UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA – UNESP

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM AUSÊNCIA OU PRESENÇA DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Lívia Filomena Santos Baldini

Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2011

LÍVIA FILOMENA SANTOS BALDINI

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES COM AUSÊNCIA OU PRESENÇA DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina. Botucatu. UNESP.

Orientadora:
Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira

Botucatu

2011

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

Baldini, Lívia Filomena Santos.
Qualidade de vida em mulheres com ausência ou presença de terapia de reposição hormonal / Lívia Filomena Santos Baldini. – Botucatu : [s. n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira
Capes: 40400000

1. Menopausa. 2. Hormonioterapia. 3. Qualidade de vida.

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

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, que é minha base,

meu caminho e minha força para prosseguir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indireta a concluir mais esta jornada, em especial:

À minha família, pelo apoio e confiança

À minha orientadora Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira, por tudo que me ensinou

Ao Professor Jairo Aparecido Ayres, pela imensa paciência e dedicação, sem a qual eu não conseguiria chegar ao final,

Às Enfermeiras Luciana Cristina Parenti e Cássia Marisa Manoel, que me ensinaram e permitiram compartilhar de seus conhecimentos,

À toda a equipe do Centro de Saúde Escola e UVF, pela colaboração sincera e espontânea,

Às minhas amigas, pelo incentivo e apoio, em especial à Laís Vello, por dividir comigo anseios e conquistas,

Agradeço a todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indireta e que estiveram comigo na conclusão desta jornada.

EPÍGRAFE

"Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor."

Goethe

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de um grupo de mulheres menopausadas na presença ou ausência de Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Constitui-se de um estudo analítico de corte transversal em que participaram mulheres do Centro Saúde

Escola – Unidade da Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária do Município de Botucatu. As participantes foram relacionadas e constituídas em dois grupos de estudos: realizam a TRH e não realizam a TRH. Foi aplicado o instrumento SF 36 e QRS, além de um questionário para a caracterização da população estudada. Não foi percebida diferenças na comparação dos grupos, com relação à idade, menarca e idade da menopausa. Observou-se que 92% declaravam-se brancas, Mulheres que estudaram até o Ensino Fundamental (p=0,0209), e as que possuíam companheiro (p=0,0055), foram as que mais relataram alterações na QV. As comorbidades mais encontradas foram Hipertensão e Diabetes, sendo esta, significativamente mais importante em mulheres sem TRH. O relato de pira da QV foi manifestado por 28% da amostra, sendo a população que obteve escore mais negativo no MRS (p,0,05). A correlação dos oito componentes do SF36 e do MRS, com presença ou ausência de TRH não apresentou diferenças significativas. O conceito de qualidade de vida e avaliação da mesma é subjetivo e individual. No entanto elas conseguem perceber alterações na QV, comprovadas pelos instrumentos. Pode-se perceber que a menopausa não vem, necessariamente acompanhada de alterações na QV, no entanto, quando manifestadas, tendem a ser percebidas de maneira mais negativa. Apesar do menor nível social e baixa escolaridade e as mulheres entrevistadas apresentam QV considerada boa. Há a necessidade de aprimorar estudos para obter uma relação mais real entre TRH e QV.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the quality of life (QL) of a group of menopausal women in the presence or absence of hormone replacement therapy (HRT). It consists of a cross-sectional analytical study involving women from the School Health Center - Unity

Village Farmers' and Town Railway on the city of Botucatu. Participants were divided into two related groups of studies: run HRT and do not realize. We used the SF 36 and QRS, and a questionnaire to characterize the study population. No differences were seen when comparing the groups with regard to age, age at menarche and menopause. It was observed that 92% were white women and who have studied up to primary education (p = 0.0209), and those who had a partner (p = 0.0055), were the most reported changes in QL. The most frequent comorbidities were hypertension and diabetes, which is significantly more important in women without HRT. The account of the lower of QL was expressed by 28% of the sample, and the population obtained in MRS score more negative (p, 0.05). The correlation of the eight components of the SF36 and the MRS, with the presence or absence of TRH showed no significant differences. The concept of quality of life and evaluation of it is subjective and individual. However they can notice changes in QL, evidenced by instruments. One can see that menopause is not necessarily accompanied by changes in QL, however, when expressed, tend to be perceived more negatively. Despite the lower level of social and low education and women interviewed have QL as good. There is a need for studies to improve a more real relationship between HRT and QL.

SUMÁRIO

Resumo ----------6

Lista de Tabelas e Figuras ----------8

1 Introdução ----------10

2 Objetivos ----------15

2.1 Objetivo Geral ----------15

2.2 Objetivo Específico ----------15

3 Procedimentos Metodológicos ---------- 16

3.1 Tipo de Estudo, População, Amostra---------- 16

3.2 Coleta de dados ---------- 17

3.3 Local ---------- 17

3.4 Instrumentos ---------- 17

3.4.1 Escala de Avaliação da Menopausa – Menopause Rating Scale (MRS) ---------- 17

3.4.2 Short – Form Health Survey (SF-36) ---------- 18

3.5 Análise Estatística ---------- 19

4 Resultados ---------- 20

5 Discussão ---------- 26

6 Considerações Finais ---------- 32

7 Referências Bibliográficas ---------- 34

Apêndice 1 ---------- 38

Apêndice 2 ---------- 39

Anexo I ---------- 42

Anexo II ---------- 43

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa---------- 47

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 - Características socioeconômicas e o uso de TRH----------19

Tabela 2 - Características clínicas de usuárias (n=18) e não usuárias (n=32) de TRH---------20

Tabela 3 – Presença de TRH e características e definições relatadas----------21

Tabela 4 - Relação entre relato de melhora na QV e média MRS ----------22

Tabela 5 - Comparação dos escores do SF-36 e relato de Mudança QV e Melhora QV -----23

Tabela 6 - Comparação dos escores do SF-36 de mulheres usuárias e não usuárias de TRH-24

Figura 1 - Realização de TRH e presença de comorbidades ----------20

Figura 2 - Escolaridade e estado civil: Mudança na QV ----------21

1 INTRODUÇÃO

Atualmente as mulheres são a maioria da população brasileira (51,04%), e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento ou acompanhando seus familiares [1].

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].

O conhecimento sobre o envelhecimento da população humana constitui um fenômeno relativamente recente na história da humanidade. A média de sobrevida das mulheres na Idade Média era de 25 anos, só no início do século XX, com os avanços científicos é que a expectativa de vida pôde chegar aos 50 anos. No Brasil, a esperança de vida média ao nascer da mulher brasileira no ano de 2001 foi de 68,82 anos [3,4,5].

O padrão da população feminina por idade vem apresentando mudanças caracterizando aumento da expectativa de vida ao nascer para 71 anos. A menopausa ocorre em média aos 51,2 anos , o que expressa que as mulheres estão vivendo mais tempo requerendo novo olhar sobre as Políticas de Saúde [1,6].

Assim, muitas mulheres passarão a sobreviver um tempo suficiente para poder experimentar as mudanças que o climatério causa em seus corpos, fato este não vivenciado em gerações anteriores [7].

O climatério é erroneamente chamado de síndrome do climatério, moléstia ou síndrome menopausal, é considerado como o conjunto de sintomas e sinais que surgem no climatério e prejudicam o bem estar da mulher [3,8].

No entanto, a Organização Mundial de Saúde considera o climatério como fase da vida

biológica da mulher que representa a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo[9] e não processo patológico [10]. O termo climatério vem do grego Klimacton ou Klimakter, cujo significado é degrau ou crise [11].

A menopausa é definida como a última menstruação e o climatério como o período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva. O climatério é caracterizado por mudanças endócrinas devido ao declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade; e mudanças clínicas conseqüentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas [12].

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 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 conseqüências para a saúde a longo prazo. Nessas circunstâncias, a menopausa representa sinal cronológico importante no ciclo da vida e evento fisiológico a ser considerado sob perspectiva médica [6].

A OMS recomenda a utilização do termo "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 amenorréia, sem outra causa patológica ou psicológica. Já o termo "perimenopausa" ou "climatério" para o período em que surgem as irregularidades menstruais e queixas vasomotoras, que antecedem a menopausa e permanecem 12 meses pós menopausa. O termo "transição menopáusica" está relacionado ao que na prática equivale a perimenopausa. E quanto a "pré-menopausa" é o período total reprodutivo, anterior à menopausa, enquanto que "pósmenopausa" corresponde ao período posterior a menopausa, independente da mesma ter origem 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 [13,14].

O diagnóstico do climatério é dominantemente 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 em que todos têm como princípio a somatória ponderal das manifestações climatéricas e também para a realização de protocolos de pesquisa para comparação de tratamentos [10].

No que se refere ao climatério, vale lembrar a maior expectativa de vida da mulher brasileira, que ultrapassa em cerca de 10 anos a masculina. As mulheres com mais de 40 anos já correspondem a 32% do contingente populacional do Brasil, devendo sofrer um aumento de 11% até 2010.

Atualmente, 19,81% das mulheres brasileiras encontram-se na faixa etária entre 45 e 65 anos [1].

Como conseqüência, estima-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços de saúde do país por mulheres com queixas relacionadas ao climatério, trazendo maior preocupação com a saúde e qualidade de vida desta população.

As manifestações já percebidas e relatadas pelas mulheres estão relacionadas à fatores ligados ao hipoetrogenismo ou que levam a tal, como os sintomas vasomotores, como as ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, tonturas, insônia, fadiga, caracterizadas por uma sensação transitória de calor intenso, que se estende da região do tórax, pescoço e face. Estes sintomas podem ser percebidos por mais de um ano, e atingem cerca de 86% das mulheres.[9]

Há as manifestações de origem neuropsíquica, que também podem estar ligadas à diminuição do estrogênio, devido sua relação na modulação de neurotransmissores, ou estarem relacionados à outras situações relacionadas ao climatério, como mudanças físicas,

ambientais, sociais. São esses: nervosismo, ansiedade, irritabilidade, baixa auto-estima, tristeza. [2,9]

Já os problemas relacionados à questões sexuais, estão as alterações anatomo-funcionais, ligados à atrofia no aparelho geniturinário, ou comportamentais, como diminuição da libido. [2]

Outras manifestações podem surgir acompanhadas do processo natural de envelhecimento.

A terapia hormonal tem sido usada com a intensão de minimizar os desconfortos apresentados, combatendo sintomas vasomotores, e neuropsíquicos. [15].

Qualidade de vida vem despertando o interesse de pesquisadores e profissionais, principalmente, das áreas biológicas e humanas. A busca por uma melhor qualidade de vida passou ser um objetivo do paciente, e para os profissionais de saúde, a melhoria da QV é resultado esperado pelas práticas assistenciais [16].

No que se refere ao climatério, vale lembrar a maior expectativa de vida da mulher brasileira, que ultrapassa em cerca de 10 anos a masculina. As mulheres com mais de 40 anos já correspondem a 32% do contingente populacional do Brasil, devendo sofrer um aumento de 11% até 2010.

Como conseqüência, estima-se que nos próximos anos ocorra uma procura crescente nos serviços de saúde do país por mulheres com queixas relacionadas ao climatério, trazendo maior preocupação com a saúde e qualidade de vida desta população.

Qualidade de vida vem despertando o interesse de pesquisadores e profissionais, principalmente, das áreas biológicas e humanas. A busca por uma melhor qualidade de vida passou ser um objetivo do paciente, e para os profissionais de saúde, a melhoria da QV é resultado esperado pelas práticas assistenciais [16].

O termo qualidade é de natureza complexa e abstrata e, portanto, têm significados

diferentes para cada indivíduo, sociedade e situações diferentes. Assim sendo qualidade de vida possui uma multiplicidade de conceitos [17].

Embora a concepção de qualidade de vida diferente de uma pessoa para outra, como também nas diferentes fases da vida [18], existe consenso sobre os múltiplos fatores que determinam a qualidade de vida da população de modo geral [19].

A American Thoracic Society define QV como sendo satisfação e/ou felicidade com a vida frente aos domínios considerados importantes pelo indivíduo, como também a relação entre o que é desejado e o que é alcançado [20].

Devido a muitas divergências entre definições e conceitos sobre QV, considera-se pertinente adotar definição da OMS que considera a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura, sistemas de valores nas quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [21, 22].

Esta pesquisa justifica-se por ser a qualidade de vida no climatério pouco explorada no Brasil e a maioria dos estudos disponíveis tem sido realizada em outros países não sendo sempre possível a aplicação dos resultados para a realidade brasileira em razão de diferenças culturais e sócio-econômicas.

Muito embora este estudo seja com a população restrita de serviço de saúde, abrangerá duas unidades da rede básica de saúde, o que significa uma contribuição de grande importância para a população feminina do município de Botucatu.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida de mulheres menopausadas na presença ou ausência de Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

2.2 Objetivos Específicos

- Averiguar o entendimento sobre a qualidade de vida para mulheres menopausadas.
- Averiguar o desejo de realizar TRH.
- Avaliar a sintomatologia na menopausa nos dois diferentes grupos.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 . Tipo de Estudo, População e Amostra

Estudo analítico de corte transversal em que participaram mulheres do Centro Saúde Escola – Unidade da Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária do Município de Botucatu. As participantes foram relacionadas e constituídas em dois grupos de estudos: realizam a TRH e não realizam a TRH.

3. 1.1. Critério de inclusão

- Mulheres em menopausa, considerando o período de 12 meses contínuo de ausência de menstruação.
- Mulheres entre a faixa etária de 40 e 65 anos de idade.
- Mulheres inscritas nas unidades básicas de saúde – Vila Ferroviária e Vila dos Lavradores.
- Mulheres que concordarem em participar da pesquisa e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1)

3.1.2. Critério de Exclusão

- Mulheres que apresentam doenças psiquiátricas.
- Mulheres que estiverem usando medicamentos psiquiátricos ou outro tipo de medicação que possa interferir em seu estado de consciência.
- Mulheres que fizerem uso de qualquer tipo de droga-adição ou uso abusivo de álcool.
- Mulheres que estiverem fazendo uso de qualquer medicação para tratamento dos sintomas da menopausa.

3.1.3. Amostra

O tamanho da amostra foi estimadopor meio do levantamento do número de mulheres em menopausa (ausência de menstruação por 12 meses consecutivos), inscritas nas unidades

em que foi realizado o estudo. Estimou-se um total de 40 mulheres.

3.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a outubro de 2011 por meio de questionário para coleta de informações pessoais, antecedentes e conhecimento da percepção sobre qualidade de vida com perguntas fechadas (Apêndice 2). Quanto à qualidade de vida foi aplicado a escala de avaliação da menopausa – Menopause Rating Scale – MRS (Anexo 1) e o Short – Form Health Survey - SF36 (Anexo 2).

3.3. Local

O município de Botucatu situa-se na região centro sul do estado de São Paulo e tem população estimada de 120.800 habitantes, contagem da população em 2007 e possui uma área da unidade territorial de 1483 Km^2 [15].

Botucatu pertence ao Departamento Regional de Saúde – DRS VI – Bauru, junto com outros 67 municípios. Esta regional é dividida em cinco microrregiões: Avaré (16 municípios), Bauru (17 municípios), Botucatu (13 municípios), Jaú (14 municípios) e Lins (08 municípios).

3.4 Instrumentos

3.4.1 Escala de Avaliação da Menopausa – Menopause Rating Scale (MRS) (Anexo 1)

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. 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) [18] 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 [19].

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, preenchida conjuntamente pela entrevistadora e entrevistada, sendo simples de ser avaliada [18-20-21].

A pontuação de cada sintoma vai de zero (sem sintomatologia) a um ponto (maior intensidade da sintomatologia), com intervalo de graduação de 0,1 em 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

3.4.2 Short – Form Health Survey (SF-36) – (Anexo 2)

O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, utilizado para avaliação da saúde geral, atualmente é um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos na área de saúde Wood [22], já traduzido e validado no Brasil Ciconelli [23]. 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.

As mulheres foram divididas em dois grupos, A (que realizam TRH), e B (que não realizam TRH). Os questionários foram aplicados em ambos os grupos.

Foi considerado qualquer esquema de tratamento e qualquer via de administração – oral ou transdérmica. Foram excluídas as mulheres que fizeram uso de qualquer medicamento não hormonal para alívio dos sintomas associados ao climatério no último ano.

3.5 Análise Estatística

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

As características sócio-demográficas, clínicas e comportamentais serão expressos em média, desvio padrão e mediana.

Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas (cor, estado civil, escolaridade, renda própria, hábitos, comorbidades, atividades realizadas e presença de companheiro) foi utilizado o teste de qui-quadrado. Para as numéricas (idade, tempo de menopausa, idade da menarca, idade da menopausa) foi realizado o teste t-student.

Na comparação entre os componentes do SF-36 com o uso de TRH, foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon.

Para verificar a correlação entre os dois instrumentos utilizados, a escolha foi a correlação de Person.

Considerou-se $p<0,05$ como nível de significância estatística.

O programa utilizado para as análises foi o SAS for Windows versão 9,2.

4. RESULTADOS

A idade Média das mulheres estudadas foi de 56,5 ± 4,7 anos para o grupo com TRH, e 56,3± 4,9 para o sem TRH (p=0,8595). A menarca ocorreu, em média aos 13,25 ±1,6 anos (com TRH), e 12,48 ±3,9 anos (sem TRH). A idade média de Menopausa foi de 47,67 ±5,7 anos no grupo com TRH, e 44,75 ±12,5 no grupo sem TRH. Estas variáveis de idade mostraram valores homogêneos, sem diferença significativa.

Quanto às características sociodemográficas, 92% eram brancas, 70% relataram presença de parceiro, 52% cursaram ensino fundamental e 60 % não possuíam renda própria. Tabagismo e consumo de álcool foi referido por 14,89% e 16% das mulheres, respectivamente. Não houve diferença significativa quando comparadas as variáveis entre os grupos com e sem TRH. (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Características socioeconômicas e o uso de TRH

	Com TRH n (%)	Sem TRH n (%)	P
Cor			
-branca	17 (34%)	29 (58%)	0,3229
-não branca	1 (2%)	2 (4%)	
Estado Civil			
-com companheiro	14 (28%)	21 (42%)	0,3681
-sem companheiro	4 (8%)	11 (22%)	
Escolaridade			
-ensino fundamental	8 (16%)	18 (36%)	0,4574
-ensino médio	7 (14%)	12 (24%)	
-ensino superior	3 (6%)	2 (4%)	
Renda própria			
-sim	7 (14%)	13 (26%)	0,4017
-não	11 (22%)	19 (38%)	
Hábitos			
-consumo álcool	4 (8%)	4 (8%)	0,3064
-Tabagismo	2 (4%)	5 (10%)	0,7405
Atividades			
-esportivas	10 (20 %)	19 (38%)	0,6938
-artísticas	8 (16%)	12 (24%)	0,6381
-religiosas	14 (28%)	26 (32%)	0,8826

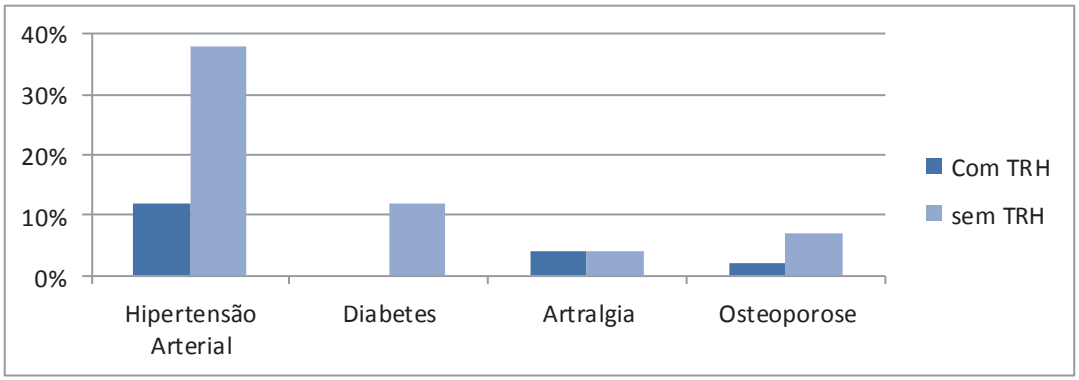
Tabela 2 – Características clínicas de usuárias (n=18) e não usuárias (n=32) de TRH

	Com TRH Média (DP)	Sem TRH Média (DP)	p
Idade	56,5 (4,7)	56,3 (4,9)	0,8595
Tempo Menopausa	8,61 (4,9)	8,63 (7,5)	
Idade Menarca	13,25 (1,6)	12,48 (3,9)	0.99
Idade Menopausa	47,67 (5,7)	44,75 (12,5)	0,45

A maioria das mulheres relatou realizar atividades religiosas (83,33%), 59,18% afirmaram realização de atividades físicas regulares e atividades artísticas são realizadas por 42,55% das mulheres entrevistadas.

Entre as mulheres sem TRH, 12% relataram ser portadoras de Diabetes (p=0,0502). Outras comorbidades não apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos (Figura 1).

Figura 1 – Realização de TRH e presença de comorbidades



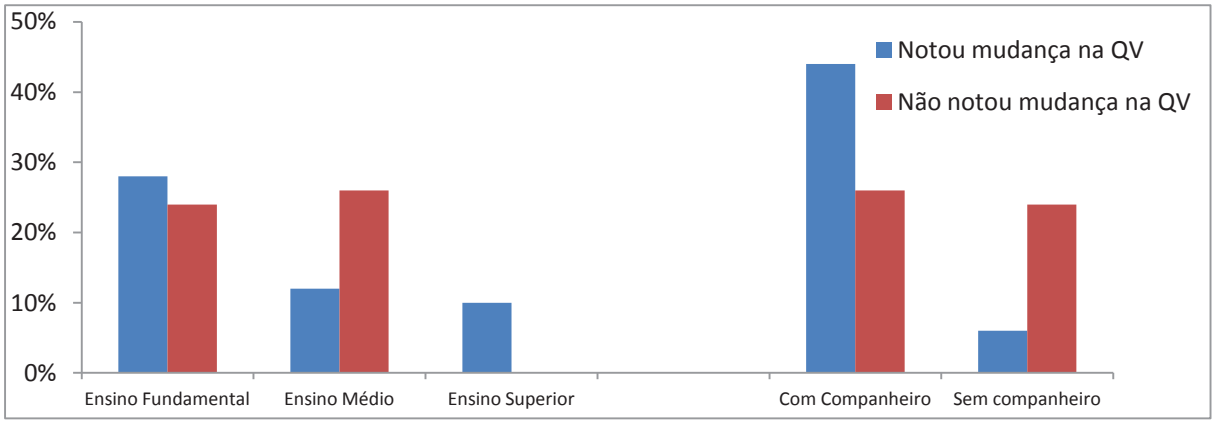
Quando indagada sobre seus conceitos de QV, mudanças percebidas, como se sente após a menopausa e sintomas que incomodaram e que agradaram, as respostas traziam núcleos bem semelhantes, que foram divididos e agrupados na Tabela 3.

Tabela 3 – Presença de TRH e características e definições relatadas

	Com TRH (n=18) n (%)	Sem TRH (n=32) n (%)
O que é QV		
- Atividade Física	9 (18%)	6 (12%)
- Saúde, vida boa	4 (8%)	12 (24%)
- Alimentação	6 (12%)	12 (24%)
- Outras	5 (10%)	9 (18%)
Mudanças percebidas		
- Não percebeu	1 (2%)	6 (12%)
- Calorão	10 (20%)	15 (30%)
- Diminuição Libido	0 (0%)	3 (6%)
- Irritação	1 (2%)	4 (8%)
- Outros	6 (12%)	7 (14%)
Como se sente após Menopausa		
- normal/ igual/ bem	9 (18%)	18 (36%)
- Melhor	3 (6%)	3 (6%)
- Pior / ruim/ Péssima/ deprimida	3 (6%)	7 (14%)
- Outros	3 (6%)	4 (8%)
O que mais incomodou		
- Calorão	8 (16%)	11 (22%)
- Ressecamento vaginal / diminuição libido	4 (8%)	5 (10%)
- irritação / tristeza / esquecimento	4 (8%)	4 (8%)
- Outros	2 (4%)	6 (12%)
O que agradou		
- não menstruar	5 (10%)	8 (16%)

Dos sintomas da menopausa, o nervosismo foi o mais significante, relatados em sua maioria como moderado pelas mulheres que perceberam e que não perceberam mudanças na QV (p=0,0103). Não foi encontrado relação com TRH.

Figura 2 - Escolaridade e estado civil: Mudança na QV



Mulheres que estudaram até o Ensino Fundamental foram as que mais relataram mudanças na QV (p=0,0209). O mesmo ocorreu com mulheres com companheiro (p=0,0055) (Figura 2).

Das mulheres sem TRH (n=32), 37,5% notaram mudanças na QV, enquanto 59,37% não notaram. Destas, 94% também não manifestaram desejo de realizar TRH (p=0,0087).

A análise da Escala de Avaliação da Menopausa (MRS) mostrou uma média geral de 0,35 pontos, que revela a intensidade dos sintomas de leve a moderados. Quanto ao percentual de mulheres usuárias e não usuárias de TRH segundo a mesma escala, apenas oito (16%) mulheres não usuárias apresentaram sintomas intensos ou muito intensos.

A Tabela 4 relaciona o relato de melhora ou piora na qualidade de vida com o resultado do MRS. Pode-se perceber que para as mulheres que relataram piora na QV após a menopausa, a média do MRS apresenta valor superior (0,51), em relação aos outros dois grupos (p<0,05).

Tabela 4 - Relação entre relato de melhora na QV e média MRS

	N (%)	Média (MRS)	Des. Padrão
Não mudou	26 (52%)	0,31	0,19
Melhorou	10 (20%)	0,21	0,09
Piorou	14 (28%)	0,51	0,28

Quando questionadas sobre as mudanças na QV após a menopausa, a resposta foi bem equilibrada: 50% perceberam e 50% não. Das que notaram, a piora na QV foi afirmada por 14 mulheres (28% da amostra total). A correlação destes grupos com o SF 36 mostrou valores significativos nos domínios vitalidade, saúde mental, capacidade funcional e estado geral de saúde. (Tabela 5)

Tabela 5 - Comparação dos escores do SF-36 e relato de Mudança QV e Melhora QV

	Mudança na QV (p=0,0007)			Melhora na QV (p=0,0002)		
Componentes	Grupo	Média	p	Grupo	Média	p
Vitalidade	Mudou	54,2	0,0036	Melhorou	65,50	0,013
	Não mudou	73,4		Piorou	46,43	
Saúde Mental	Mudou	55,52	0,0066	Melhorou	67,20	0,017
	Não mudou	70.88		Piorou	48,57	
Capacidade Funcional	Mudou	70,20	0,0046	Melhorou	79,00	0,0205
	Não mudou	84,80		Piorou	63,21	
Aspectos Físicos	Mudou	49,00	0,73	Melhorou	80,00	0,0041
	Não mudou	72,00		Piorou	23,21	
Dor	Mudou	52,00	0,85	Melhorou	55,00	0,527
	Não mudou	54,8		Piorou	48,57	
Estado Geral de Saúde	Mudou	64,38	0,0007	Melhorou	72,50	0,0039
	Não mudou	76,60		Piorou	58,85	
Aspectos Sociais	Mudou	49,48	0,043	Melhorou	50,00	0,2345
	Não mudou	54,00		Piorou	49,04	
Aspectos Emocionais	Mudou	62,67	0,079	Melhorou	93,33	0,0026
	Não mudou	81,33		Piorou	38,10	

A media geral obtida no SF36, considerando toda a amostra, foi de 63,88. As usuárias de TRH obtiveram menor escore nos domínios vitalidade e saúde mental, as não usuárias em aspectos físicos, e ambos os grupos apresentaram escore abaixo da media geral em dor e aspectos sociais. A correlação dos oito componentes do SF36, com presença ou ausência de TRH não apresentou diferença significativa (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação dos escores do SF-36 de mulheres usuárias e não usuárias de TRH

Componentes	Grupo	Média	DP	P
Vitalidade	Usuárias	59,17	22,05	0,955
	Não usuárias	66,40	27,01	
Saúde Mental	Usuárias	56	21,61	0,053
	Não usuárias	67,25	23,77	
Capacidade Funcional	Usuárias	81,11	13,78	0,391
	Não usuárias	75,43	23,60	
Aspectos Físicos	Usuárias	68,05	46,81	0,151
	Não usuárias	56,25	48,36	
Dor	Usuárias	53,33	9,70	0,452
	Não usuárias	53,43	10,35	
Estado Geral de Saúde	Usuárias	74,72	13,23	0,235
	Não usuárias	68,22	21,31	
Aspectos Sociais	Usuárias	53,47	13,43	0,396
	Não usuárias	50,80	6,40	
Aspectos Emocionais	Usuárias	72,22	46,09	0,441
	Não usuárias	71,87	41,57	

A correlação das médias gerais obtidas pelos dois instrumentos apresentou valor significativo (p=0,0002), ou seja, há a confirmação do resultado de um pelo outro.

5. DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a crescente preocupação dos profissionais de saúde com a qualidade de vida de seus clientes e nesse sentido, constante busca de fatores que possam estar interferindo nessa qualidade.

No que se refere à saúde da mulher a preocupação perpassa por inquietações no sentido de melhora da assistência no período do climatério, pelas alterações físicas e emocionais referentes a este período de vida. [12]

A transição do período reprodutivo para o climatério predispõe a mulher a manifestações funcionais causadas pelo hipoestrogenismo característico da fase, o que pode ou não acarretar em sintomas desconfortáveis e enquanto não há adaptação do organismo, promovem insatisfação, e conseqüentemente avaliação negativa da Qualidade de Vida [24]. A Organização Mundial da Saúde define QV como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", abordando todos os períodos de vida [25].

É importante o conhecimento de que a menopausa é causada pela deficiência de estrógeno e geralmente está presente no último terço de vida. Estudos anteriores relatam que faixa etária acima de 49 anos pode interferir negativamente na QV [24,26], neste estudo as mulheres tinham idade média de 56,4 ± 4,75 anos.

Segundo achados de estudos, mulheres mais jovens são as principais usuárias de TRH (<59 anos) [26], porém não foi encontrada relação significativa entre idade e uso de TRH. [24] Este tipo de conduta está relacionado a atenuar os sintomas que geralmente são mais frequentes no período pós-menopausa.

Outras características sociodemográficas avaliadas não mostraram relações com TRH, no entanto quando relacionada à percepção da mulher sobre sua QV, aquelas com baixa escolaridade e presença de companheiro foram as que mais relataram mudanças na QV. O conhecimento na área mostra que a incidência de sintomas é inversamente relacionada à idade, escolaridade, realização de atividade física e estilo de vida saudável [24]. Outro fato encontrado na literatura é que a presença de companheiro assim como as comorbidades afeta negativamente as manifestações [24,26,27,28].

Os conceitos de qualidade de vida, pelas mulheres neste estudo referem estar relacionado a alimentação, saúde e de atividade física, mostrando que o conceito de qualidade de vida e avaliação da mesma é subjetivo e individual. Assim percebem mudanças na QV devido às ondas de calor, irritabilidade e disfunções sexuais.

Apesar de aparentemente existir um distanciamento entre as respostas do que é QV e do que foi percebido em termos de mudanças, observa-se que pela definição de saúde da OMS como "o estado de completo bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença" pode-se perceber que tanto os conceitos como os sintomas se relacionam a esta definição. [25]

Geralmente as doenças associadas à menopausa são artralgias e osteoporose, e às vezes outras doenças relativas à idade, no caso hipertensão e diabetes. No presente estudo percebe-se que as mulheres sem terapia hormonal foram as que mais apresentaram comorbidades e não constataram mudanças na QV, muito embora o diabetes tenha sido a doença com maior índice.

Esta poderia ser uma justificativa para a baixa QV em algumas mulheres não usuárias de TRH, no entanto, não foi encontrado comprovação na literatura desta associação.

Estudo realizado com idosos portadores de diabetes e avaliação da QV, não demonstra alterações [29] , semelhante ao que foi encontrado em estudo com mulheres sem reposição,

mas em tratamento para comorbidades associaram como efeito placebo para atenuar os sintomas da menopausa [24].

As principais manifestações que afetam as mulheres nesse período conforme achados em literatura são palpitação, suores noturnos, nervosismo, depressão, dispareunia e insônia, sintomas estes percebidos pelas mulheres como negativos para QV [24, 28].

O nervosismo e alterações no sono podem ser reflexos da intensidade dos sintomas vasomotores, bem como de transtornos psíquicos. Entretanto, pode-se afirmar que a realização de atividade física associada à saúde psicológica e social tem impacto positivo na QV [28,30].

Os resultados do MRS mostraram relação direta entre o relato de piora da QV e uma pontuação alta no questionário, que indica maior intensidade dos sintomas do climatério na QV. Na comparação de outro questionário de avaliação dos sintomas da menopausa e o uso de TRH, não usuárias obtiveram classificações dos sintomas como moderado e acentuado, porém mostram valores contraditórios quanto à deficiência estrogênica e alterações na QV [24, 27, 28, 30].

Atualmente é constatada importante relação entre o uso de TRH e o alívio dos sintomas climatéricos, principalmente os vasomotores. Considerando que o principal sintoma relatado foi a presença das ondas de calor, o uso desta terapia poderia colaborar consideravelmente [28, 30, 31]. Enquanto algumas mulheres apresentam sintomas vasomotores, alterações no sono, humor e disfunção sexual e os percebem como influentes diretos na QV, características muitas vezes diminuídas após o uso de TRH, outras não percebem esta relação [24, 26, 27]. Mesmo sabendo que a TRH pode influenciar de forma positiva nos sintomas, favorecendo a QV, há controvérsias de estudos comparativos de QV em mulheres com e sem TRH que não encontraram diferenças significativas.

Dados deste estudo podem explicar esse fato, pois se contatou que maioria das mulheres não usuárias não perceberam mudanças na QV após a menopausa e não manifestaram interesse em realizar TRH, ou seja, a ajuda só aparece quando os sintomas diminuem e assim percebidos que interferem na QV.

Mulheres que entram e saem desse período não perceberem o porquê dos sintomas, ou seja, não tem conhecimento e nem procuram saber o que leva a esses prejuízos, sendo este o principal fator que faz com que a reposição hormonal deixe de ser realizada e mesmo sabendo que os sintomas apresentados estão relacionados à menopausa, não há desejo de terapia hormonal [32].

A ausência de vontade em realizar TRH, pode ser influencia dos conhecimentos prévios, mitos e histórias. E também por saberem da existência de outras terapias alternativas e mudanças no cotidiano, como a realização de atividades física e alimentação, podem colaborar a amenizar os sintomas. Ou mesmo pela satisfação como o estado de saúde atual [26,32].

Ao comparar as manifestações de mudança e de melhora na QV, percebe-se que pelos resultados do SF 36, o grupo que confirmou alteração na QV apresentou pontuações menores em todos os domínios, dentre estes percebeu alta porcentagem de mulheres notaram piora na QV, isso reflete na pontuação baixa no instrumento SF36. Quando se utilizou o MRS também se percebe um valor negativo significante do grupo que relatou piora.

Neste sentido pode perceber que a menopausa não significa necessariamente apresentar mudanças na QV, entretanto, quando elas se manifestam, podem ser compreendidas/aceitas de maneiras negativas.

Para estas mulheres, as pontuações negativas foram aos aspectos físicos no quais entende como parte do processo do envelhecimento e associação com outras comorbidades [30].

Quanto aos aspectos emocionais, estudos apontam que essas alterações podem estar relacionadas à conseqüências da vida como: aposentadoria, morte de entes queridos, independência dos filhos, possivelmente tem efeito negativo no emocional, assim como o nervosismo com valor significante neste estudo [27, 28].

A partir da analise do SF36 com a TRH, não se percebeu relação significativa entre os grupos. Sabendo que a média da pontuação para toda a amostra foi de 63,88 e, que em todos os domínios a media obtida foi maior que 50, e se tratando de uma população de baixa classe social e escolaridade considerou que, de uma maneira geral, esta população apresenta uma boa QV [27].

Nota-se que as maiores pontuações foram encontradas nos domínios capacidade funcionais, aspectos físicos, emocionais e estado geral de saúde. Isso pode ser entendido como a não interferência da menopausa nas atividades diárias, no trabalho. Os menores escores foram encontrados nos domínios vitalidade, saúde mental, dor e aspectos sociais.

Valores menores para vitalidade associam-se ao número de mulheres com jornada dupla de trabalho e sua sobrecarga [27]. Outro estudo relaciona este valor às mulheres que se dedicam ao lar, e a falta de atividades físicas para explicar este resultado [27, 30].

O domínio que mais se aproximou de um nível de significância foi Saúde Mental, onde as usuárias de TRH apresentam menor pontuação.

No estudo ao comparar o uso de psicofármacos com os dados obtidos em ambos os questionários SF36 e o MRS, observou afetar negativamente na QV, tanto no grupo com ou sem TRH, porem aquelas com TRH apresentaram pontuação negativas. Conforme dados de estudo relacionado ao tema constatou-se a associação negativa do uso de antidepressivos e qualidade de vida, o mesmo estudo afirma ainda, que quando os sintomas emocionais são associados a sintomas vasomotores, há resultados positivos após o uso de TRH para ambos os sintomas [27].

Muitas mulheres não apresentam sintomas referentes à falta de estrogênio, assim a TRH não encontra o êxito esperado mesmo que apresentem sintomas emocionais ou físicos. O mesmo estudo mostra que o alivio dos sintomas como alteração de humor não depende somente do alivio dos sintomas vasomotores, mas também corresponde aos efeitos benéficos dos hormônios sexuais femininos sobre o SNC. Contudo leva a crer que o uso de tranquilizantes poderia ser evitado e possivelmente a TRH ser usada isoladamente [24, 27].

Quanto aos domínios dor e aspectos sociais obtiveram-se pontuações relativamente baixas para ambos os grupos com e sem TRH, portanto não há ligação direta da reposição hormonal, com a qualidade de vida nesses domínios. Ao analisar estes dados o valor negativo para a dor, pode novamente estar associado ao processo de envelhecimento e as comorbidades, assim sendo pode considerar que a dor desencadeia menor disposição para as atividades físicas e sociais [26, 30].

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível avaliar, que as mulheres que procuraram o serviço básico de saúde, apesar de apresentarem baixa ou nenhuma renda mensal e menores níveis de escolaridade, apresentam segundo SF uma qualidade de vida boa.

Fato esse também percebido quando aplicado o MRS que aborda especificamente sintomas climatéricos, e que nos propiciou entendimento de que estas mulheres se encontram dentro de uma pontuação considerada leve para tais acometimentos.

A partir da relação do MRS com o relato de mudanças, no que se refere a piora, pudemos perceber que a menopausa não implica necessariamente em alterações na QV, no entanto, quando na existência de sintomas, tendem a ser percebidas de maneira negativa.

Ao ser aplicado o SF 36 nas mulheres que estavam em terapia de reposição hormonal, bem como naquelas sem hormonioterapia não foi encontrado correlação com a qualidade de vida. No entanto, considera-se que se o numero de mulheres com TRH fosse equivalente ao numero daqueles que não fizeram uso, a amostra poderia ter sido mais significante para analise comparativa.

Também avaliamos que se os grupos fossem constituídos pelas mesmas mulheres, antes e após a reposição, poderíamos ter encontrado resultados mais significativos em relação a qualidade de vida, como também avaliar a influencia das comorbidades nos resultados em falsos negativos ou positivos para a QV.

Avalia-se ainda que se todas as mulheres fossem sintomáticas, mudanças significativas na QV poderiam ter sido encontradas com o uso de TRH.

Outro obstáculo desta avaliação diz respeito ao “n” pequeno, devido à recusa das mulheres em responder o questionário, e para as que aceitaram, o não entendimento de

algumas questões, nas quais tiveram que ser reformuladas, adequando aos conhecimentos das mesmas.

Vale lembrar que por mais eficiente que seja o instrumento utilizado, para conhecer o perfil da mulher menopausada é necessário um tempo maior, melhor ambiente e condições, sendo de competência da enfermagem prestar assistência a mulher considerando os fatores biopsicossociais, apreender os conhecimentos prévios, acolher suas necessidades e anseios.

Considera-se que, a qualidade de vida é conquistada nessa fase do ciclo vital (pós-menopausa), uma vez que esteja bem com seu "self" e com a sua vida, e que saiba enfrentar as dificuldades por meio do equilíbrio das realizações e frustrações[32].

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2010. [In: http://www.ibge.net.br/brasil]

2- Barreto KML, Carvalho SEM, Falcão IV, Lessa FJD, Leite VMM. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no Estado de Pernambuco. Res. Bras. Saúde Matern. Infantil. Recife, 3(3): 339-354, 2003

3- Papalleão Netto M, Ponte JR. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Netto PM Org. Gerontologia. São Paulo:Atheneu; 1996.p 3-12.

4- Marinho R. Visão atual do climatério. In: Marinho R Org. Climatério. Rio de Janeiro: Medsi; 2000 p. 1-10.

5- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. 2001. http://www.ibge.net/brasil

6- Pedro A. O, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJD, Hardy EE. Sindorme do climatério:inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. Rev Saúde Pública 2003; 37(6):735-42.

7- Vigeta SMG, Bretã ACP. A experiência da perimenopausa e pós=menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. Cad Saúde Pública 2004; 20(6) 1682-9.

8- Carvalho Filho ET, Papalleão Netto M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª ed. São Paulo:Atheneu 2006.

9- Halbe HW, Fonseca AM. Síndrome do climatério.In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3ª ed. São Paulo:Roca; 2000. p.1519-57.

10- Almeida AB. Reavaliando o climatério:Enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo:Atheneu,2003.

11- Fernandes CE. Febrasgo. Climatério (1995) Disponível em:<www.sogesp.com.br/protocolos/manuais/climatério/cap 01. html.

12- World Health Organization. Reasearch on the Menopause. Geneve: WHO; 1981. [Technical Report Series, p. 670].

13- Organización Mundial de la Salud. Investigaciones sobre la menopausia en los años noventa. Genebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.(Serie de Informes Técnicos 866).

14- 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.

15- *Lima GR, Baracat EC. Síndrome do climatério. In: Ginecologia endócrina. In: Lima GR, Baracat EC, eds. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1995. p. 253-7*

16- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em:http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php Acesso em

17- World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Osteoporos Int. 1994; 4(6): 368-81.

18- Heinemann, L.A..; Potthoff, P.; Schineider, H.P. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1(1): 28-30.

19- Heinemann, L.A.; Ruebig, A.; Pottoff, P.; Hermann, P.G.; Schineider, H.P.; Strelow, F. Lothar, A.J. The Menopause Rating Scale (MRS): A methodological review. Health and Quality of Life Outcomes. 2004; 2:45.

20- 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.

21 - 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.

22- 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.

23- 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.

24 - Martins MAD, Nahas EAP, Nahas-Neto J, Uemura G, Buttros DAB, Traiman P. Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(4):196-202

25 - Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4):532-8.

26 – Dallanezi G; nahaeap[i]; Freire BF; Neto JN; Corrente JE; Mazeto GMFS. **Qualidade de vida de mulheres com baixa massa óssea na pós-Menopausa.** . Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Vol.33 no.3 Rio de Janeiro mar. 2011

27 - Zahar SEV, Aldrighi JM, Neto AMP, Conde DM, Zahar LO, Russomano F. Qualidade de vida e terapia de reposição hormonal. Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3): 133-8

28 - Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Padilha IJ. Fatores associados à qualidade de vida na pós-menopausa. Rev Assoc Med Bras 2006; 52(5): 312-7

29 – Silva I, Ribeiro JP, Cardoso H, Ramos H.Qualidade de vida e complicações crónicas da diabetes. Análise Psicológica (2003), 2 (XXI): 185-194

30 – Filho EAS, 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

31 – Vieira LHL; Júnior LMS; Nunes MG; Simões RS; Kaari C; Haidar MA; Baracat EC. Efeitos da isoflavona e dos estrogênios conjugados eqüinos sobre a qualidade de vida na pós-menopausa. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.29 n.5 Rio de Janeiro maio 2007

32 - Vigeta SMG, Bretas ACP. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não de terapia de reposição hormonal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1682-1689, nov-dez, 2004

33 - (Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. Acta Scientiarum 2004;26(1):121-8. al, 2004

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Prof Ass Drª Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira professora da Faculdade de Medicina de Botucatu – Departamento de Enfermagem, com a colaboração de Lívia Filomena Santos Baldini, estou realizando um estudo sobre a qualidade de vida das mulheres menopausadas e, você está sendo convidada a participar desse estudo que se chama: "Qualidade de vida em mulheres com ausência ou presença de terapia de reposição hormonal".

Sabemos que na atualidade a expectativa de vida da mulher aumentou e com isso muitas mulheres vivenciarão a menopausa, e 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 de vida. Preocupados com as manifestações clínicas dessa fase, temos como objetivo nesta pesquisa avaliar a qualidade de vida de mulheres no climatério atendidas na rede básica de saúde do município de Botucatu,com e sem tratamento de reposição hormonal. Utilizaremos seu prontuário médico para levantamento de dados, e lhe aplicaremos dois questionários que durará em média 20 minutos. Nosso objetivo é avaliar a qualidade de vida em mulheres na menopausa, na presença ou ausência de Terapia de Reposição Hormonal.

Asseguro que sua identidade não será revelada, há garantia de sigilo e privacidade e que pode optar de forma segura e livre em participar ou não desta pesquisa, bem como retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Estou a disposição para quaisquer esclarecimentos que quiser antes, durante e após a realização da pesquisa. Após a aprovação do CEP este documento será elaborado em duas vias, onde uma ficará com você e outra com o pesquisador. Assim sendo me comprometo, enquanto pesquisadora a cumprir o que aqui ficou determinado, assinando esse termo de consentimento.

Eu, 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 eu assino esse consentimento.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelo telefone: (14)38116143.

Botucatu, .../ ...../.....

_____ ---------- ----------

Assinatura da mulher participante Assinatura da pesquisadora Assinatura da Colaboradora

Maria L.S.M. Ferreira Lívia F. S. Baldini

Pesquisadora: Endereço: Rua João de Oliveira, 440 Jardim Paraíso II CEP:18610-010

Colaboradora: Rua Fausto Lyra Brandão, 261, ap 32. Vila Santana, CEP: 8606-790

Telefone para contato: 38116070, 38135264 Email:malusa@fmb.unesp.br; libaldini@hotmail.com

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO

1. Dados Pessoais:

- Número de inscrição na unidade de saúde: _____

- Endereço e telefone de contato:

- Idade:_____ - Cor: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Outras:

- Nível de Escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior

-Tempo de menopausa:

-Estado marital: ( ) com companheiro ( ) sem companheiro Com parceira sexual: ( ) sim ( ) não

- Ocupação profissional:

-Renda própria: ( ) 01 salário mínimo ( ) 02 salários mínimos ( ) 03 salários mínimos ( ) mais de 03 salários mínimos

2. Co-morbidades:

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

3. Características comportamentais:

Ingestão de álcool: ( ) não faz uso; ( ) diariamente;( ) eventualmente

Tabagismo: ( ) não tabagista;( ) tabagista (utilização diária de cigarro nas últimas quatro semanas)

Uso de psicofármacos: ( ) benzodiazepínicos; ( ) antidepressivos; ( ) neurolépticos Freqüência: ( ) diáriamente ( ) eventualmente

Atividades esportivas: ( ) sim ( ) não Será considerado sim quando o mínimo da atividade for de três vezes por semana;

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:_____

4. Antecedentes Ginecológicos e Obstétricos:

- Número de gestações: ( ) Cesária; ( ) Parto normal: ( ) Aborto; ( ) filhos vivos

- Idade da menarca: - Idade da Menopausa:

- Presença de fluxo menstrual: ( ) Sim Quantos dias: -------;( ) Não Cessou há: ------- anos espontaneamente; ( ) Não Realizou histerectomia

- Cirurgias ginecológicas: ( ) sim ( ) não Qual: ----------

5. Manifestações Climatéricos:

A) Sintomas Vasomotores ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

B) Parestesia ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

C) Insônia ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

D) Nervosismo ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

E) Melancolia ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

F) Vertigem ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

G) Fadiga ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

H) Artralgia e mialgia ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

I)\Cefaléia ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

J) Palpitação ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

K) Formigamento ( ) Ausente ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo

6. Qualidade de Vida

6.1Para Mulheres Sem TRH

1 - O que significa para a senhora TER QUALIDADE DE VIDA?

_____

2 – Como a senhora se sente após a menopausa?

_____ _____

3 – A senhora encontrou mudanças na Qualidade de Vida após a chegada da menopausa?

( ) Sim ( )Não

4 – Se Sim, como ficou sua Qualidade de Vida após a Menopausa

( ) Melhorou ( ) Piorou

5 – Quais mudanças foram percebidas?

_____

6 – Dentre elas, qual a que mais lhe incomodou?

_____

7– A senhora tem o desejo de fazer TRH?

( ) Sim ( ) Não

6.2 Para as mulheres com TRH:

1 - O que significa para a senhora TER QUALIDADE DE VIDA?

_____

2 – Como a senhora se sente após a menopausa?

_____

3 – A senhora encontrou mudanças na Qualidade de Vida após a TRH?

( ) Sim ( )Não

4 – Se Sim, como ficou sua Qualidade de Vida após a TRH?

( ) Melhorou ( ) Piorou

5 – Quais mudanças foram percebidas?

_____

6– Dentre elas, quais a que mais lhe incomodou e quais mais lhe agradou?

_____

ANEXO 1

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA MENOPAUSA

Menopause Rating Scale (MRS)

		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	1,0	
Fogachos, sudorese súbita (freqüência, 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 2

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

Instruções: esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro ou em dúvida em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

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 teia 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 pós, 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 conseqüência 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 conseqüência 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. (circule um número para cada linha)

	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, cheio 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 tranqüilo?	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