

MARCELO ANTONIO DOMINGOS MARTINS¹

ELIANA AGUIAR PETRI NAHAS²

JORGE NAHAS-NETO²

GILBERTO UEMURA²

DAVI DE ARAÚJO BITRO BUTTROS¹

PAULO TRAIMAN³

Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal

Quality of life in postmenopausal women, users and non-users of hormone therapy

Artigo original

Palavras-chave

Menopausa
Qualidade de vida
Terapia de reposição de estrogênios
Terapia de reposição hormonal
Saúde da mulher
Questionários

Keywords

Menopause
Quality of life
Estrogen replacement therapy
Hormonal therapy replacement
Women's health
Questionnaires

Resumo

OBJETIVO: avaliar a qualidade de vida (QV) de mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias em São Paulo. **MÉTODOS:** foi conduzido estudo clínico transversal, com 250 mulheres na pós-menopausa, idade entre 45 a 70 anos, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de setembro de 2007 a agosto de 2008. As participantes foram divididas em dois grupos: usuárias de terapia hormonal (TH, n=70) e não usuárias (n=180). Consideraram-se como usuárias de TH aquelas que faziam uso contínuo dessa terapia há pelo menos seis meses. Foram avaliadas as características sociodemográficas e clínicas. Aplicou-se o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK), para avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos, e o Questionário de Saúde da Mulher (QSM), para a avaliação da QV. A análise estatística foi realizada pelo teste do χ^2 ou exato de Fisher, teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. **RESULTADOS:** não foram encontradas diferenças significativas na comparação entre os grupos quanto à idade, menarca, menopausa, paridade e índice massa corpórea. Observou-se que 67,2% eram casadas, 83,2% com ensino fundamental e 53,2% se ocupavam com os trabalhos domésticos, não diferindo entre os grupos. As usuárias de TH relataram menor frequência de sintomas climatéricos (IMBK) de intensidade moderada e acentuada, comparadas a não usuárias ($p<0,001$). Na avaliação do QSM, verificou-se, entre as usuárias de TH, menor escore médio quanto ao déficit cognitivo ($p<0,001$), sintomas vasomotores ($p=0,04$), problemas com o sono ($p<0,001$) e atratividade ($p=0,02$), contudo, sem diferença no escore total quando comparadas a não usuárias. **CONCLUSÕES:** as mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de TH, atendidas em UBS, não apresentaram diferenças na QV global.

Abstract

PURPOSE: to evaluate the quality of life of post-menopause women, users and non-users of hormonal therapy (HT), in a Healthcare Unit in Franca, São Paulo, Brazil. **METHODS:** a clinical transversal study, carried out with 250 post-menopausal women, with ages from 45 to 70 years old, attended to in Healthcare Units, from September 2007 to August 2008. Participants were divided into two groups: HT users (n=70) and non-users (n=180). Women making continuous HT use for at least six months were considered as users. Sociodemographic and clinical characteristics have been evaluated. Blatt-Kupperman's menopausal index has been applied to assess climacteric symptoms, and the Women's Health Questionnaire (WHQ), to assess their quality of life. Fisher's exact test or χ^2 and Mann-Whitney and Kruskal-Wallis's tests have been used for the statistical analysis. **RESULTS:** no significant difference has been found in the comparison of groups, concerning age, menarche, menopause, parity and body mass index. It has been seen that 67.2% of the women were married, 83.2% had attended primary school and 53.2% were housewives, with no difference between the groups. HT users reported lower frequency of climacteric symptoms (BKMI) with moderate and marked intensity, as compared to non-users ($p<0.001$). Even though HT users presented lower average score in cognitive deficit ($p<0.001$), vasomotor symptoms ($p=0.04$), sleeping problems ($p<0.001$), attractiveness ($p=0.02$) from the WHQ, there has been no difference in the total score, as compared to non-users. **CONCLUSIONS:** post-menopausal women, HT users and non-users, admitted at Healthcare Units, have not presented differences in global quality of life.

Correspondência:

Eliana Aguiar Petri Nahas
Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"
Rubião Júnior, s/n
CEP 18650-000 – Botucatu/SP – Brasil
Fone: (14) 3811-6227/(14) 3841-7193
Fax: (14) 3882-1933
E-mail: epetri@fmb.unesp.br

Recebido

27/3/09

Aceito com modificações

22/4/09

Setor de Climatério e Menopausa do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Botucatu (SP), Brasil.

¹ Pós-graduando do Programa de Pós-graduação em Ginecologia, Obstetria e Mastologia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Botucatu (SP), Brasil.

² Professores Doutores do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Botucatu (SP), Brasil.

³ Professor Livre-docente do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP – Botucatu (SP), Brasil.

Conflitos de interesse: não há.

Introdução

O envelhecimento da população mundial é fenômeno recente na história da humanidade. Atualmente, na maioria dos países desenvolvidos, 10% da população têm mais de 50 anos e 95% das mulheres atingem a menopausa – última menstruação confirmada após 12 meses de amenorreia decorrente da falência ovariana¹. Os aspectos físicos da saúde geral e do bem-estar emocional declinam durante a transição da menopausa^{2,3}. Os sintomas climatéricos acometem entre 60 a 80% das mulheres e são reconhecidos como indutores de desconforto físico e emocional que aumentam com a severidade dos sintomas^{4,5}. A depender da intensidade e da frequência dos sintomas, em especial as ondas de calor, pode haver interferência no bem-estar e na qualidade de vida (QV)⁶.

Assim, com a crescente expectativa de vida da mulher na pós-menopausa, percebe-se a necessidade de procurar viver bem, buscando uma melhor QV⁷. Ao longo dos tempos, a saúde e a QV têm sido relacionadas somente a aspectos físicos e à ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu QV como “a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura a que está inserida, em relação às suas metas, expectativas, padrões e crenças”⁸. O conceito atual de QV é amplo e inclui a necessidade de conhecimento nos campos da sociologia, economia, saúde, política, educação e psicologia. Envolve aspectos físicos, mentais, emocionais, econômicos, socioculturais e espirituais⁹.

Por definição, QV é um parâmetro subjetivo e o questionamento direto é caminho simples e apropriado para obter informações a respeito dos sintomas e sensações das pacientes. A avaliação do impacto de uma condição sobre a QV é particularmente relevante em situações sintomáticas, como a menopausa^{4,10}. Quando se avaliam o humor e a saúde geral de mulheres na pós-menopausa, os efeitos das alterações hormonais e aquelas associadas à idade podem confundir os resultados. O Women's Health Questionnaire (WHQ) ou Questionário de Saúde da Mulher (QSM) é um dos principais instrumentos de avaliação da QV da mulher climatérica, pesquisando especificamente os problemas relacionados à menopausa¹¹. No Brasil, foi traduzido para o português e validado por Silva-Filho et al.¹². Ele consiste de 36 itens agrupados em nove domínios que avaliam os sintomas somáticos (sete itens), o humor depressivo (sete itens), problemas de concentração/memória (três itens), ansiedade/medo (quatro itens), satisfação sexual (três itens), sintomas vasomotores (dois itens), distúrbios do sono (três itens), alterações menstruais (quatro itens) e atratividade (três itens). Seus itens foram escolhidos com o cuidado de não enfatizarem os sintomas negativos. Por não se tratar de

questionário discriminatório, não faz diagnóstico específico, mas possibilita acesso a informações subjetivas. Pode ser utilizado no acompanhamento e monitorização de sintomas climatéricos e na mensuração de seu impacto no bem-estar da paciente¹¹. O QSM, como instrumento específico, é capaz de avaliar, de forma individual e específica, alguns aspectos da QV, sendo mais sensível na detecção de alterações após uma intervenção⁹.

Nas últimas décadas, grande destaque foi dado à terapia hormonal (TH) na pós-menopausa como alternativa eficaz no controle dos efeitos da privação estrogênica. Os benefícios da TH já são conhecidos, melhorando ou revertendo à sintomatologia decorrente da carência estrogênica a curto, médio e longo prazo, como alívio dos sintomas vasomotores, a reversão da atrofia urogenital e a preservação da massa óssea¹³. A razão mais frequente que motiva as mulheres a utilizarem TH é o alívio dos sintomas da menopausa⁶. Portanto, a TH pode melhorar a QV em mulheres com sintomas de hipoestrogenismo. Para estas, os benefícios da terapêutica superam os riscos¹⁴. São muitos os ensaios clínicos que avaliam os efeitos da TH sobre a QV da mulher na pós-menopausa. Contudo, permanece incerto o impacto da TH sobre a QV em mulheres na pós-menopausa¹⁵. Alguns autores observaram melhora da QV entre as usuárias de TH¹⁵⁻¹⁹, enquanto outros não verificaram diferenças na QV entre usuárias e não usuárias de TH^{5,20-23}. Cabe destacar que alguns estudos não objetivaram avaliar os efeitos sobre a QV, além de serem realizados em contextos socioculturais distintos, não podendo seus resultados serem extrapolados para populações com realidades diferentes.

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

Métodos

Desenho do estudo e seleção da amostra

Foi conduzido estudo clínico analítico e transversal. O grupo populacional foi constituído por pacientes atendidas no Ambulatório de Ginecologia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no bairro Aeroporto I, da cidade de Franca (SP), Brasil; de Setembro de 2007 a Julho de 2008. A amostra foi não probabilística e por adesão (Figura 1). O tamanho amostral inicial, de aproximadamente 200 a 300 mulheres, foi baseado no número médio de atendimentos anuais realizado na referida UBS de mulheres que preenchiam os critérios propostos pelo estudo. Foram incluídas no estudo mulheres com idade acima de 45 anos, data de última menstruação há pelo menos 12 meses, usuárias e não usuárias de TH e que responderam com clareza os

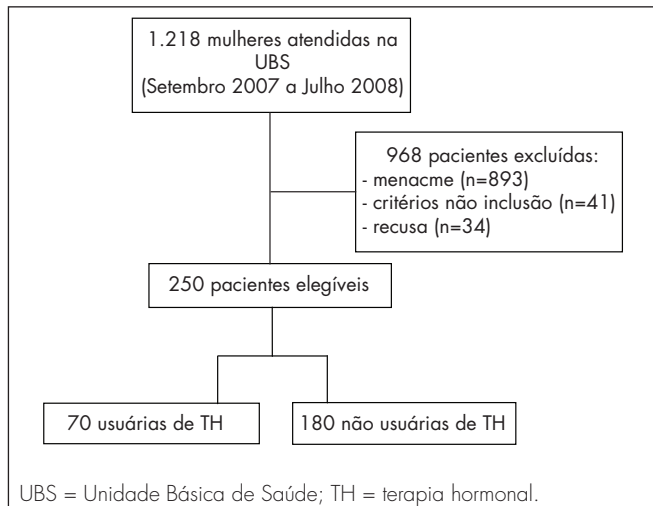


Figura 1 - Fluxograma das pacientes incluídas no estudo.

questionários após o consentimento informado. Foram considerados critérios de exclusão: obesidade grau III, doenças psiquiátricas, doenças da tireoide não controlada, drogagem, etilismo e diagnóstico prévio de doenças malignas. Às pacientes selecionadas foram esclarecidos os objetivos e procedimentos a que seriam submetidas, e solicitadas as assinaturas do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), exigência da resolução 196 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), recebendo parecer favorável em 7 de agosto de 2007.

A casuística final foi de 250 mulheres na pós-menopausa, divididas em dois grupos: Grupo TH, formado por 70 mulheres usuárias de TH (GTH), e Grupo Controle, formado por 180 mulheres não usuárias (GCtrl). Consideraram-se como usuárias de TH aquelas que faziam uso contínuo dessa terapia há pelo menos seis meses e não usuárias, aquelas que não fizeram uso de TH nos últimos seis meses.

Metodologia

No dia da consulta foram coletados, por meio de entrevista e exame físico geral, dados sociodemográficos e características clínicas. Foram obtidos: idade, idade da menarca, paridade; idade e tempo de menopausa; estado marital (com e sem companheiro); escolaridade (ensino fundamental, médio, superior e não alfabetizado); ocupação remunerada (sim ou não); renda familiar (número de salário mínimo); tabagismo atual e história pessoal de comorbidades (hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, doenças osteoarticulares e incontinência urinária). Foram consideradas ativas as mulheres que relataram a prática de exercícios físicos regulares por 30 minutos pelo menos

três vezes na semana. Foram obtidos peso e altura para o cálculo do índice de massa corpórea ($IMC = \text{peso}/\text{altura}^2$), classificado segundo os critérios da OMS de 2002 em: $<18,5 \text{ kg/m}^2$, como baixo peso; de $18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$, normal; de 25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso; de 30 a $34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau I; de 35 a $39,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau II; e $\geq 40 \text{ kg/m}^2$, obesidade grau III.

Avaliação dos sintomas climatéricos

Para avaliação dos sintomas climatéricos, utilizou-se o Índice Menopausal de Blatt e Kupperman (IMBK)²⁴. No IMBK, os diversos sintomas incluídos sob a denominação de síndrome climatérica (fogachos, insônia, parestesia, nervosismo, melancolia, vertigem, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação e zumbido) recebem valores numéricos de acordo com a sua intensidade (leves=1, moderados=2, severos=3) multiplicados pelos fatores de conversão preconizados por Kupperman, que representam a importância do sintoma na síndrome climatérica. Desta forma, os sintomas vasomotores podem receber valores 4, 8 ou 12; a parestesia, a insônia e o nervosismo, 2, 4 ou 6; e o restante (melancolia, vertigem, artralgia/mialgia, cefaleia, palpitação e zumbido), os valores 1, 2 ou 3. O escore global da soma desses valores é catalogado em intensidade leve, se somatório dos valores até 19; moderado, se entre 20 e 35; e severa, se maior que 35.

Avaliação da QV

O QSM conta com 36 questões, oferecendo quatro alternativas como possibilidade para resposta (“Sim, sem dúvida”, “Sim, às vezes”, “Raramente” e “Não, de jeito nenhum”), codificadas de 4, 3, 2 e 1, respectivamente. Suas questões são agrupadas em nove domínios, dispostos aleatoriamente, que avaliam: humor deprimido (sete questões: 3, 5, 7, 8, 10, 12 e 25), sintomas somáticos (sete questões: 14, 15, 16, 18, 23, 30 e 35), déficit cognitivo (três questões: 20, 33 e 36), sintomas vasomotores (duas questões: 19 e 27), ansiedade (quatro questões: 2, 4, 6 e 9), função sexual (três questões: 24, 31 e 34), problemas com o sono (três questões: 1, 11 e 29), problemas menstruais (quatro questões: 17, 22, 26 e 28) e atração (duas questões: 21 e 32)¹¹.

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

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

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

■ Análise estatística

Devido às características de seleção, a análise estatística consistiu em descrever os resultados, sem que fossem feitas inferências para outras populações. Para as variáveis classificatórias (estado marital, escolaridade, ocupação, renda familiar), a comparação entre os grupos foi realizada pelo teste χ^2 ou teste exato de Fisher. Para as variáveis quantitativas (idade, menarca, paridade, tempo de menopausa, IMC, IMBK e QSM), empregaram-se o Teste de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Os dados foram apresentados em forma de mediana e percentil 25 e 75. O nível escolhido de significância foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram processadas utilizando o Software Statistical Package for Social Sciences, versão 12.0 for Windows.

Resultados

As características clínicas e sociodemográficas das pacientes na pós-menopausa usuárias de TH ($n=70$) e não usuárias (Controle, $n=180$) foram submetidas à comparação estatística e estão representadas nas Tabelas 1 e 2.

Na Tabela 1, verifica-se que os grupos foram homogêneos para as seguintes variáveis: idade, idade da menarca, paridade, tempo de menopausa e IMC. As pacientes usuárias de TH apresentavam, em média 52 anos, e as não usuárias, 54 anos ($p=0,1$). Observou-se diferença significativa apenas quanto à média do escore total do IMBK. Em média, as usuárias apresentavam sintomas leves e as não usuárias, sintomas moderados ($p=0,003$).

Quanto às características sociodemográficas, notou-se, na amostra estudada, que 67,2% eram casadas (168/250), 83,2% cursaram ensino fundamental (208/250) e 53,2% se ocupavam com os trabalhos domésticos (133/250), não havendo diferença entre os grupos. Constatou-se divisão igualitária do número de pacientes nas diferentes faixas de renda familiar entre os grupos. A maioria da população relatou renda familiar entre dois a três salários mínimos (Tabela 2). Na comparação quanto à ocorrência de comorbidades, tabagismo e atividade física, não foram observadas diferenças entre os grupos. No total, 20,4% eram tabagistas, e 86,4% foram consideradas inativas.

Na avaliação da intensidade dos sintomas climatéricos pelo IMBK, encontrou-se que, entre as usuárias de TH, a maioria (61,4%) relatou apenas sintomas leves (escore

total ≤ 19) enquanto que entre as não usuárias, 62,5% apresentavam sintomas de intensidade moderada a acentuada, (diferença significativa com $p < 0,001$).

A comparação dos escores total e de cada componente do QSM, entre os grupos, está demonstrada na Tabela 3. Entre as usuárias de TH, foi encontrado menor escore médio quanto ao déficit cognitivo ($p < 0,001$), sintomas vasomotores ($p=0,04$), problemas com o sono ($p < 0,001$) e atratividade ($p=0,024$) quando confrontadas ao controle. Não foi observada modificação significativa quanto a humor deprimido, sintomas somáticos, ansiedade, função sexual e problemas menstruais. As pacientes sob TH não apresentaram diferença quanto ao escore total do QSM quando comparadas a não usuárias ($p=0,5$).

Na análise da associação entre as principais características clínicas e sociodemográficas na totalidade das participantes ($n=250$) e o escore total do QSM, foi observado que

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

Parâmetros	Usuárias TH ($n=70$)	Não usuárias TH ($n=180$)	Valor de p^*
Idade (anos)	52,1 (50,3-58,1)	54,0 (49,8-56,0)	0,107
Idade da menarca (anos)	13,6 (12,0-14,0)	13,0 (12,0-14,0)	0,303
Paridade (número de filhos vivos)	3,0 (2,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,161
Tempo de menopausa (anos)	4,0 (2,0-7,0)	5,0 (2,0-10,0)	0,114
Peso (kg)	65,0 (56,0-74,1)	67,0 (59,0-72,0)	0,521
Altura (m)	1,59 (1,53-1,63)	1,58 (1,54-1,63)	0,460
IMC (kg/m^2)	25,7 (23,3-28,8)	26,8 (23,9-29,0)	0,242
IMBK	16,5 (10,0-22,0)	22,0 (14,0-27,0)	0,003

Valores expressos em mediana e percentil 25 e 75.

IMC=índice de massa corporal; IMBK=Índice Menopausal de Blatt e Kupperman; *diferença significativa ($p < 0,05$) entre os grupos (Teste de Mann-Whitney).

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

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

Valores expressos em número e, entre parênteses, porcentagem.

*diferença significativa entre os grupos se $p < 0,05$; **salário mínimo = R\$450,00; ⁽¹⁾teste exato de Fisher; ⁽²⁾teste do χ^2 .

Tabela 3 - Escores total e de cada domínio do Questionário de Saúde da Mulher de mulheres na pós-menopausa, usuárias de terapia hormonal (n=70) e não usuárias (Controle, n = 180)

Dominios	Usuárias TH (n=70)	Não usuárias TH (n=180)	Valor de p*
Humor deprimido	2,0 (1,0-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,4
Sintomas somáticos	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	0,2
Déficit cognitivo	1,0 (1,0-2,0)	2,0 (1,8-3,0)	<0,001
Sintomas vasomotores	1,0 (0,0-2,0)	2,0 (0,0-2,0)	0,04
Ansiedade	2,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,49
Função sexual	1,0 (1,0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	0,57
Problemas com sono	1,0 (1,0-3,0)	2,0 (1,0-3,0)	0,001
Problemas menstruais	1,0 (0,0-2,0)	1,0 (0,0-1,0)	0,43
Atratividade	1,0 (0,0-1,0)	1,0 (0,0-2,0)	0,02
Escore total	17,0 (13,0-21,0)	18,0 (13,8-22,3)	0,5

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

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

a presença de comorbidades repercutiu em menor escore total ($p < 0,001$), enquanto diferentes faixas etárias, renda familiar, nível de escolaridade e IMC não apresentaram influências significativas sobre o QSM total.

Discussão

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

Os sintomas climatéricos, como ondas de calor, suores noturnos, distúrbios do sono, disfunção sexual e alterações do humor, podem deteriorar a QV da mulher na pós-menopausa^{6,25,26}. Neste período, a diminuição dos hormônios ovarianos está implicada na gênese dos sintomas. Conde et al.²⁵, avaliando 81 mulheres brasileiras na pós-menopausa, por meio do questionário SF-36 (Short Form-36® Health Survey), observaram que sintomas como suores, palpitações, nervosismo, depressão, insônia e dispareunia afetavam negativamente a QV dessas mulheres²⁵. Em recente estudo multicêntrico latino-americano, avaliou-se a QV de 8.373 mulheres hispânicas, com idade entre 40 a 59 anos (48,8% estavam na pós-menopausa e 14,7% faziam uso de TH)²⁶. Os autores verificaram que ter mais de 49 anos, estar na pós-menopausa, usar

drogas antidepressivas ou tratamentos alternativos para menopausa e ter companheiro com disfunção sexual foram os principais fatores que influenciaram negativamente a QV dessas mulheres²⁶.

Na população estudada de mulheres na pós-menopausa atendidas em UBS, não foram observadas diferenças clínicas e sociodemográficas entre as usuárias e não usuárias de TH. Notou-se que a maioria das mulheres era casada, apenas com ensino fundamental e se ocupava dos trabalhos domésticos, independentemente da faixa de renda familiar, mostrando a homogeneidade no perfil das mulheres entrevistadas. Li et al.²⁷ avaliaram a influência das características sociodemográficas sobre os sintomas climatéricos e QV em 6.917 mulheres suíças. Verificaram que a incidência de sintomas estava inversamente relacionada à idade, ao nível de escolaridade, à atividade física, ao estilo de vida saudável e à ausência de problemas concomitantes de saúde²⁷. No presente estudo, por tratar de uma população homogênea quanto às características clínicas e sociodemográficas, na análise dos fatores que poderiam influenciar a QV, encontrou-se que apenas a presença de comorbidades repercutiu negativamente sobre a QV.

As mulheres na peri e pós-menopausa beneficiam-se de orientações e tratamentos preventivos se tiverem acesso a informações adequadas²⁸. Nível educacional e a raça estão associados à habilidade da mulher para obter informações sobre a menopausa²⁹ – conhecimentos esses que deveriam estar presentes em programas educacionais designados para mulheres adultas²⁹. Deeks e McCabe⁷ investigaram a saúde física e mental em 304 mulheres australianas na peri e pós-menopausa por meio de questionário geral da QV (SF-36®). Independentemente da idade, todas relataram que deveriam ser positivas acerca do futuro, indicando que as mulheres percebem mudanças no papel psicossocial e que seria necessário maior conhecimento acerca da menopausa⁷. Discussões sobre a saúde geral com mulheres na pré-menopausa, durante o atendimento, podem aumentar os conhecimentos sobre um processo natural da vida, que é o climatério.

A pós-menopausa, traduzida clinicamente por diversos sinais e sintomas de deficiência estrogênica e associada a fatores de risco prevalentes nessa fase de vida, determina o aumento da morbimortalidade decorrente de doenças crônicas, especialmente angiocardopatias e osteoporose, com frequente comprometimento na QV da mulher. A TH assume papel de destaque no tratamento da sintomatologia climatérica sendo uma das medidas utilizadas para melhorar a QV^{13,14}. Entre a população de mulheres incluídas no presente estudo, 28% faziam uso de TH há pelo menos seis meses, enquanto 72% eram não usuárias. Em um estudo populacional na cidade de Campinas, em São Paulo, foram incluídas 456 mulheres com idade entre 45 e 60 anos por intermédio de entrevistas domiciliares³⁰.

Destas, apenas 19,2% (88/456) faziam uso regular de TH, sendo que as principais características das usuárias foram estar na perimenopausa, ter maior escolaridade e melhor classe social³⁰.

Neste estudo, na avaliação dos sintomas climatéricos, observou-se que, entre as usuárias de TH, 61,4% ainda relatavam a presença de sintomas climatéricos, caracterizados por intensidade leve, de acordo com o escore total do IMBK. Isso se deve ao fato de que o índice utilizado para quantificar a sintomatologia climatérica avalia sintomas vagos, como fraqueza, zumbido, artralgia, palpitações, cefaleia, melancolia – muito comuns nesta fase da vida, mas que não expressam exclusivamente a redução dos níveis estrogênicos. Por outro lado, 62,5% das não usuárias apresentavam sintomas de intensidade moderada a acentuada, expressando, em geral, sintomas vasomotores, os quais poderiam ser controlados com TH. A população estudada é, na sua maioria, de poder aquisitivo reduzido (75% relataram renda familiar entre dois a três salários mínimos) e com dificuldade para adquirir a TH, que não está entre as medicações fornecidas pelo município ou pelo Estado.

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. O QSM, que foi empregado neste estudo, está aferido em termos de suas propriedades psicométricas, sendo utilizado em diversas pesquisas clínicas para monitorar as mudanças induzidas pela TH^{11,12,16,31,32}. No presente estudo, ao avaliar a QV de mulheres na pós-menopausa, observou-se que a TH apresentou impacto positivo sobre alguns domínios do QSM (déficit cognitivo, sintomas vasomotores, problemas com o sono e atratividade), mas esse efeito não foi observado sobre o escore global do QSM quando comparado às não usuárias de TH. Estes resultados estão em concordância com alguns autores que não verificaram diferenças na QV entre usuárias e não usuárias de TH^{5,20-23}. Nesta pesquisa, o grupo de mulheres avaliadas era homogêneo quanto às características clínicas e sociodemográficas, com realidades e perspectivas semelhantes, o que poderia contribuir para a semelhança entre os grupos quanto a QV geral.

Em um estudo duplo-cego placebo-controlado, foram analisados os efeitos da TH sobre a QV em 3.721 mulheres com idade entre 50 a 69 anos¹⁵. As mulheres foram randomizadas para receber estrogênios conjugados 0,625 mg associados à medroxiprogesterona 2,5 mg (n=1.043) ou ao placebo (n=1.087), sendo acompanhadas por um ano. A QV de vida foi avaliada por meio do instrumento European Quality of Life (EuroQol), com nove domínios muito semelhante ao QSM. Os autores observaram melhora em três componentes do questionário

com o uso da TH: sintomas vasomotores, função sexual e problemas com o sono. Apesar de não encontrarem diferenças na qualidade global de vida entre as usuárias e não usuárias, eles concluíram que a TH pode melhorar a saúde da mulher na pós-menopausa relacionada à QV¹⁵. Esses resultados concordam com os demonstrados na presente investigação, na qual as usuárias de TH apresentaram melhora em quatro domínios do QSM quando confrontadas com as não usuárias: déficit cognitivo, sintomas vasomotores, problemas com o sono e atratividade – sintomas esses relacionados possivelmente aos efeitos estrogênicos.

Com o advento da menopausa, as mulheres acreditam que há deterioração da saúde. A diminuição da auto-estima, a irritabilidade, a redução da concentração, o desconforto e as alterações do sono, todos secundários às ondas de calor e aos suores noturnos, influenciam negativamente a QV^{28,33}. A melhora do bem-estar que as mulheres relatam com TH poderia resultar do alívio dos sintomas vasomotores. Assim, para a mulher sintomática, a TH pode melhorar o bem-estar físico e emocional e refletir sobre a QV. Vários estudos demonstraram melhora da QV entre as usuárias de TH quando comparadas as não usuárias¹⁵⁻¹⁹. Por outro lado, se a mulher não refere sintomas de deficiência estrogênica, mas apresenta sintomas emocionais e físicos, é improvável que melhore com a TH²².

Finalmente, algumas das limitações deste estudo precisam ser discutidas. A primeira relaciona-se à representatividade da amostra. Por tratar de um grupo de mulheres na pós-menopausa, frequentadoras de um Serviço Público de Saúde, entende-se que estão em contato periódico com profissionais médicos e em cuidado permanente com a saúde geral. A segunda diz respeito ao fato de que se tratou de corte transversal, havendo a comparação entre dois grupos de mulheres num dado momento, quando seria melhor avaliar a mesma mulher ao longo do tempo, antes e após a TH. A terceira limitação é o fato de que o IMBK como método para aferição dos sintomas climatéricos, embora largamente utilizado pelos ginecologistas, é passível de críticas, por não contemplar sintomas importantes na menopausa, como os urogenitais e sexuais. Por último quanto à utilização de questionários para avaliação da QV, como o QSM, que, devemos lembrar que apesar de ser validado e específico para mulheres climatéricas, apresenta a limitação da subjetividade do instrumento. Esta limitação deve ser considerada sempre que se emprega qualquer outro questionário de avaliação da QV.

Em conclusão, entre as usuárias de TH, foram observados efeitos positivos sobre alguns componentes da QV – sintomas vasomotores, sono, cognição e atratividade. Entretanto, quando avaliada a QV global das mulheres na pós-menopausa seguidas em uma UBS não houve diferença na comparação entre as usuárias e não usuárias de TH.

Referências

- Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertil Steril*. 2001;76(5):874-8.
- Blümel JE, Castelo-Branco C, Kerrigan N, Cancelo MJ, Blümel B, Haya J, et al. Influences of hormone replacement therapy on postmenopausal women's health perceptions. *Menopause*. 2003;10(3):235-40.
- Mishra GD, Brown WJ, Dobson AJ. Physical and mental health: changes during menopause transition. *Qual Life Res*. 2003;12(4):405-12.
- Wiklund I. Methods of assessing the impact of climacteric complaints on quality of life. *Maturitas*. 1998;29(1):41-50.
- Hess R, Colvin A, Avis NE, Bromberger JT, Schocken M, Johnston JM, et al. The impact of hormone therapy on health-related quality of life: longitudinal results from the Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2008;15(3):422-8.
- van der Mooren MJ, Kenemans P. Postmenopausal hormone therapy: impact on menopause-related symptoms, chronic disease and quality of life. *Drugs*. 2004;64(8):821-36.
- Deeks AA, McCabe MP. Well-being and menopause: an investigation of purpose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and postmenopausal women. *Qual Life Res*. 2004;13(2):389-98.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
- Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(11):535-6.
- Zöllner YF, Acquadro C, Schaefer M. Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause. *Qual Life Res*. 2005;14(2):309-27.
- Hunter M. The Women's Health Questionnaire: a measure of mid-aged women's perceptions of their emotional and physical health. *Psychol Health*. 1992;7(1):45-54.
- Silva-Filho CR, Baracat EC, Conterno L de O, Haidar MA, Ferraz MB. Climacteric symptoms and quality of life: validity of women's health questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):333-9.
- Utian WH, Archer DF, Bachmann GA, Gallagher C, Grodstein F, Heiman JR, et al. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position and statement of the North American Menopause Society. *Menopause*. 2008;15(4 Pt 1):584-602.
- Rymer J, Wilson R, Ballard K. Making decisions about hormone replacement therapy. *BMJ*. 2003;326(7384):322-6.
- Welton AJ, Vickers MR, Kim J, Ford D, Lawton BA, MacLennan AH, et al. Health related quality of life after combined hormone replacement therapy: randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;337:a1190.
- Genazzani AR, Nicolucci A, Campagnoli C, Crosignani P, Nappi C, Serra GB, et al. Validation of Italian version of the Women's Health Questionnaire: assessment of quality of life of women from the general population and those attending menopause centers. *Climacteric*. 2002;5(1):70-7.
- Heikkinen J, Vaheri R, Timonen U. A 10-year follow-up of postmenopausal women on long-term continuous combined hormone replacement therapy: Update of safety and quality-of-life findings. *J Br Menopause Soc*. 2006;12(3):115-25.
- Koundi KL, Christodoulakos GE, Lambrinouadaki IV, Zervas IM, Spyropoulou A, Fexi P, et al. Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: association with hormone therapy. *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(12):660-8.
- Smith AJ, Hall DR, Grovè D. Postmenopausal hormone therapy and quality of life. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;95(3):267-71.
- Haines CJ, Yim SF, Chung TK, Lam CW, Lau EW, Ng MH, et al. A prospective, randomized, placebo-controlled study of the dose effect of oral oestradiol on menopausal symptoms, psychological well being, and quality of life in postmenopausal Chinese women. *Maturitas*. 2003;44(3):207-14.
- Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, Aragaki AK, Shumaker SA, Brzyski RG, LaCroix AZ, Graneck IA, Valanis BG; Women's Health Initiative Investigators. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med*. 2003;348(19):1839-54.
- 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*. 2005;51(3):133-8.
- Evio S, Pekkarinen T, Sintonen H, Tiitinen A, Valmaki MJ. The effect of hormone therapy on the health related quality of life in elderly women. *Maturitas*. 2007;56(2):122-8.
- Alder E. The Blatt-Kupperman menopausal index: a critique. *Maturitas*. 1998;29(1):19-24.
- Conde DM, Pinto-Neto AM, Santos-Sá D, Costa-Paiva L, Martinez EZ. Factors associated with quality of life in a cohort of postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(8):441-6.
- Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: a multicentre Latin American study. *Maturitas*. 2008;61(4):323-9.
- Li C, Samsioe G, Borgfeldt C, Lidfeldt J, Agardh CD, Nerbrand C. Menopause-related symptoms: what are the background factors? A prospective population-based cohort study of Swedish women (The Women's Health in Lund Area study). *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(6):1646-53.
- Twiss JJ, Wegner J, Hunter M, Kelsay M, Rathe-Hart M, Salado W. Perimenopausal symptoms, quality of life, and health behaviors in users and nonusers of hormone therapy. *J Am Acad Nurse Pract*. 2007;19(11):602-13.
- Dommm JA, Parker EE, Reed GW, German DC, Eisenberg E. Factors affecting access to menopause information. *Menopause*. 2000;7(1):62-7.
- Pinto Neto AM, Pedro AO, Hardy E, Osis MJD, Paiva LHSC, Martinez EZ. Caracterização das usuárias de terapia de reposição hormonal do Município de Campinas, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):121-7.
- Gambacciani M, Ciapponi M, Cappagli B, Monteleone P, Benussi C, Bevilacqua G, et al. Effects of low-dose, continuous combined estradiol and noretisterone acetate on menopausal quality of life in early postmenopausal women. *Maturitas*. 2003;44(2):157-63.
- Nijland EA, Weijmar Schultz WC, Davis SR. Effects of tibolone and raloxifene on health-related quality of life and sexual function. *Maturitas*. 2007;58(2):164-73.
- Williams RE, Levine KB, Kalilani L, Lewis J, Clark RV. Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas*. 2009;62(2):153-9.