
Dificuldades familiares					0,002
Sim	9	9,09	0	0,00	
Não	90	90,91	99	100,00	
Dificuldades sociais					0,003
Sim	8	8,08	0	0,00	
Não	91	91,92	99	100,00	
Alimentação diária					<0,001
1	1	1,01	2	2,02	
2	27	27,27	2	2,02	
3	26	26,26	40	40,40	
4 ou mais	45	45,45	55	55,56	

*Teste Qui-quadrado

Apenas atividades artísticas e religiosas não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O uso eventual de álcool no Grupo Intervenção é maior, ao passo que existem mais não tabagistas no Grupo Controle.

Em relação à idade da menarca, não se observou diferença, estando a média das idades por volta dos 12 anos, com o grupo controle apresentando $12,45 \pm 1,75$ e o grupo intervenção $12,85 \pm 1,59$ ($p=0,0738$). O tempo de menopausa apresentou-se por volta de 2 anos – grupo controle com $1,58 \pm 2,0$ e grupo intervenção com $2,24 \pm 1,90$ ($p=0,0147$). Estatisticamente significativa foi a diferença entre a presença de fluxo menstrual, que é nula no grupo intervenção (Tabela 6). Quando indagadas a respeito de quantos dias permanecia o fluxo menstrual, a média foi de $2,60 \pm 2,81$.

Tabela 6 – Características ginecológicas nos grupos (n=99).

Variável	Grupo Controle		Grupo Intervenção		p*
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual	
Presença de fluxo menstrual					<0,001
Sim	53	53,54	0	0,00	
Não	46	46,46	99	100,00	

*Teste Qui-quadrado

5.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

A avaliação da qualidade de vida e sintomas específicos do climatério estão apresentadas na Tabela 7, que traz a comparação entre os grupos e a comparação intragrupo, tanto para o tempo 0 quanto para o tempo 6 em ambos.

Pela análise da tabela, verifica-se que na escala de avaliação de sintomas do climatério, no grupo controle, o melhor score foi atribuído à secura vaginal (0,19), mas manteve-se quase na mesma condição (0,20). Nota-se também, neste grupo, piora da irritabilidade na casuística estudada.

Com relação ao grupo intervenção, observa-se discreta melhora em todas as variáveis avaliadas, especialmente nos fenômenos vasomotores (de 0,52 para 0,41 no tempo 6).

Por outro lado, na avaliação da qualidade de vida pelo SF-36, no grupo controle, observou-se discreta piora na capacidade funcional, em aspectos físicos, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, sem significância estatística. Os domínios estado geral de saúde e vitalidade, praticamente mantiveram-se inalterados. E por fim, o domínio dor, apesar do baixo escore (53,74), manteve-se inalterado.

Quanto ao grupo intervenção, nota-se discreta melhora nos aspectos físicos e limitação por aspectos emocionais. Em relação aos aspectos sociais, também apesar do baixo escore (46,04), manteve-se quase que na mesma condição após a intervenção (46,34).

Aspectos sociais apresentou o pior escore em ambos os grupos, seguido do domínio dor.

A comparação entre a cor e estado geral de saúde, aspectos sociais e emocionais nos grupos controle e intervenção e a média aritmética do MRS entre os grupos controle e intervenção estão demonstradas na Tabela 8.

Para aspectos emocionais, mulheres pardas e pretas têm escore máximo comparadas ao grupo controle. Do grupo intervenção, as mulheres brancas também têm escores melhores que as do grupo controle.

No domínio aspectos sociais, só houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e intervenção das mulheres pardas.

Para estado geral de saúde, houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos, evidenciando que tanto brancas, quanto pardas e pretas têm melhores escores no grupo intervenção.

As mulheres pretas e pardas do grupo intervenção têm melhor média no MRS, quando comparadas ao grupo controle; apenas as brancas não apresentam diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 7 – Qualidade de vida geral e específica para os sintomas climatéricos nos grupos estudados nos tempos 0 e 6 (n=99).

Variáveis	Grupo Controle				Grupo Intervenção			
	Média e Desvio Padrão				Média e Desvio Padrão			
	Tempo 0	p*	Tempo 6	p*	Tempo 0	p*	Tempo 6	p*
MRS								
Fenômenos Vasomotores	0,27 ± 0,34	aA	0,31 ± 0,51	aA	0,52 ± 0,38	aB	0,41 ± 0,39	aA
Queixas Cardíacas	0,21 ± 0,30	aA	0,22 ± 0,31	aA	0,15 ± 0,26	aA	0,12 ± 0,23	aA
Insônia	0,27 ± 0,34	aA	0,26 ± 0,35	aA	0,18 ± 0,30	aA	0,14 ± 0,26	aB
Depressão	0,25 ± 0,34	aA	0,26 ± 0,36	aA	0,15 ± 0,26	aA	0,12 ± 0,23	aB
Irritabilidade	0,24 ± 0,32	aA	0,35 ± 0,35	aA	0,35 ± 0,33	aA	0,31 ± 0,32	aA
Menor Capacidade	0,28 ± 0,33	aA	0,28 ± 0,35	aA	0,15 ± 0,24	aB	0,14 ± 0,22	aB
Sexualidade	0,32 ± 0,34	aA	0,29 ± 0,34	aA	0,36 ± 0,33	aA	0,34 ± 0,33	aA
Queixas Urinárias	0,19 ± 0,32	aA	0,20 ± 0,32	aA	0,13 ± 0,26	aA	0,12 ± 0,24	aA
Secura Vaginal	0,17 ± 0,30	aA	0,15 ± 0,29	aA	0,25 ± 0,31	aA	0,22 ± 0,29	aA
Queixas Locomotoras	0,33 ± 0,37	aA	0,33 ± 0,39	aA	0,26 ± 0,46	aA	0,24 ± 0,44	aA
SF-36								
Capacidade Funcional	77,22 ± 26,13	aA	76,21 ± 25,91	aA	93,13 ± 9,76	aB	93,13 ± 9,76	aB
Aspectos Físicos	74,24 ± 42,02	aA	72,98 ± 40,83	aA	84,34 ± 23,03	aA	85,61 ± 21,46	aA
Dor	53,74 ± 9,75	aA	53,74 ± 9,75	aA	56,97 ± 10,05	aA	56,97 ± 10,05	aA
Estado Geral de Saúde	70,05 ± 17,74	aA	70,25 ± 17,86	aB	79,80 ± 10,69	aB	79,34 ± 10,44	aB
Vitalidade	66,26 ± 22,54	aA	66,21 ± 22,75	aA	69,75 ± 17,76	aA	69,95 ± 17,88	aA
Aspectos Sociais	43,73 ± 10,00	aA	47,47 ± 10,10	aA	46,09 ± 12,45	aA	46,34 ± 12,28	aA
Limitação por Aspectos Emocionais	80,13 ± 40,66	aA	79,12 ± 39,44	aA	91,25 ± 25,01	aA	92,26 ± 23,24	aA
Saúde Mental	72,36 ± 21,21	aA	71,72 ± 21,33	aA	73,45 ± 18,19	aA	73,49 ± 18,21	aA

a: Comparação do tempo fixando o grupo

*Teste de Tukey ajustado

A: comparação dos grupos fixando o tempo

Tabela 8 – Comparação entre cor e variáveis do SF-36 e MRS.

Cor	Grupo	Variável	Média	DP	P*
Amarela	Controle	MRS	0,10	-	-
		Estado Geral de Saúde	75,00	-	-
		Aspectos Sociais	50,00	-	-
		Aspectos Emocionais	100,00	-	-
Branca	Controle	MRS	0,26	0,20	0,826
		Estado Geral de Saúde	71,89	16,14	0,001
		Aspectos Sociais	47,16	11,77	0,250
		Aspectos Emocionais	77,78	41,07	<0,001
	Intervenção	MRS	0,24	0,21	
		Estado Geral de Saúde	78,29	11,06	
		Aspectos Sociais	46,58	13,54	
		Aspectos Emocionais	89,50	26,57	
Parda	Controle	MRS	0,28	0,22	<0,001
		Estado Geral de Saúde	65,43	19,94	0,001
		Aspectos Sociais	47,83	4,84	0,012
		Aspectos Emocionais	84,06	34,63	<0,001
	Intervenção	MRS	0,18	0,07	
		Estado Geral de Saúde	85,00	8,45	
		Aspectos Sociais	46,67	8,80	
		Aspectos Emocionais	100,00	0	
Preta	Controle	MRS	0,30	0,34	<0,001
		Estado Geral de Saúde	70,00	24,62	<0,001
		Aspectos Sociais	48,61	7,51	0,664
		Aspectos Emocionais	74,07	43,39	<0,001
	Intervenção	MRS	0,11	0,05	
		Estado Geral de Saúde	78,64	5,52	
		Aspectos Sociais	44,32	6,53	
		Aspectos Emocionais	100,00	0	

DP: desvio padrão. *Teste t de Student.



Discussão

6 DISCUSSÃO

O interesse pelo estudo da QV 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. A questão da qualidade de vida no climatério, a despeito da sua importância na atualidade, infelizmente ainda é pouco explorada no Brasil.

A preocupação com a qualidade de vida em saúde ao longo do processo de envelhecimento tem aumentado exponencialmente nos últimos anos. Em parte, isso se deveu ao progressivo aumento da expectativa de vida ocorrido nas últimas décadas e ao reconhecimento pelos profissionais de saúde da importância dos sentimentos e percepções dos pacientes sobre a sua doença, assim como da monitorização do seu bem-estar frente a medidas terapêuticas voltadas a prolongar a sua vida, aliviar a dor, restaurar funções e prevenir incapacidades ⁽⁵⁸⁾.

Atualmente, a qualidade de vida é reconhecida como um indicador de eficácia, eficiência e impacto de eventuais intervenções voltadas à prevenção ou tratamento de agravos à saúde, tanto individuais como em nível populacional. Na sua avaliação, dois aspectos são fundamentais, a subjetividade e a multidimensionalidade. A primeira refere-se à percepção do próprio indivíduo acerca do seu estado de saúde e dos aspectos não médicos relativos ao seu contexto de vida, ou seja, cada indivíduo avalia a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida, o que não pode ser feito por um observador externo. A multidimensionalidade, por sua vez, decorre do reconhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos na qualidade de vida de um indivíduo ⁽⁴⁷⁾.

Segundo Hunter ⁽⁴⁸⁾, dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher ao longo do seu processo de envelhecimento, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, a sua inserção social e experiências frente a eventos vitais. Mais recentemente, verificou-se que a sintomatologia climatérica e a qualidade de vida no climatério eram influenciadas também pelas atitudes e percepções das próprias mulheres em relação à menopausa, o que pode ter ocorrido no estudo de Silva-Filho e Costa ⁽⁵⁸⁾. Nesse contexto, a preocupação com a qualidade

de vida se contrapõe com a tendência moderna de tecnologização excessiva da Medicina, contribuindo para que se resguarde um dos mais atuais paradigmas da saúde, a questão da humanização.

Recentemente um estudo de coorte que avaliou o impacto da TRH na qualidade de vida de mulheres climatéricas verificou que após um ano do início dessa terapia houve melhora estatisticamente significativa das alterações do sono, capacidade funcional e dor, porém sem benefícios clínicos significativos avaliados ⁽⁵⁹⁾. Nesse mesmo estudo, após três anos de seguimento não foi observada melhora significativa em nenhum dos domínios da qualidade de vida.

Na presente pesquisa, observou-se que a TRH foi iniciada em média após dois anos de início da menopausa, o que pode justificar a melhora na qualidade de vida, ainda que discreta nas variáveis sintomas vasomotores, insônia, depressão e menor capacidade do MRS. Com relação aos domínios do SF-36, não houve melhora estatisticamente significativa após a intervenção.

Quanto à cor/etnia não se observou associação com a intensidade das ondas de calor, provavelmente pela dificuldade de avaliação dessa variável em nosso meio. Cabe ressaltar que, no presente estudo, essa variável foi classificada segundo autodeclaração da participante. Importante também destacar que o papel da cor/etnia nos níveis hormonais durante a transição climatérica é pouco conhecido. O estudo Study of Women's Health Across the Nation demonstrou que mulheres americanas afrodescendentes foram as que apresentaram os menores níveis de testosterona e de sulfato de deidroepiandrosterona quando comparadas às caucasianas, hispânicas e orientais. Possivelmente por este motivo, as afro-americanas foram as que reportaram maior prevalência de ondas de calor ⁽⁵⁹⁾. O presente estudo corrobora com estes resultados, visto que o maior escore do MRS se deu nas mulheres pretas.

Na avaliação específica dos sintomas climatéricos com base no instrumento MRS, verificou-se que não há severidade dos sintomas, uma vez que todos os escores de avaliação não passaram de 0,40 para as queixas, excetuando-se os fenômenos vasomotores, que tiveram escores acima de 0,50.

As ondas de calor frequentemente determinam um impacto negativo na qualidade de vida, relacionando-se a alterações do sono com consequente fadiga, irritabilidade, desconforto físico e problemas no trabalho. No Brasil, segundo estudo de base populacional, a prevalência de ondas de calor é de 70,3% em mulheres no

climatério. Embora pareça ter como principal causa a deficiência estrogênica, as ondas de calor apresentam prevalência e intensidade que variam segundo características da população estudada. Dessa forma, o índice de massa corpórea (IMC), tabagismo, consumo de álcool, escolaridade, antecedente de ooforectomia ou de câncer são alguns fatores associados à intensidade das ondas de calor ^(60, 59).

Optamos por definir como critério de exclusão as mulheres que estivessem utilizando algum medicamento antidepressivo ou semelhante que pudesse interferir nas variáveis insônia e depressão, assim como as outras associadas, mas em estudo de inquérito populacional realizado no Brasil mostrou que os tranquilizantes/antidepressivos foram a medicação de escolha (28,3%) para mulheres que procuraram o serviço médico por queixas climatéricas ⁽⁶¹⁾. Em geral, os tranquilizantes são usados para alívio do nervosismo, ansiedade, irritabilidade e insônia. Próximo ao período da menopausa, essas queixas relacionadas ao humor podem estar associadas ao climatério. Isso sugere que a TRH pode aliviar as queixas relacionadas ao humor na mulher climatérica ⁽⁶¹⁾, o que pudemos verificar no presente estudo quando, no grupo intervenção, a variável irritabilidade passou de 0,35 para 0,31, com uma discreta melhora.

Esse efeito benéfico da TRH sobre o estado do humor parece não só ser decorrente do alívio dos sintomas vasomotores, mas também pode estar relacionado a um efeito direto dos hormônios sexuais femininos sobre o sistema nervoso central. Isso leva a crer que mulheres em uso de tranquilizantes/antidepressivos poderiam ser beneficiadas com a TRH. Especula-se que a alta taxa de uso de tranquilizante em mulheres que consultam um médico por queixas climatéricas possa, em alguns casos, representar um diagnóstico errôneo em relação aos sintomas psicológicos, sem que se correlacionasse a presença desses sintomas com o estado menopausal ⁽⁶²⁾.

Isso poderia explicar o porquê dos tranquilizantes terem sido prescritos no lugar da TRH. Uma outra explicação poderia ser a falta de familiaridade, conhecimento ou insegurança por parte dos médicos a respeito da terapia de reposição hormonal e mesmo a falta de informação sobre os outros efeitos da TRH em longo prazo.

Ainda é importante salientar que as indicações atuais da TRH após o estudo WHI 2 (Women's Health Initiative) ficaram bem determinadas e este consenso é muito claro em relação a isso. As indicações são concordes com aquela

manifestadas no editorial da Ramb3, meses antes da divulgação do WHI. O consenso revelou também as contraindicações da TRH que incluem porfiria cutânea, câncer de mama, tumores estrógeno-dependentes, doença cardiovascular e doença tromboembólica. Portanto, cabe ao médico informar às suas pacientes, em diálogo franco e imparcial, os reais benefícios e riscos da TRH ⁽⁶¹⁾.

Na presente pesquisa, as participantes eram usuárias da atenção básica e, portanto, pertencentes a estratos sociais menos favorecidos e de baixa escolaridade, em sua maioria. Apesar disso, podemos considerar de uma maneira geral que a qualidade de vida dessas mulheres foi boa, independentemente do uso ou não da terapia hormonal, uma vez que dos oito componentes avaliados no SF-36, apenas aspectos sociais apresentou escore abaixo de 50, o que pode ser justificado, em partes, pelo estrato social a que pertencem. O fato dessas mulheres terem acesso a serviços de saúde especializados no atendimento e, sobretudo, no entendimento da mulher climatérica pode minimizar os efeitos da terapia hormonal sobre a qualidade de vida. A consulta com profissionais especializados pode exercer um efeito positivo na percepção da qualidade de vida. Cabe evidenciar que profissional especializado é aquele capacitado para o manejo da saúde da mulher neste período, podendo ou não estar alocado em ambulatórios de especialidade, justificando que a atenção básica pode fornecer tratamento especializado à medida que está capacitada para tal dentro da rede de atenção à saúde.

Outro ponto que merece atenção foi a prevalência de comorbidades, sobretudo em não usuárias de TRH, que provavelmente associou-se à prescrição de alguma medicação, que pode ter exercido algum efeito placebo nesse grupo que não conseguimos mensurar, assim como a automedicação, principalmente a analgésica.

Os escores máximos foram observados nos componentes capacidade funcional juntamente com aspectos físicos e aspectos emocionais. O componente aspectos físicos avalia a interferência dos problemas de saúde na realização do trabalho e das atividades diárias, e cerca de metade dessas mulheres, em ambos os grupos, exercia atividades profissionais. Talvez não lhes seja possível apresentar limitações nesse componente. No componente emocional, que avalia a interferência de problemas emocionais nas atividades sociais, também se observou bom escore. Esse fato pode significar que a menopausa não interferiu negativamente na integração social dessas mulheres. O menor escore foi observado nos aspectos sociais (por volta de 46) para

ambos os grupos. Esse resultado pode ser explicado em razão do excesso de atividade dentro do lar associado com o trabalho, o que impossibilita maiores atividades sociais, além da baixa renda.

Ainda, é possível que a sobrecarga causada pela dupla jornada de trabalho seja responsável pelo comprometimento da vitalidade. Outros autores, aplicando o SF-36 em mulheres no climatério, também verificaram baixos escores no componente vitalidade⁽⁶³⁾.

Zahar⁽⁵⁹⁾ sugere que estudos longitudinais poderão mostrar a mudança do escore de qualidade de vida a partir da prescrição da TRH, enriquecendo as informações existentes até o momento e ampliando a compreensão dos fatores associados à qualidade de vida dessas mulheres. A utilização de uma amostra populacional permitiria inferências relativas às mulheres climatéricas de forma mais ampla e não apenas relativas àquelas de ambulatorios especializados. Neste estudo longitudinal, apesar das limitações de amostra e de ser realizado em um único município, pudemos observar que a TRH exerce pouca influência na modificação dos sintomas associados à percepção de qualidade de vida. De fato, qualidade de vida, corroborando com diversos autores, é muito mais do que sintomas clínicos, mas uma forma de viver e de encarar as adversidades colocadas nesta vivência em que a medicação de reposição hormonal pouco tem significância.

É importante se considerar a proposta de utilizar também métodos qualitativos nas pesquisas voltadas a avaliar a qualidade de vida no climatério, a despeito de a metodologia quantitativa ainda se mostrar hegemônica e predominante na literatura especializada. A metodologia qualitativa, quando adequadamente conduzida, permite que se mostrem com mais liberdade a subjetividade e a multidimensionalidade – tão importantes na aferição da qualidade de vida. Além disso, os defensores de enfoques qualitativos enfatizam que a utilização de medidas padronizadas pode levar a respostas estereotipadas, que muitas vezes têm pouco ou nenhum significado para a pessoa⁽³¹⁾.

Como proposta de continuidade, espera-se que esta amostra possa ser explorada na vertente qualitativa e novos resultados possam ser alcançados.



Conclusões

7 CONCLUSÕES

Para esta pesquisa, conclui-se que a TRH tem efeitos significativos na amenização dos fenômenos vasomotores, o que pode ser observado na comparação dos grupos e intragrupo intervenção.

Estando a qualidade de vida mais ligada a fatores emocionais, psicológicos e sociais, as mulheres de ambos os grupos apresentaram qualidade de vida boa, sem diferença estatisticamente significativa para os escores, excetuando-se a capacidade funcional e estado geral de saúde do instrumento SF-36 e insônia, depressão e menor capacidade do instrumento MRS na comparação entre os grupos. Para o SF-36 após a TRH, não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos domínios.

Em ambos os grupos a qualidade de vida foi considerada relativamente boa, pois não existem escores abaixo de 50 para o SF-36, excetuando-se os aspectos sociais.



Referências

REFERÊNCIAS

- 1- Ministério da Saúde. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília, 2008.
- 2- Portal da Saúde - Saúde da mulher. Disponível em:
<http://www.ses.se.gov.br/cidadao>. Acesso em: 09/09/2011.
- 3- Sé E V G. Longevidade da mulher e suas consequências 2008. Disponível em:
<http://www2.uol.com.br/vyaestelar/mulher_longevidade.htm>. Acesso em
09/09/2011.
- 4- Fundação Seade. Disponível em:
<http://www.seade.sp.gov.br/produtos/projpop/index.php>. Acesso em: 21/06/2011.
- 5- Halbe HW, Fonseca AM. Síndrome do climatério. In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2000. p. 1519-57.
- 6- Almeida AB. Reavaliando o climatério: Enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.
- 7- Fernandes CE. Febrasgo. Climatério (1995) Disponível em: <[www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/climatério/cap 01. html](http://www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/climatério/cap%2001.html)>. Acesso em: 21/06/2011.
- 8- World Health Organization. Research on the Menopause. Geneve: WHO; 1981. [Technical Report Series, p. 670].
- 9- Pedro A. O, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Rev Saúde Pública 2003; 37(6):735-42.
- 10- Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. (Serie de Informes Técnicos 866).

- 11- Bagnoli VR, Fonseca AM. Etiopatogenia do climatério. In: Sampaio NAP, Fonseca AM, Bagnoli VR, Halbe HW, Pinotti JA, organizadores. Síndromes climatéricas. São Paulo: Atheneu; 1999. p. 9-14.
- 12- Almeida AB. Reavaliando o climatério: Enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003.
- 13- De Lorenzi Dino Roberto Soares, Baracat Edmund Chada, Saciloto Bruno, Padilha Jr. Irineu. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. Rev. Assoc. Med. Bras. 2006; 52(5): 312-317.
- 14- SOBRAC (Sociedade Brasileira de Climatério). Consenso brasileiro multidisciplinar de assistência à mulher climatérica. São Paulo; 2003. [2008 jun 10]. Disponível em: <<http://www.sobrac.org.br>>. Acesso em: 23 fev. 2012.
- 15- Majumdar SR, Almasi EA, Stafford RS. Promotion and prescribing of hormone therapy after report of harm by the Women's Health Initiative. JAMA, 292: 1983-8, 2004.
- 16- De Lorenzi DRS, Baracat EC. Climatério e qualidade de vida. Femina, 33: 899-903, 2005.
- 17- Heinemann, L.A.; Potthoff, P.; Schneider, H.P. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health and Quality of Life Outcomes, v.1, n. 1.p. 28-30. 2003.
- 18- Heinemann, L.A.; Ruebig, A.; Potthoff, P.; Hermann, P.G.; Schneider, H.P.; Strelow, F. Lothar, A.J. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. Health and Quality of Life Outcomes, v.2. set. 2004. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/2/1/45>. Acesso em 22 fev. 2012.
- 19- Greene .G. Measuring the symptom dimension of quality of life: general and menopause-specific scales and their subscale structure. In HERMANN P.G SCHNEIDER (ed). Hormone Replacement Therapy and Quality of Life. New York: The Parthenon Publishing Group, 2002.
- 20 - Schneider, H.P. & Behre, H.M. Contemporary evaluation of climacteric complaints: its impact on quality of life. In HERMANN P.G; SCHNEIDER (eds). Hormone Replacement Therapy and Quality of Life. New York: The Parthenon Publishing Group, 2002.

- 21- Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. *J Clin Epidemiol* 1999; 52:355-63.
- 22- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36- item Short-Form Health Survey (SF-36)” [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- 23- Whoqol Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J; KUYKEN, W. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heigelberg: Springer Verlag; 1994: 41-60.
- 24- Pinto Neto, Aarão Mendes et al. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, vol.18, n.1, pp 121-127, 2002.
- 25- Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, 20(2):580-8, 2004.
- 26- Scliar M . *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- 27- Chachamovich, E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do modulo WHOQOLOLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOLBREF em uma amostra de idosos brasileiros. [Dissertação Mestrado em Ciências Médicas]. Porto Alegre: 2006.
- 28- Giacomini, D. R. e Mella, E. A. C. Reposição Hormonal: vantagens e desvantagens. *Semina: Ciências Biológicas e Saúde*, Londrina, v. 27, n. 1, p.71-92, jan./jun. 2006.
- 29- Greendale, G. A.; Leen, N. P.; Arriola, E. R. The menopause. *Lancet*, London. v. 353, n. 9152 p. 571- 580, 1999.
- 30- Lubián, D. M. Retirada de la terapia hormonal sustitutiva: por qué, cuándo y cómo?. *Ginecologia y Obstetricia Clínica*. v. 7, p. 37-45, 2006.
- 31- Zahar SEV, Aldrighi JM, Pinto Neto AM, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida em usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal. *Rev Assoc Med Bras.*, 51(3):133-8, 2005.

- 32- Biondo-Simoes, M. L. P.; Zimmermann, E.; Daher, T. S.; Borsato, K.S.; Noronha, L. Effects of hormonal replacement therapy on colon anastomosis healing in rats. *Acta Cir. Bras.* v. 20, n. 3, p. 237-242, 2005.
- 33- Araujo Junior, N. L. C. e Athanazio, D. A. Terapia de reposição hormonal e o câncer do endométrio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, 2007.
- 34- Demetrio, F.N. Efeito da terapia de reposição estrogênica sobre o humor e a ansiedade em mulheres menopausadas. São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Medicina, 202p, 2000.
- 35- Neto, J.S.P.; Pedro, A. O.; PAIVA, L. C. Climatério – abordagem terapêutica. In: VILAR, L. et al. *Endocrinologia Clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, p. 496-508, 2000.
- 36- Viana, L. C.; Martins, M.; Geber, S. Climatério. In: Alves J, organizador. *Ginecologia*. Rio de Janeiro: Medsi Editora. p. 504-8, 1998.
- 37- Hurd, W. W; Amesse, L. S; Randolph, J. F. Tratado de ginecologia. In: Berek, J. S.; Adashi, E.; Hillard. *Menopausa*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- 38- Stancel, G. M; Mitchell, D. L.. As bases farmacológicas da terapêutica. In: Gilman, A. G. *Estrogênios e progestogênios*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.
- 39- Santos, L. de O. M.; PESSOLE, M. de L.; IOSHII, S. O. Efeito dos estrógenos conjugados e da Medroxiprogesterona sobre a mama. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia*, v.23 n.8, p.23-35, set./out. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 04 abr. 2012.
- 40- Vigeta, S. M. G. e Bretãs, A. C. P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem o uso ou não da terapia de reposição hormonal: Universidade Federal de São Paulo Departamento de Enfermagem, v.1 n.1, p.1682-1688, nov./dez. 2004.
- 41- Wannmacher, L. e Lubianca, J. N. Terapia de reposição hormonal na menopausa: evidências atuais. *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*. v. 1, n. 6, p. 1-6, 2004.

- 42- Han, K. K.; Soares Junior, J. M.; Haidar, M. A.; Girão, M.J.B.C.; Nunes, M.G.; Lima, G.R.; Baracat, E.C. Phytoestrogen Effects on Some Clinical and Laboratory Parameters in Climacterium. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* v.24, n. 8, p. 547-552, 2002.
- 43- Esteves, E. A. e Monteiro, J. B. R. Efeitos benéficos das isoflavonas de soja em doenças crônicas. *Rev. Nutr.*, v. 14, p. 43-52, 2001.
- 44- Anupongsanugool, E.; Teekachunhatean, S.; Rojanasthien, N.; Pongsatha, S.; Sangdee, C. Pharmacokinetics of isoflavones, daidzein and genistein, after ingestion of soy beverage compared with soy extract capsules in postmenopausal Thai women. *BMC Clinical Pharmacology*, 2005.
- 45- Ferrari, R.A. e Mottin, I. Isoflavonas de soja: uma breve revisão. *Departameto de zootecnia e tecnologia de alimentos UEPG*. 2001.
- 46- Rozenfeld, S. Terapia hormonal para a menopausa (TH): múltiplos interesses a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 437-442, 2007.
- 47- Mendelsohn ME, Karas RH. HRT and the young at heart. *N Engl J Med.*, 356(25):2639-41, 2007.
- 48- Hunter MS. Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillieres Clin Endocrinol Metab.*, 7(1):33-45, 1993.
- 49- Ciconelli, RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol.*, 43:9-13, 2003.
- 50- Gill, TM; Feinstein, AR. A critical appraisal of the quality of life. *JAMA*, 272:619-26, 1994.
- 51-Guyatt, G; Feeny, D; Patrick, L. Measuring Health related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118: 622-629, 1993.
- 52- Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569-85.

- 53- Manificat, S et al. Quality of life of children and adolescents after kidney or liver transplantation: child, parents and caregiver's point of view. *Pediatr Transplant*. 2003 Jun;7(3):228-35.
- 54- Ware, J.E.; Sherbourne, C.D. The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30. 1992, pp. 473-483.
- 55- Landgraf, JM; Abetz, L; Ware, JE. The CHQ: a user's manual. 2.ed. Boston (MA): The Health Institute, 1999.
- 56- Patrick, DL; Deyo, RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl): S217-32. Review.
- 57- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 09/03/2012.
- 58- Silva-Filho EA, Costa AM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas em hospital-escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(3):113-20.
- 59- Hays J, Ockene JK et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348:1839-54.
- 60- Sherman S. Natural history of menopause studies and related efforts at the National Institute on Aging, NIH. In: Schneider HPG, Naftolin F, editors. *Climacteric medicine – where do we go?* London: Taylor & Francis; 2005. p.16-26.
- 61- Dennerstein L, Burrows GD, Hyman GJ, Sharpe K. Hormone Therapy and affect. *Maturitas*. 1979;1:247-59.
- 62- Marsh MS, Whitehead MI. Management of the menopause. *Br Med Bull* 1992; 48:426-57.
- 63- Wilson DH et al. Health status of hormone replacement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality of life dimension. *Climacteric*. 1998;1:50-4,33.



Apêndice

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Grupo: _____
 Número: _____
 () Início () Término



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP
 Departamento de Enfermagem



FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”

Unidade de Saúde: _____

Matrícula: _____

• Identificação

Nome: _____
 Endereço: _____
 Telefone: _____
 Idade: _____ Cor: Branca () Preta () Parda () Outra: _____
 Nível de Escolaridade: () Ensino Fundamental () Ensino Médio () Ensino Superior
 Tempo de menopausa: _____
 Estado marital: () com companheiro () sem companheiro Com parceiro sexual: () sim () não
 Ocupação profissional: _____
 Renda própria: () 01 salário mínimo () 02 salários mínimos () 03 salários mínimos () mais de 03 salários mínimos

• Comorbidades

() Hipertensão Arterial () Diabetes mellitus () Artralgia () Osteoporose

• Características comportamentais

Ingestão de álcool: () não faz uso () diariamente () eventualmente
 Tabagismo: () não tabagista () tabagista (utilização diária de cigarro nas últimas quatro semanas) () ex-tabagista
 Uso de psicofármacos: () benzodiazepínicos () antidepressivos () neurolépticos
 Frequência: () diariamente () eventualmente
 Atividades esportivas: () sim (>3 x semana por 30 min) () não
 Atividades artísticas: () sim () não
 Atividades religiosas: () sim () não
 Dificuldades interpessoais: () sexuais () conjugais () familiares () sociais
 Alimentação diária: () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais
 Medicamentos em uso: _____

• Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos

Número de gestações: () Cesárea () Parto normal () Aborto () Filhos Vivos () Óbito infantil (<1 ano)
 Idade da menarca: _____ Idade da Menopausa: _____
 Presença de fluxo menstrual: () Sim Quantos dias: _____ () Não Cessou há _____
 espontaneamente
 Histerectomia: () sim () não
 Cirurgias ginecológicas: () sim () não Qual: _____



Anexos

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsardeni@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 01 de agosto de 2011.

Of. 323/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^a. Dr^a Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Departamento de Enfermagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Prof^a Maria de Lourdes,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa - (Protocolo CEP 3948-2011) "**Avaliação da qualidade de vida em mulheres na fase do climatério usuárias da atenção básica do Município de Promissão-SP**", a ser conduzido por Jéssica Steffany Miranda, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator, parecer **favorável**, aprovado em reunião do CEP de **01 de Agosto de 2.011**.

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

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Jéssica Steffany Miranda**, aluna regularmente matriculada no curso de mestrado da UNESP-Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Enfermagem, estou realizando um estudo sobre a qualidade de vida das mulheres no período da menopausa, sob orientação da Prof. Dra. Maria de Lourdes Silva Marques Ferreira, e você está sendo convidada a participar desse estudo que se chama: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”.

Sabemos que na atualidade a expectativa de vida da mulher aumentou e com isso muitas mulheres vivenciarão a menopausa. Assim, estima-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços de saúde do país por mulheres com queixas relacionadas a este período da vida. Preocupadas com isso, temos como objetivo nesta pesquisa avaliar a qualidade de vida das mulheres no climatério atendidas na rede básica de saúde do município de Promissão/SP, com e sem tratamento de reposição hormonal.

Asseguro que sua identidade não será revelada, existindo a garantia de sigilo e privacidade. Serão realizadas duas entrevistas: uma no início da pesquisa e outra seis meses após esta primeira. As entrevistas terão duração máxima de trinta minutos cada. A pesquisa terá duração máxima de seis meses. Alguns exames poderão ser solicitados para o acompanhamento, a contar da primeira entrevista.

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que quiser antes, durante e após a realização da pesquisa. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa este documento constará em duas vias, das quais uma ficará com você e outra com a pesquisadora. Assim sendo, comprometo-me, enquanto pesquisadora, a cumprir o que aqui ficou determinado, assinando esse termo de consentimento.

Eu, _____, portadora do RG _____, como participante da pesquisa, após o esclarecimento feito pela pesquisadora, declaro que entendi o objetivo da pesquisa, que tenho a liberdade de escolha, que posso retirar meu consentimento, que não serei identificada, nem constrangida e que tenho meu atendimento na unidade assegurado. Eu concordo em participar da pesquisa e por isso assino este consentimento.

Botucatu, ____ de _____ de 20 ____.

Voluntária

Jéssica Steffany Miranda
RG: 42803143-2

Pesquisadora: Jéssica Steffany Miranda. Endereço: Avenida da Saudade, 667 – Centro – Promissão/SP – CEP: 16370-000. Telefones: (14) 3541 5980/ 9143 7523. E-mail: je_steffany@hotmail.com

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Lourdes Silva M. Ferreira. Endereço: Rua João de Oliveira, 440 Jardim Paraíso II - Botucatu/SP - CEP: 18610-010. Telefones: (14)38116070/ 38135264. E-mail: malusa@fmb.unesp.br

ANEXO C

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MENOPAUSA

Grupo: _____

Número: _____

() Início () Término



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP
Departamento de Enfermagem



ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MENOPAUSA

Menopause Rating Scale (MRS)

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”

		QUEIXAS										
		Nenhuma	Leves			Moderadas		Intensas		Muito intensas		
			0	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9
Fogachos, sudorese súbita (frequência, intensidade)	Fenômenos Vasomotores											
Palpitação, taquicardia, opressão Pré-cordial, alteração do ritmo	Queixas Cardíacas											
Dificuldade de iniciar, manter sono. Despertar precoce.	Insônia											
Tristeza choro fácil, desânimo, oscilação humor	Depressão											
Nervosismo, agressividade, tensão	Irritabilidade											
Cansaço físico, mental, memória fraca, dificuldade concentração	Menor capacidade											
Diminuição da libido, satisfação e atividade sexual	Sexualidade											
Poliúria, polaciúria	Queixas urinárias											
Ressecamento das mucosas, queixas durante ato sexual	Secura vaginal											
Dor articular (principalmente mãos), queixas reumáticas.	Queixas locomotoras											
DATA												
VALOR MÉDIO												

ANEXO D

SHORT FORM HEALTH SURVEY QUESTIONNAIRE – SF-36

Grupo: _____

Número: _____

() Início () Término



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP
Departamento de Enfermagem



QUESTIONÁRIO GENÉRICO DE
AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (SHORT FORM HEALTH SURVEY QUESTIONNAIRE – SF-36)
Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”

1. Em geral você diria que a sua saúde é: (circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2. Comparada a uma ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora? (circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim Dificulta muito	Sim Dificulta um pouco	Não Não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar 1 quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava-se ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. Ex. Necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? (circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos em grupo? (circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas? (circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação às últimas 4 semanas.

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheia de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc) ? (circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria da vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO E

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua Genaro Sammarco, 514 - Centro - CEP 16.370-000
E-mail: saude@promissao.sp.gov.br
CNPJ 44.558.856/0001-52



AUTORIZAÇÃO

Autorizo **Jéssica Steffany Miranda**, portadora do RG 42803143-2, aluna matriculada regularmente no Mestrado Profissional da UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” - Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Enfermagem, sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, a executar a pesquisa para sua Dissertação de Mestrado intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”, através de entrevistas, aplicação de questionários e acompanhamento de mulheres usuárias da Atenção Básica do município de Promissão na faixa etária de 40 a 65 anos, assegurando livre acesso à Unidade de Saúde denominada “Casa Municipal de Saúde da Mulher”, em busca de dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais nos prontuários, inclusive. Ainda, que disponibiliza os médicos ginecologistas da atenção básica para acompanhamento e requisição de exames complementares nas mulheres pesquisadas, assegurando os mesmos.

Por ser verdade, firmo a presente.

Promissão, 09 de Maio de 2011.


Maria Antonieta Gasparini
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO F

TERMO DE COMPROMISSO 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua Genaro Sammarco, 514 - Centro - CEP 16.370-000
E-mail: saude@promissao.sp.gov.br
CNPJ 44.558.856/0001-52



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **Graziella Frazão Buckentin Portella**, médica ginecologista da Casa de Saúde da Mulher, município de Promissão, CRM-SP 68719, após ciência da pesquisa desenvolvida por Jéssica Steffany Miranda, sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”, investigação para a Dissertação de Mestrado na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, e aprovada em conformidade com os requisitos pela Secretaria de Saúde do município em questão, comprometo-me a colaborar com a mesma acompanhando as mulheres selecionadas para a pesquisa, sob todos os princípios da bioética, aplicando, inclusive, no grupo selecionado, a Terapia de Reposição Hormonal, e solicitando exames necessários, respeitando os objetivos da pesquisa.

Por ser verdade, firmo o presente.

Promissão, 20 de Junho de 2011.

Dr^a Graziella Frazão Buckentin Portella
Médica Tocoginecologista
RC: 157040892-4 CRM: 68.719
Casa da Saúde Da Mulher/Promissão
Graziella Frazão Buckentin Portella
Médica ginecologista
CRM-SP 68719

ANEXO G

TERMO DE COMPROMISSO 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE PROMISSÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Rua Genaro Sammarco, 514 - Centro - CEP 16.370-000
E-mail: saude@promissao.sp.gov.br
CNPJ 44.558.856/0001-52

GOVERNO DO MUNICÍPIO DE
PROMISSÃO



TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **Aduir Augustinho da Silva**, médico ginecologista da Casa de Saúde da Mulher, município de Promissão, CRM-SP 127886, após ciência da pesquisa desenvolvida por Jéssica Steffany Miranda, sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES NA FASE DO CLIMATÉRIO USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE PROMISSÃO/SP”, investigação para a Dissertação de Mestrado na Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, e aprovada em conformidade com os requisitos pela Secretaria de Saúde do município em questão, comprometo-me a colaborar com a mesma acompanhando as mulheres selecionadas para a pesquisa, sob todos os princípios da bioética, aplicando, inclusive, no grupo selecionado, a Terapia de Reposição Hormonal, e solicitando exames necessários, respeitando os objetivos da pesquisa.

Por ser verdade, firmo o presente.

Promissão, 20 de Junho de 2011.

Dr. Aduir Augustinho da Silva
Ginecologista / Obstetra
CRM/SP - 127886
Aduir Augustinho da Silva
Médico ginecologista
CRM-SP 127886