

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO) EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**HUMOR, ATENÇÃO CONCENTRADA E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS**

VALDEILMA MARIA MORAES

Goiânia-Goiás
Dezembro de 2004

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO) EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

**HUMOR, ATENÇÃO CONCENTRADA E QUALIDADE DE
VIDA EM MULHERES CLIMATÉRICAS**

VALDEILMA MARIA MORAES

Orientador: prof. Dr. Luc Marcel Adhemar Vandenberghe

Co-orientadora: Prof. Dra. Nusa de Almeida Silveira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais & Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais & Saúde.

Goiânia-Goiás

Dezembro de 2004

Agradeço,

A Deus pela proteção e oportunidade de estar aqui.

A todos que me acompanham nesta jornada evolutiva.

Dedico

Aos obstetras pela coragem no cuidado
da vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor **Luc Marcel Adhemar Vandenberghe** por sua orientação na condução do trabalho.

À Professora Doutora **Nusa de Almeida Silveira** pelas correções ortográficas do projeto, da dissertação e participação na banca do exame de Qualificação da Dissertação.

À Professora Doutora **Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer** por sua participação na banca avaliadora do exame de Qualificação da Dissertação.

Ao Professor **Paulo Roberto de Melo Reis**, Diretor do Departamento de Biomedicina por sua colaboração na agilização das dosagens hormonais no Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Católica de Goiás.

À Biomédica **Renata Jarack** do Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Católica de Goiás por sua colaboração na realização das dosagens hormonais.

Ao Biomédico **Mauro Meira Mesquita**, Coordenador do Laboratório de Análises Clínicas da Universidade Católica de Goiás, pela disponibilidade em ajudar nos aspectos referentes às dosagens hormonais.

À estagiária de psicologia **Mychelle Borges Pereira** pela aplicação dos testes psicológicos na primeira fase.

À estagiária **Dáisy Cléia Oliveira Santos** pela aplicação e correção dos testes psicológicos na segunda fase.

Ao Propagandista da Shering do Brasil, **Neomar Chagas da Silva**, pelo fornecimento do medicamento utilizado no trabalho.

À **Eneida Pinto Vieira**, Secretária da Clínica Prevenção, pelo contato permanente com as participantes do trabalho.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Siglas e Abreviaturas	ix
Resumo	x
Abstract.....	xi
1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Histórico	12
1.2 Definição	12
1.3 Epidemiologia	13
1.4 Considerações biopsicossociais.....	15
2 MATERIAL E MÉTODOS	22
2.1 Caracterização da população	22
2.1.1 Critérios de inclusão.....	23
2.1.2 Aspectos éticos.....	24
2.2 Teste de Toulouse-Piéron.....	24
2.2.1 Aplicação do teste de Toulouse-Piéron.....	25
2.2.2 Interpretação do teste de Toulouse-Piéron.....	25
2.3 Inventário de Beck.....	26
2.4 Dosagem hormonal.....	27
2.4.1 Descrição da técnica.....	28
2.4.2 Princípio do ensaio para o estradiol	28
2.5 Entrevista com temas livres.....	29
2.6 Norma utilizada	29
3 RESULTADOS	30
3.1 Teste de Toulouse-Piéron.....	30
3.2 Inventário de Beck.....	31
3.3 Dosagens hormonais.....	32
3.4 Dados das entrevistas	32

3.4.1	Grupo com terapêutica hormonal.....	33
3.4.2	Grupo sem terapêutica hormonal	34
3.4.3	Índice de massa corpórea	35
4	DISCUSSÃO	36
5	CONCLUSÃO	39
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
7	ANEXOS	46
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	47
	ANEXO B - Teste de Toulouse-Piéron	48
	ANEXO C - Inventário de Beck	49
	ANEXO D - Entrevista com temas livres	53
	ANEXO E - Bula da técnica de Quimioluminescência	54
	ANEXO F - Bula do medicamento prescrito na terapêutica hormonal	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Cronologia do climatério.....	12
Figura 2: População por Grupos de Idade segundo Sexo. Brasil, 2000.....	14
Figura 3: População por Grupos de Idade segundo Sexo. Região Centro-Oeste, 2000.....	15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorização do Teste de Toulouse-Piéron	26
Tabela 2: Resultado dos Testes Toulouse-Piéron (1) Início e (2) Final	30
Tabela 3: Escores BDI (1) Início e (2) Final do Estudo	31
Tabela 4: Dosagem Hormonal	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	- Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	- Automated Chemiluminescence System
BDI	- Beck Depression Inventory
HERS	- Heart Estrogen/Replacement Study
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAS	- Laboratório de Análises Clínicas
TH	- Terapêutica hormonal
WHI	- The Women's Health Initiative

RESUMO

MORAES, Valdeilma Maria. **Humor, Atenção Concentrada e Qualidade de Vida em Mulheres Climatéricas.** Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Universidade Católica de Goiás.

A cada ano, estamos tendo um aumento mundial na expectativa de vida humana e conseqüentemente, uma constelação de repercussões na saúde, principalmente no que se refere às doenças crônicas-degenerativas. As mulheres possuem atualmente uma estimativa de passar um terço de suas vidas após a menopausa, fase conturbada que começa normalmente aos quarenta anos de idade e termina aos sessenta e cinco. Neste período, a mulher apresenta vários sinais e sintomas característicos que comprometem a qualidade de vida como, por exemplo, alterações vasomotoras, atrofia geniturinária, distúrbios do humor e do sono, osteoporose, entre outros. Há aproximadamente quarenta anos, os sinais e sintomas do climatério têm sido tratados com a reposição hormonal. A terapêutica hormonal e os resultados dos tratamentos têm sido motivo de discussão em todo o mundo, com alguns estudos apresentando resultados favoráveis no que diz respeito à saúde, humor e funcionamento cognitivo e outros apresentando resultados desfavoráveis. Este estudo avaliou dois grupos com oito mulheres menopausadas; um grupo fazendo uso da terapêutica hormonal e o outro sem a terapêutica hormonal. Os dois grupos foram avaliados e reavaliados em um intervalo de seis meses, quanto ao humor e atenção concentrada e ambos foram avaliados ao final do estudo quanto às atividades da vida diária, com o intuito de buscar uma relação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais que interagindo, apresentam um resultado na qualidade de vida das mulheres nesta fase da vida. Como resultado, as mulheres com a terapêutica hormonal referiram uma melhoria dos sintomas climatéricos, principalmente dos sintomas vasomotores, da libido, do estado de ânimo e do humor. As participantes sem uso da terapêutica hormonal pioraram os escores do humor no intervalo do estudo e ambos os grupos não apresentaram modificações nos escores do teste de atenção aplicado. A observação das atividades diárias demonstra que o trabalho é uma atividade de inclusão social importante e que deve ser valorizado como instrumento de manutenção da auto-estima das pessoas que envelhecem e se sentem excluídas das atividades que anteriormente caracterizavam a sua posição social.

Palavras-chave: Climatério; Terapêutica hormonal; Qualidade de vida; Humor; Atenção.

ABSTRACT

MORAES, Valdeilma Maria. **Humor, concentrated attention and quality of life in climacteric women.**

Every year we have a global increase in life expectancy and consequently, a constellation of repercussions on health, principally in what refers to chronic-degenerative diseases. Women at present are estimated to pass one third of their lives after menopause, a troublesome phase that begins normally at forty years of age and ends around sixty-six. In this period, women present various characteristic signs and symptoms that compromise quality of life, like for example vascular-motor changes, genital-urinary atrophy, and disturbance of humor and sleep and on the long-term osteoporosis. Since more or less forty years ago, the signs and symptoms of climacteric have been treated with reposition of estrogen and progesterone. The results of hormonal therapy have been subject to discussion throughout the world, with certain studies showing favorable results and others showing unfavorable ones concerning health, humor and cognitive functioning. The present study evaluated two groups with eight menopausal women; the experimental group had hormonal therapy while the control group had no treatment. Both were evaluated on humor and concentration before and after a six-month interval, and participated in an interview on daily life activities, with the intention to seek a relation between biological, psychological and social factors that in interaction may influence the quality of life of women in this phase of life. The results suggest that the women that had hormonal therapy reported an improvement in climacteric symptoms, principally the vasomotor symptoms, libido, disposition and humor. The participants that did not have hormonal therapy worsened on scores of humor during the studied interval and neither group presented changes on test-scores of attention. The information on the daily life activities, suggests that work is an important factor in social inclusion that should be recognized as an instrument in the maintenance of self-esteem of aging persons who could feel excluded from activities that before had characterized their social position.

Key words: Climacteric; Hormonal therapy; Quality of life; Humor; Attention.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

Segundo Costeira (2002), a caracterização de uma síndrome climatérica foi estabelecida em 1816 quando De Gardanne usou na França o termo “la ménèspausie”. Foi a primeira vez que as queixas climatéricas foram cientificamente reconhecidas como uma síndrome, com sinais e sintomas característicos. Segundo o autor, Maudsley na Inglaterra em 1876, descreveu uma forma especial de melancolia que ocorreria no climatério: *“delírios profundos e vagos de um caráter extremo, no qual o mundo estaria em chamas, ou estaria de pernas para o ar, tudo estaria mudado, ou uma calamidade terrível, porém indefinida haveria ocorrido ou ocorreria”*.

No início do século XX, foram feitas as primeiras tentativas de utilização da reposição hormonal utilizando extratos ovarianos de vaca (COSTEIRA, 2002).

Segundo Lemgruber (1999), há aproximadamente 40 anos os tratamentos para minorar os sintomas do climatério têm se intensificado, mediante pesquisas farmacêuticas e estudo da fisiologia hormonal feminina. Antes eram feitas purgações e sangrias, aliadas a um conjunto de medicamentos considerados atualmente ineficazes.

Para Appolinário et al. (1999), existe uma tendência mundial de adoção de terapêutica hormonal como rotina entre as pacientes com falência ovariana sem contra-indicações para o uso de estrógenos.

1.2 Definição

O termo climatério vem do grego “klimacter” que significa idade crítica (LEMGRUBER, 1999). É um fenômeno biopsicossocial (HALBE, 1989) no qual ocorre a transição do período reprodutivo para a senilidade. Representa mais um dos ciclos da vida da mulher, começando por volta dos 40 anos de idade, indo até os 65 anos (figura1). Nesta fase, ocorre o declínio da produção dos esteróides ovarianos levando aos sinais e sintomas físicos, psicológicos e sociais que caracterizam a síndrome climatérica e comprometem a qualidade

de vida das mulheres nesta faixa etária (MACHADO, 2000). A menopausa é uma condição fisiológica normal, um dos marcos do climatério, correspondendo ao último período menstrual, ocorrendo por volta do 50 anos (FREITAS, 2002).

Este é um tema muito atual, e tão importante quanto vasto, que merece atenção especial da comunidade científica na abordagem multidimensional do contexto de vida da mulher climatérica (LEMGRUBER, 1999).

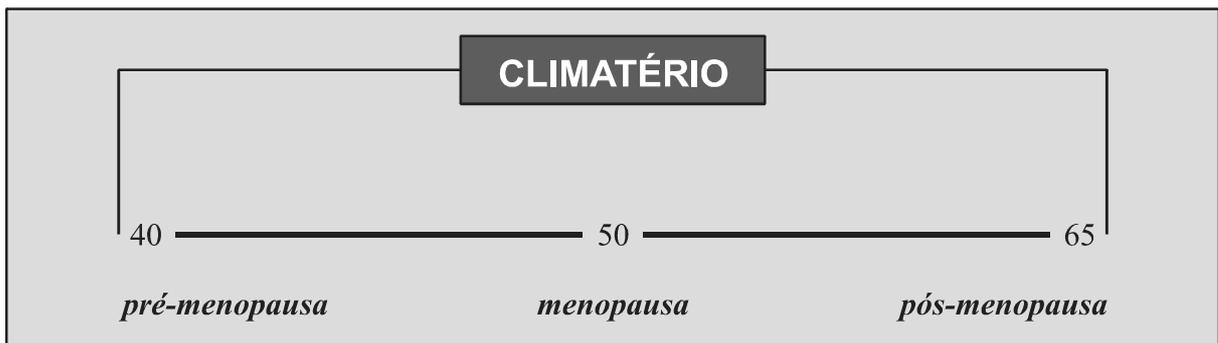


Figura 1: Cronologia do climatério.

1.3 Epidemiologia

O estudo do climatério é de grande importância devido ao significativo aumento da sobrevida da população observado na sociedade moderna, paralelamente aos novos papéis assumidos pelas mulheres no campo sócio-econômico. Nos últimos 40 anos temos observado o rápido crescimento da população com idade superior aos 50 anos, alterando a relação entre jovens e idosos. No ano 1000 a.C., as pessoas viviam em média 18 anos de idade. Em 100 a.C., alcançavam 25 anos (FREITAS, 2002). Há 300 anos, somente 28% das mulheres viviam o tempo suficiente para experimentar a menopausa, sendo que apenas 5% chegavam aos 75 anos. Essa grande mudança na expectativa de vida se deve ao enorme progresso da ciência que proporcionou a melhoria na qualidade de vida em vários segmentos da sociedade. Nos países desenvolvidos, 95% das mulheres chegam à menopausa e 50% chegam aos 75 anos. As estatísticas prevêem que 86% das mulheres nascidas na década de 70 ultrapassarão os 75 anos. Tal crescimento tem uma tendência universal, projetando para o início deste século mais de 700 milhões de mulheres com idade acima de 45 anos. Hoje, a expectativa de vida das mulheres nos países desenvolvidos está próxima dos 80 anos. Viverão, portanto um terço de suas vidas após a menopausa uma vez que apesar da expectativa de vida ter aumentado, a

idade da menopausa tem permanecido inalterada, em torno dos 50 anos. Para Póvoa et al. (1999), no ano de 2015, as mulheres passarão a metade de suas vidas após a menopausa. O aumento da longevidade, sem dúvida, terá um impacto social e econômico, principalmente devido ao aumento na prevalência das doenças crônico-degenerativas como as doenças cardiovasculares e o câncer. Conseqüentemente, haverá uma modificação no perfil das pacientes que procuram os serviços de saúde, que deverão estar preparados para o desafio de prestar uma assistência multiprofissional, inter e transdisciplinar, uma vez que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, compreendendo uma inter-relação contínua dos aspectos físicos, econômicos, sociais, culturais, e estilos de vida. Logo os profissionais precisarão desenvolver competências abrangentes no intuito de promover não somente a ausência da doença, mas um bem estar global para uma vida qualitativa e não somente quantitativa (PETRACCO & SILVA DE SÁ, 2001).

No Brasil, no ano de 2000, a população de mulheres com 50 anos ou mais, foi de 14.508.639. Como pode ser observado nas figuras 2 e 3 (PINTO-NETO et al. 2003), o envelhecimento da população leva a um crescimento “constritivo” da população, com maior número de pessoas com mais idade, definido como “retangularização” da sociedade moderna.

Grupos de Idade	População		
	Homens	Mulheres	Total
0 a 4	8.326.926	8.048.802	16.375.728
5 a 9	8.402.353	8.139.974	16.542.327
10 a 14	8.777.639	8.570.428	17.348.067
15 a 19	9.019.130	8.920.685	17.939.815
20 a 24	8.048.218	8.093.927	16.141.515
25 a 19	6.814.328	7.035.337	13.849.665
30 a 34	6.363.983	6.664.961	13.028.944
35 a 39	5.955.875	6.305.654	12.261.529
40 a 44	5.116.439	5.430.255	10.546.694
45 a 49	4.216.418	4.505.123	8.721.541
50 a 54	3.415.678	3.646.923	7.062.601
55 a 59	2.585.244	2.859.471	5.444.715
60 a 64	2.153.209	2.447.720	4.600.929
65 ou +	4.380.575	5.554.525	9.935.100
Total	83.576.015	86.223.155	169.799.170

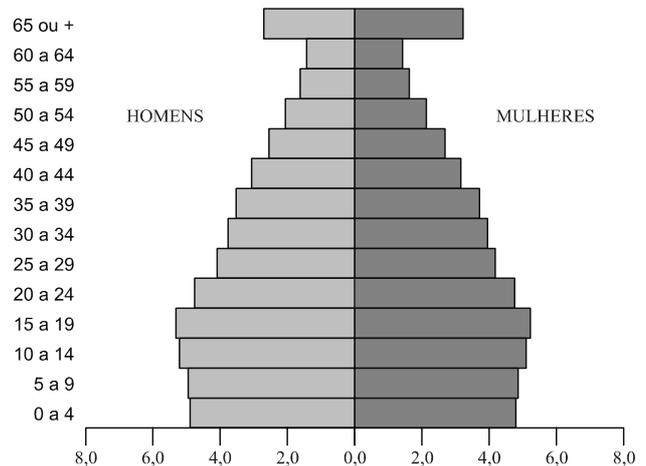


Figura 2: População por Grupos de Idade segundo Sexo. Brasil, 2000.

Fonte: Fundação IBGE. Censo Demográfico de 2000.

Grupos de Idade	Brasil		
	Homens	Mulheres	Total
0 a 4	582.351	560.227	1.142.578
5 a 9	590.316	570.825	1.161.141
10 a 14	598.155	580.191	1.178.346
15 a 19	617.302	619.335	1.236.637
20 a 24	584.647	598.437	1.183.084
25 a 19	514.635	534.616	1.049.251
30 a 34	476.291	495.420	971.711
35 a 39	429.071	445.994	875.065
40 a 44	353.012	363.716	716.728
45 a 49	283.488	288.146	571.634
50 a 54	223.038	221.574	444.612
55 a 59	168.210	167.866	336.076
60 a 64	137.104	135.332	272.436
65 ou +	243.385	254.044	497.429
Total	5.801.005	5.835.723	11.636.728

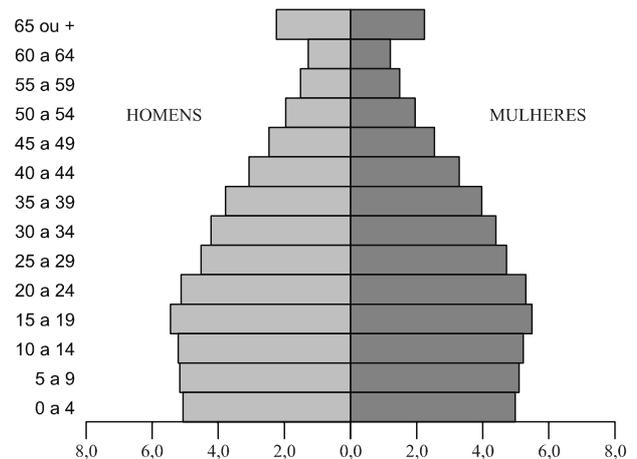


Figura 3: População por Grupos de Idade segundo Sexo. Região Centro-Oeste, 2000.

Fonte: Fundação IBGE. Censo Demográfico de 2000.

1.4 Considerações biopsicossociais

Segundo o modelo biomédico, bastante reducionista, pois não avalia os aspectos psicológicos sociais e culturais, a vida da mulher é composta por fases regidas pelo funcionamento ovariano (ADELMAN & SILVESTRIN, 2002). Na infância os ovários estão praticamente adormecidos, sendo despertados na adolescência com a instalação do período reprodutivo, o qual se prolonga até a instalação do climatério onde ocorre declínio do funcionamento ovariano e o fim do período reprodutivo (MACHADO, 2000).

A abordagem biopsicossocial exige uma avaliação de um contexto mais amplo da vida da mulher. Tais considerações são feitas baseando-se no caráter multidimensional, indivisível e dinâmico do indivíduo e o meio, tendo estas relações um caráter adaptativo constante, com a finalidade de se manter a vida dentro das expectativas individuais (MATURANA, 1985).

Para Lemgruber (1999), no ocidente, o climatério é uma fase cuja chegada não é comemorada. Existem centenas de rituais para celebrar eventos como o nascimento, a puberdade, o casamento e o parto das mulheres, porém, normalmente não existem solenidades para marcar o início da terceira idade. O mesmo não acontece em muitas culturas não ocidentais. Em algumas sociedades do Mediterrâneo, as mulheres depois de certa idade passam a vestir roupas pretas, normalmente quando morrem os pais, o que geralmente ocorre no período em que as filhas atravessam o climatério. Elas jamais voltam a usar outras cores em

suas roupas. De certa forma, este luto permanente, representa um ritual de passagem, no qual a mulher abdica um tipo de vida e abraça outro, com mais regalias e liberdade, podendo viajar sozinha e ter mais tempo para descansar e se envolver em atividades diferentes das rotineiras. Em algumas sociedades da Ásia e África as mulheres são o centro da organização social. Em outras comunidades as mulheres são recompensadas pelos serviços prestados à humanidade ao atingirem o fim de sua vida fértil, concedendo-lhes a liberdade e o *status* que muitas vezes lhes foram negados durante os anos de fertilidade. Já no ocidente, a menopausa é vista como um sinal de envelhecimento e incapacidade uma vez que o corpo, a juventude e a vitalidade são cultuadas em detrimento de valores como experiência, sabedoria, ética, moral e outros valores que só se adquirem com os anos de vida, sendo fundamentais para assegurar aos mais jovens a condição de chegarem à idade adulta ou mesmo à velhice. Esta autora refere ainda que axiste muitas crenças, mitos e tabus envolvem o climatério. Freud por exemplo, recomendava que não se aceitasse para tratamento psicanalítico uma mulher de meia idade, dado que, por ser pouco elástica psicologicamente, já não se podia esperar mudanças favoráveis em seu estado.

Ainda baseado na psicanálise, surgiu a teoria do *ninho vazio* segundo a qual a mulher climatérica sofreria depressão devido ao impacto psicológico causado pela saída dos filhos de casa, que geralmente ocorre durante o climatério. A análise de estudos populacionais demonstrou que tanto medidas de satisfação matrimonial como o bem estar pessoal aumentavam após a saída dos filhos da casa dos pais. Estes achados foram confirmados por outras análises longitudinais e fizeram com que se postulasse que a crise do ninho vazio fosse mais um dos mitos relacionados ao climatério (SHERVIN, 1993).

Os sintomas psicológicos atribuídos à saída dos filhos de casa são mais freqüentes naquelas que se dedicaram exclusivamente à criação dos filhos e naquelas com baixo poder aquisitivo (APPOLINÁRIO et al. 1999).

Amaral (2002), refere-se à atualidade como a era do “menoboom”. Antes tratada como um assunto secreto e constrangedor, hoje a menopausa está no ar, na televisão, no rádio, nas revistas. É um assunto de domínio público em que os filhos adolescentes, maridos estressados, chefes impacientes e médicos superespecialistas tratam, aconselham, amedrontam e culpam a menopausa pela depressão, mau humor, insônia, ossos porosos, doenças cardiovasculares, perda da libido e também pelo envelhecimento. A mulher ocidental vive a ditadura de não poder envelhecer e para isto existe uma série de tratamentos e prevenções do envelhecimento para as mulheres em todas as idades, especialmente no climatério. Na maioria das vezes, estes tratamentos estão atendendo a interesses comerciais especulativos, pois o envelhecer é um processo biológico inexorável e faz parte da vida assim como a morte.

A síndrome climatérica se apresenta com um quadro clínico dinâmico e multifacetado, que depende da vivência individual e cultural para a percepção e elaboração das mudanças que ocorrem neste período (PETRACCO & SILVA DE SÁ, 2001). É uma fase de auto-avaliação, de crescimento e envolvimento espiritual na qual ocorre uma valoração do que realmente é significativo em suas vidas, no seu contexto familiar e social. O sofrimento pela morte do útero é de dor intensa, mas representa uma oportunidade única da mulher de se redescobrir e resgatar o que de autêntico e verdadeiro trouxe dentro de si (LEMGRUBER, 1999).

Brysenko (2002), ressalta que o climatério embora implique em demorada reflexão, não implica necessariamente numa crise. Para esta autora, este é mais um estágio de desenvolvimento do que um estado de emergência psicológica e, no caso de uma mulher emocionalmente sadia, tampouco é uma época de atividade amalucada, impelida pelo medo de estar descendo a ladeira. É na realidade uma época de autenticidade e racionalidade. Ressalta ainda que os sentimentos negativos em relação à menopausa constituem resquícios de velhas crenças nas quais a mulher é avaliada apenas quanto a sua capacidade de gerar filhos e de cuidar do lar.

A população em geral atribui ao climatério qualquer sinal ou sintoma físico e psicológico que surja durante esta faixa etária. Os médicos, por sua vez, também estão propensos a associar ao climatério as queixas que ocorrem neste período. Muito embora a mulher na época do climatério possa experimentar sintomas depressivos, não existem evidências favoráveis à idéia de uma depressão específica do climatério. A investigação da saúde prévia da mulher é fundamental principalmente em relação à ocorrência anterior de um transtorno do humor ou outro diagnóstico psiquiátrico em comorbidade. Assim sendo, as mulheres se aproximam desta fase da vida na expectativa de virem a apresentar algum tipo de comprometimento da saúde física e mental (APPOLINÁRIO, 1999).

As manifestações clínicas atribuídas à síndrome climatérica possuem características próprias que individualizam os casos, variando desde a ausência de sintomas a sinais e sintomas múltiplos a curto e longo-prazo.

Manifestações a curto-prazo

- 1) Irregularidades menstruais: A menstruação pode cessar de forma abrupta, mas normalmente o que se observa é uma diminuição gradual do fluxo menstrual, assim como uma redução na sua duração.

- 2) Sintomas vasomotores: É o sintoma mais comum da menopausa, apresentado por 75% das mulheres. Normalmente começa com uma sensação de pressão na cabeça seguida por uma sensação de calor na cabeça, pescoço e tórax. Estas sensações de rubor e calor são seguidas por sudorese.
- 3) Modificações atróficas do aparelho geniturinário: A mulher normalmente se queixa de prurido, dispareunia e distúrbios da micção devido à atrofia da mucosa vaginal e uretral e redução na produção de muco.
- 4) Alterações da pele e fâneros: Adelgaçamento e enrugamento da pele, perda de pêlos. Alguns autores atribuem as alterações de pele ao próprio envelhecimento.
- 5) Alterações psíquicas: Depressão, irritabilidade, fadigabilidade, transtornos do sono, melancolia, entre outros.

Manifestações a longo-prazo

- 1) Osteoporose: A osteoporose é resultado do aumento da reabsorção óssea com diminuição da sua formação alterando a microarquitetura óssea tornando o osso frágil, com susceptibilidade às fraturas.
- 2) Doenças cardiovasculares: Aumento dos níveis de colesterol, aumentando os riscos de doença coronariana e acidente vascular cerebral.

Na realidade, não existe uma ordenação dos sinais e sintomas e sim um imbricamento entre os vários componentes que espelham a insuficiência estrogênica. (APPOLINÁRIO et al. 2001).

Para Adelman & Silvestrin (2002), em um modelo sócio-cultural do climatério, a mulher nesta faixa etária deve lidar com várias transformações como a perda da capacidade reprodutiva, a constatação real de que o tempo passou em sua vida e está envelhecendo, a mudança no contexto familiar com a perda dos filhos e muitas vezes do parceiro, a aposentadoria, para aquelas que conseguem ou a impossibilidade de serem inclusas no mercado de trabalho, a percepção na mudança do comportamento dos outros em relação a sua idade, muitas vezes de forma discriminatória, pois no ocidente as pessoas à medida que vão envelhecendo passam a ser consideradas inúteis e descartáveis. Para esta autora, a perda da capacidade reprodutiva possui uma conotação negativa, numa cultura em que a menina é treinada desde cedo para ser mãe, e quando alcança a maternidade é tida como rainha do lar, evidenciando que a maternidade é o papel definidor da mulher na sociedade. Todo este

contexto de transformações deixa as mulheres com uma crise de identidade onde se perguntam: qual é o papel da mulher climatérica numa sociedade onde se valoriza a juventude e marginaliza o velho? Esta crise de identidade, torna a mulher climatérica vulnerável à instalação dos distúrbios psicossomáticos e sociais que comprometem o seu bem estar geral.

A relação entre os sintomas psicológicos e o climatério, advém do fato de que, segundo alguns estudos, os esteróides sexuais exercem ação central interferindo com o comportamento humano. Em várias regiões do cérebro, que parecem não estar relacionadas à reprodução, como a amígdala, hipocampo, córtex do giro do cíngulo e frontal, já foram encontrados receptores para estrogênio e progesterona, demonstrando a atuação dos esteróides nestes locais (MCEWEN et al. 1998; YAFFE et al. 1998; HOGERVORST et al. 1999; CUTTER et al. 2003). As ações centrais dos esteróides sexuais não são completamente conhecidas, Sabe-se que os esteróides atuam na transcrição de genes que sintetizam enzimas que regulam a síntese e metabolismo de neurotransmissores e seus receptores, transporte de neurotransmissores, entre outros (MCEWEN, 1998; JOFFE & COHEN, 1998; GENAZZANI et al. 1999; ALMEIDA, 1999; KUGAYA et al. 2003). Logo, a deficiência do estrogênio causaria alterações neuroendócrinas em diversas áreas do cérebro com manifestações clínicas de natureza psicológica como as alterações do humor, ansiedade, irritabilidade, depressão, distúrbios do sono e alteração cognitiva como a diminuição da memória verbal. Contudo, existem poucos estudos nesta área devido principalmente às dificuldades metodológicas no que se refere ao número de participantes, definição de menopausa, a falta de grupo controle e múltiplas preparações para a terapia hormonal. (DITKOFF et al. 1991; SHERWIN, 1993; RICE et al. 1997; WOLF et al. 1999; PALACIOS et al. 2000; COHEN et al. 2003).

Para minimizar o impacto da falência ovariana na saúde da mulher, tem-se utilizado a terapêutica hormonal. A tentativa inicial de se usar alguma substância para minorar os sintomas climatéricos datam do início do século XX, com o uso de extratos de ovários de vacas (COSTEIRA, 2002). Atualmente, temos dos estrogênios conjugados equinos que são componentes estrogênicos extraídos da urina de éguas prenhes, ao estrogênio natural e uma série de substâncias extraídas de plantas, os fitoestrogênios, além de substâncias sintéticas que possuem atividade nos receptores do estrogênio, para tratar os sintomas das mulheres menopausadas minorando, segundo os estudos, muitas vezes controversos, os efeitos da ausência do hormônio nos diversos órgãos que possuem seu funcionamento prejudicado pela deficiência hormonal.

Os autores Zweifel & O' Brien (1997); Rice et al. (1997); Ditkoff et al. (1991); Machado (2000); Maartens et al. (2000); Appolinário et al. (2001); Cohen et al. (2003),

referem melhora dos sinais e sintomas que caracterizam a síndrome climatérica como as ondas de calor, distúrbios do humor e da cognição.

Por outro lado, Stephens & Ross (2002), ressaltam que os estudos sobre terapêutica hormonal e bem estar psicológicos são controversos. Um estudo realizado por estes autores, no qual se relaciona terapêutica hormonal e sintomas psicológicos no climatério, não encontrou uma melhora do humor e relatos de bem-estar em pacientes usuárias da terapêutica hormonal. Ressaltam ainda a importância da correlação dos estados emocionais com sintomas psicológicos prévios, níveis educacionais, e sintomas físicos antes de associá-los ao climatério e a sua melhora com a reposição hormonal.

O WHI, “The Women’s Health Initiative”, estudo randomizado duplo-cego multicêntrico, é o mais recente e o mais importante estudo até hoje realizado a respeito de terapêutica hormonal com 0.625 mg de estrogênio conjugado equíno e 2.5 mg de acetato de medroxiprogesterona no climatério. Este estudo tem avaliado 26000 mulheres menopausadas, com média de idade de 63 anos, divididas em dois grupos, um grupo com pacientes hysterectomizadas e um grupo com pacientes não hysterectomizadas. Apesar do estudo ainda estar em andamento, já existem alguns resultados demonstrando que existe, com este medicamento, um risco mais elevado para doenças coronarianas, tromboembolismo e câncer de mama no grupo das pacientes não hysterectomizadas, fato que indicou a descontinuidade do estudo neste grupo. No grupo de pacientes hysterectomizadas, com o uso apenas do estrogênio, o estudo está em continuidade e não demonstrou aumento na incidência de câncer de mama. Foi evidenciado também uma redução das fraturas por osteoporose e câncer de cólon em ambos os grupos. A investigação sobre a qualidade de vida neste estudo incluiu itens como vitalidade, saúde mental, sintomas depressivos, satisfação sexual, entre outros. Para estes itens, não houve melhora significativa dos resultados, porém houve melhora pouco expressiva dos distúrbios do sono e de dores no corpo (HAYS et al. 2003; REXRODE & MANSON, 2003).

Outro recente e importante estudo randomizado, duplo cego, o (HERS) Heart Estrogen Progestin/Replacement Study, usando os mesmos medicamentos e na mesma concentração do estudo WHI, estudou 2763 mulheres pós menopausadas com antecedente de doença arterial coronariana. Este estudo não evidenciou a proteção cardiovascular e sim um aumento na prevalência dos fenômenos tromboembólicos no primeiro ano de uso. Concluíram também que os efeitos da terapêutica hormonal na qualidade de vida no climatério dependem da ausência ou presenças de sintomas. Mulheres sem sintomas apresentaram declínio nas mensurações de qualidade de vida enquanto as mulheres com sintomas possuem melhora nas mensurações de qualidade de vida (KLATKY et al. 2002).

A divulgação dos estudos WHI e HERS, nos meios de comunicação de massa, trouxe mais incertezas e dúvidas para as mulheres e médicos quanto à indicação, os riscos e os benefícios da terapêutica hormonal. Até então, alguns benefícios como a proteção cardiovascular e coronariana, eram incontestáveis (FERNANDES et al. 2003). O principal sintoma que leva as mulheres a fazerem uso de algum medicamento é a alteração vasomotora que se manifesta como ondas de calor seguida de sudorese profusa, seguido pela profilaxia da osteoporose. As ondas de calor, apesar de muito incômodas, não trazem nenhum risco à saúde da mulher. Já as manifestações tardias da deficiência estrogênica como a osteoporose e a atrofia genitúrinária são preocupantes devido ao alto risco de fraturas e da disfunção dos órgãos genitúrinários que levam a distúrbios da micção e da sexualidade, fatores que comprometem de maneira significativa a autonomia e a qualidade de vida das mulheres (MACHADO, 2000).

Qualidade de vida é um conceito que tem sido desenvolvido sob dois aspectos: um na linguagem cotidiana, por pessoas da população geral e outro no contexto da pesquisa científica em diversos campos do saber como a economia, sociologia, psicologia, médico, entre outros. Num conceito mais genérico, a Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Já sob o ponto de vista da saúde, qualidade de vida está relacionada à capacidade subjetiva do indivíduo de perceber a sua saúde no contexto físico, psicológico, de relacionamento social e ambiental (SEIDL & ZANNON, 2004).

Pelo exposto, podemos concluir que existem duas vertentes neste debate intenso e controverso a respeito do climatério. Primeiramente o modelo biomédico que considera o climatério uma endocrinopatia e atribui os sinais e sintomas deste período à falência ovariana. O segundo, o modelo sociológico, enfatiza as dimensões socioculturais e históricas em detrimento do aspecto biológico. Qual seria o modelo adequado? Provavelmente, a vertente mais adequada seria a que envolvesse tanto o modelo biomédico quanto o sociológico, tendo em vista que todo o conhecimento deve ser contextualizado para que seja compreendido em todas as suas dimensões.

Baseados nos dados epidemiológicos, nos contextos biológico, psicológico e social que envolvem a mulher menopausada, este estudo propõem a investigação de índices de autonomia a partir de relatos subjetivos e da medição da concentração e humor.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Caracterização da população

Foram estudados dois grupos com dez mulheres com diagnóstico clínico de menopausa, amenorréia há pelo menos um ano, com idade superior ou igual a quarenta e cinco anos e menor ou igual aos sessenta e cinco (com média de idade de 51anos), que procuram aleatoriamente a clínica privada, possuindo algum plano de saúde. O plano de saúde foi necessário para a realização dos exames complementares.

Um grupo fez uso da reposição hormonal contínua com 2mg de estradiol e 1mg de noretisterona, nome comercial “Cliane” (Anexo F), sem uso de outras medicações. Este medicamento foi escolhido porque não está envolvido em estudos polêmicos que evidenciam alguns riscos, além de ser um estrogênio natural e a noretisterona ser um progestágeno com ação androgênica que segundo alguns estudos melhora a libido. Neste grupo, o principal sintoma referido pelas mulheres foi as ondas de calor. Oito mulheres deste grupo concluíram o estudo, uma desistiu por efeitos colaterais, e outra foi excluída por não fazer uso da medicação corretamente. O outro grupo não fez uso de medicação e eram assintomáticas. Deste grupo, oito mulheres concluíram o estudo e duas não retornaram para a segunda fase da coleta de dados.

As mulheres nos dois grupos foram submetidas a uma avaliação clínica e complementar imagenológica para rastreamento de comorbidades que contra-indicassem a reposição hormonal, para o grupo que fazia uso da terapêutica hormonal, e como avaliação clínica de rotina, para as mulheres sem a terapêutica hormonal. Foram rastreados principalmente o câncer de mama através da mamografia e do endométrio através da ultrasonografia endovaginal. Foram realizadas também avaliação hematológica e bioquímica de rotina. Todas as mulheres que participaram do grupo em que foi oferecida a terapêutica hormonal foram informadas sobre efeitos colaterais da medicação, riscos e benefícios, porém não foi dito que a medicação poderia influenciar os testes psicológicos.

É importante ressaltar que vivemos hoje a chamada medicina baseada em evidências que estabelece como padrão ouro os ensaios clínicos aleatorizados, duplos-cegos, placebos controlados e com poder de amostra e tempo suficiente de seguimento das pacientes para

responder as questões formuladas quando da concepção do estudo. Estes estudos colocam em segundo plano os estudos observacionais que possuem como viés a intervenção médica e dos pacientes que alteram a uniformidade dos grupos. Entretanto, deve-se levar em conta que esta é a essência da medicina, que, como não poderia deixar de ser, é feita com base em um critério fundamental do ato médico que é a individualização de cada paciente (ZAITZ et al. 2003). Desta forma, optamos por fazer um estudo observacional, pois no estudo duplo-cego dificilmente teríamos a adesão das pacientes, principalmente quando esbarrássemos nos efeitos colaterais da terapêutica hormonal, como, por exemplo, o sangramento genital, efeito colateral que mais leva as pacientes a abandonarem o tratamento, mesmo quando bem orientadas (MACHADO, 2000), principalmente no momento atual onde os estudos mostram resultados controversos quanto aos riscos e benefícios da terapêutica hormonal no climatério.

2.1.1 Critérios de inclusão

As pacientes selecionadas obedeceram a um rigoroso critério de inclusão, fato que limitou o número de participantes. Todas as participantes incluídas estavam, dentro dos parâmetros clínicos, em bom estado de saúde. Sabe-se que com o aumento da idade ocorre uma maior incidência e prevalência das doenças, principalmente as crônicas. Este foi o fator de maior dificuldade neste estudo e em muitos outros estudos sobre este tema que tiveram um número reduzido de participantes.

Algumas observações clínicas mereceram atenção especial como: diagnóstico negativo para doenças mentais, baseado na observação clínica da pesquisadora e ginecologista assistente, pois estas doenças poderiam invalidar os testes psicológicos e estas pacientes provavelmente necessitariam de alguma intervenção medicamentosa; ausência de alterações hormonais tiroidianas devido a sua associação com a depressão e a lentidão do pensamento (HALBE, 1989); ausência de doenças crônicas como as cardiovasculares, diabetes e reumatológicas, que necessariamente necessitariam de um tratamento medicamentoso, além do índice de massa corpórea normal para que a conversão periférica dos andrógenos não afetasse a concentração total dos estrogênios.

Os dois grupos foram submetidos a uma coleta de sangue no período matutino, em jejum para a dosagem do estradiol total, juntamente com a aplicação do Teste de Toulouse Piéron, (Anexo B), para avaliação da atenção concentrada e do Inventário de Beck, (Anexo C), para a avaliação do humor.

Os testes psicológicos foram aplicados e reaplicados por três estagiárias de psicologia de forma cega, observando-se para que não houvesse a reaplicação pela mesma estagiária. Os testes precederam a coleta de sangue para se evitar o “estresse” antes da aplicação dos testes.

Após seis meses da primeira coleta de dados, os testes e a coleta de sangue foram refeitos e somados a uma entrevista com temas livres, (Anexo D), elaborada pelos pesquisadores para avaliação de dados subjetivos sobre qualidade de vida que pudessem ser relacionados com os dados quantitativos obtidos nos os testes de Toulouse-Piéron, Inventário de Beck e dosagens hormonais.

Cada participante foi caracterizada como seu controle, uma vez que os testes foram reaplicados para uma avaliação intra-pessoal, o que suscita diferenças menores do que quando se avalia um indivíduo em um grupo.

A coleta de dados foi realizada na clínica privada onde as participantes que preencheram os critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo.

2.1.2 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (protocolo N° 102/2004) (Anexo A). Todas as participantes tiveram os dados preservados e deram o seu consentimento por escrito.

2.2 Teste de Toulouse-Piéron

Destina-se a medir a rapidez de reação e exatidão ao se executar uma tarefa simples, de natureza perceptiva visual. Por percepção visual, entende-se a capacidade de compreender o que se está vendo, sem recorrer às funções intelectuais. Este teste pode ser aplicado a pessoas com qualquer grau de instrução, servindo para investigar funções pré-frontais como: concentração instrumental, modulação da percepção e escolha Rainho (1994). Este teste foi elaborado e validado em 1911, sendo utilizado em pesquisas clínicas. Turchi e colaboradores (1989), por exemplo, relatam uso deste teste em estudo duplo cego para se avaliar drogas que previnem a deterioração de funções intelectuais em idosos.

Este teste foi escolhido no presente estudo pela possibilidade de avaliação da atenção concentrada, uma função pré-frontal que sofre pouca influência da bagagem intelectual das participantes.

2.2.1 Aplicação do teste de Toulouse-Piéron

Distribuído o material, o aplicador explica ao participante que este fará um teste de atenção concentrada. Cada folha do teste consta de vários quadrados, cada qual com um traço em determinado local. No alto da folha há quatro quadrados que servem de modelo. O examinador desenha no quadro negro ou explica na própria folha do teste, junto ao participante, os quatro modelos e orienta que este marque os quadrados semelhantes, nas duas últimas linhas de sua folha, para treinamento. A seguir, começa-se a cronometrar a prova. O participante deve começar na primeira linha da esquerda para a direita e voltar na segunda linha da direita para a esquerda para otimização do tempo. Se marcar errado, deve-se fazer um círculo em volta do quadrado rapidamente. Ao fim de cinco minutos, aciona-se o cronômetro, terminando a prova. Como limitação do teste, temos a dificuldade de compreensão e a disponibilidade para a colaboração do participante.

2.2.2 Interpretação do teste de Toulouse-Piéron

Foram avaliadas a rapidez e a qualidade com que a participante realiza o teste.

Para se avaliar a rapidez, somam-se os estímulos interpretados, ou seja, somam-se os quadrados os quais o indivíduo foi capaz de perceber, independente de tê-los marcado ou não. Este total representa a quantidade bruta de informação processada. A seguir, transformam-se estes dados em percentil, comparando-os com uma amostra da população geral.

Para a avaliação da qualidade das respostas, somam-se os acertos. Em seguida o total é traduzido em percentil, comparando-os com uma amostra da população geral, podendo ser agrupados em 5 categorias (Tabela 1).

Tabela 1: Categorização do Teste de Toulouse-Piéron.

Categorias	Percentil
1 Prejudicado	< que 24
2 Médio inferior	25 a 40
3 Médio	41 a 60
4 Médio superior	61 a 77
5 Superior	> 78

As limitações deste teste estão na capacidade de compreensão e colaboração do participante.

2.3 Inventário de Beck (BDI)

Este Inventário foi elaborado por Beck e colaboradores na Inglaterra (1961). Até então, não havia um instrumento que pudesse ser aplicado à população geral para rastreamento de sinais e sintomas dos transtornos do humor. Para a elaboração do inventário, fez-se uma revisão dos principais sinais e sintomas referidos por pacientes deprimidos em sessões de psicoterapia, os quais eram consistentes com as descrições da literatura psiquiátrica. As principais queixas que deram origem ao Inventário foram as alterações do humor, pessimismo, carência, insatisfação com a vida, culpa, autopunição, decepção consigo, auto-acusação, vontade de morrer, choro, irritabilidade, imagem corporal, distúrbio do sono, perda de apetite, perda de peso, perda da libido, fatigabilidade, preocupação exagerada com a saúde, cansaço e isolamento. O Inventário é composto por vinte e uma questões com quatro alternativas numeradas de zero a três, nas quais os indivíduos selecionam apenas uma. Após todas as questões serem respondidas, faz-se um somatório para a avaliação do humor, enquadrando-se os resultados em três categorias: 1 quando se obtém um somatório de 0 a 10 pontos, caracteriza um humor positivo; 2 quando se obtém um somatório entre 11 e 20, caracteriza um humor deprimido; 3 quando o somatório é superior a 21 pontos, caracteriza a possibilidade de depressão.

Do estudo de validação deste Inventário, participaram 226 pacientes. Todos os participantes foram avaliados antes ou após a aplicação do Inventário, por psiquiatras que não tinham conhecimento dos resultados do Inventário. Posteriormente, os diagnósticos clínicos foram confrontados com os resultados dos Inventários, chegando-se a uma concordância de 97% do total dos escores selecionados para a comparação.

Este Inventário, desde a sua elaboração tem sido validado em várias comunidades, Kojima et al. (2002), usaram o Inventário para rastreamento de depressão na população adulta

japonesa e concluiu-se que o Inventário foi apropriado para esta finalidade naquela população. Steer et al. (1999), também obtiveram resultados com 99% de especificidade para rastreamento de depressão na população adulta. Este Inventário foi também utilizado por Beck et al. (1997), Arnau et al. (2001) e Stewart et al. (1991) como instrumento de investigação primária da saúde, obtendo resultados satisfatórios para o objetivo proposto de rastreamento do humor deprimido, confirmando este Inventário como o instrumento mais usado na população geral para rastreamento deste distúrbio do humor. Nos casos em que este teste foi reaplicado, com intervalo de oito semanas, as variações do humor foram compatíveis com os resultados da reaplicação do Inventário. O intervalo entre os testes não deve ser muito curto devido à memorização pelo paciente, porém, não deve ser muito longo, devido às flutuações do humor.

A facilidade no manuseio, aliado à alta especificidade e reprodutibilidade deste instrumento o torna bastante útil para rastreamento de distúrbios do humor em pesquisas clínicas.

As limitações deste instrumento estão relacionadas à capacidade de compreensão dos itens e colaboração por parte do participante (BECK et al. 1961).

2.4 Dosagem hormonal

A centrifugação das amostras de sangue para a separação e congelamento do soro a -20°C para posterior dosagem de estradiol foi feita no laboratório da clínica. As dosagens foram feitas no Laboratório de Análises Clínicas (LAS), da Universidade Católica de Goiás, utilizando-se a técnica de quimioluminescência automatizada, no “Automated Chemiluminescence Sistem”, ACS: 180 da Chiron Diagnostics, (Anexo E).

A dosagem do estradiol nas duas fases, início e após seis meses, foi realizada em quatro pacientes de cada grupo. Mesmo não sendo realizada em todas as participantes dos dois grupos, devido à perda de amostras e desistências, serviu para chamar a atenção dos pesquisadores quanto à necessidade de dosagens séricas concomitantes à ingestão de medicamentos, uma vez que uma das participantes, apesar de relatar o uso da medicação, não o fez corretamente, fato detectado pela discrepância dos resultados entre as dosagens hormonais e confirmado pela participante que argumentou sobre o receio de se usar a medicação prescrita. Estes fatos podem alterar os resultados associados ao uso de medicamentos e serve de alerta para estudos futuros.

2.4.1 Descrição da técnica

Quimioluminescência é a produção de radiação luminosa eletromagnética por uma reação química. O processo químico envolve a absorção, pelos reagentes, de energia suficiente para geração de um complexo ativado, o qual se transforma em um produto eletronicamente excitado. Se esta espécie excitada for emissiva, produzirá a radiação diretamente, caso contrário, pode ocorrer à transferência de energia do estado excitado formado para uma molécula aceptora apropriada, resultando na emissão indireta da radiação. Os testes utilizam ligações competitivas do tipo sanduíche, tendo o éster de acridina como marcador e partículas paramagnéticas para a fase sólida. Os ésteres de acridina são facilmente oxidados pelo peróxido de hidrogênio. No processo de oxidação é utilizado o hidróxido de sódio para a manutenção do pH básico. Em ensaios imunoquimioluminométricos, os antígenos das amostras ligam-se aos anticorpos ligados covalentemente às partículas paramagnéticas. Os anticorpos marcados com éster de acridina ligam-se ao complexo antígeno-anticorpo. Os anticorpos marcados e não ligados são removidos quando o sobrenadante é desprezado. A quantidade de luz emitida durante a oxidação do éster de acridina é inversamente proporcional à quantidade de antígeno presente na amostra.

2.4.2 Princípio do ensaio para o estradiol

O ensaio de estradiol -6 é um imunoensaio competitivo que emprega uma tecnologia quimioluminescente direta, cujo nome deriva do acoplamento do imunógeno estradiol na sexta posição, o que aumenta a especificidade e permite a produção de anticorpos específicos. O estradiol da amostra compete com o estradiol marcado com éster de acridina, presente no reativo livre, por uma limitada quantidade de anticorpos antiestradiol de coelho. O antiestradiol de coelho é capturado por uma IgG anticoelho de rato que está acoplada às partículas paramagnéticas da fase sólida.

Existe uma correlação proporcionalmente inversa entre a quantidade de estradiol presente na amostra do paciente e a quantidade de luz detectada pelo sistema.

2.5 Entrevista com temas livres

Esta entrevista (Anexo D), foi desenvolvida pela pesquisadora e orientador baseando-se em aspectos da qualidade de vida como a multidimensionalidade e a subjetividade. A multidimensionalidade refere-se aos vários aspectos que normalmente envolvem a vida dos indivíduos como trabalho, lazer, nível sócio-econômico, relacionamento familiar e social, saúde física entre outros. A subjetividade é a avaliação que o indivíduo faz da sua situação pessoal diante das várias dimensões relacionadas à qualidade de vida que foram citadas. Qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa. Nesse sentido, há a preocupação quanto ao desenvolvimento de métodos de avaliação e de instrumentos que devem considerar a perspectiva do indivíduo. A avaliação de qualidade de vida pode ser feita de maneira qualitativa, com entrevista, e também de maneira quantitativa, envolvendo dimensões da vida do indivíduo que podem ser mensuráveis, e ainda uma combinação dos dois métodos (SEIDL & ZANNON, 2004). Neste trabalho, optou-se por fazer uma análise de casos de maneira quantitativa onde avaliamos a atenção e humor, concomitante a uma análise qualitativa com temas que envolvem o cotidiano das mulheres climatéricas. Estes dados posteriormente foram relacionados para se avaliar a qualidade de vida das mulheres climatéricas.

2.6 Norma utilizada

Para a presente dissertação foram utilizadas as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos acadêmicos na Universidade Católica de Goiás, Silva (2004).

3. RESULTADOS

3.1 Teste de Toulouse-Piéron

Tabela 2: Resultado dos Testes Toulouse-Piéron (1) Início e (2) Final.

Grupos	Pacientes															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Com TH																
Rapidez (1)	1	3	2	2	3	1	2	1								
Rapidez (2)	1	2	4	2	3	1	1	1								
Qualidade(1)	5	2	4	5	1	2	1	5								
Qualidade (2)	5	1	4	5	1	2	5	4								
Sem TH																
Rapidez (1)								1	3	1	1	2	5	1	1	
Rapidez (2)								2	2	1	1	3	5	1	1	
Qualidade (1)								1	5	1	1	1	1	1	5	
Qualidade (2)								1	5	1	1	1	1	1	4	

Categorias:
1 - Prejudicado.
2 - Médio Inferior.
3 - Médio.
4 - Médio Superior.
5 - Superior.

Como pode ser evidenciado na tabela 2, as participantes de número 1, 4, 5 e 6, mantiveram os resultados de atenção concentrada antes a após a TH. As participantes de número 2, e 8, pioraram os resultados, a participante de número 3 melhorou a rapidez, mas não a qualidade, isto quer dizer que ela marcou uma quantidade maior de dados, porém errou mais, pois a qualidade se manteve. A participante de número 7 teve uma piora na rapidez, porém uma melhora na qualidade, isto quer dizer que o fato de marcar os dados mais lentamente a fez acertar mais. Ou seja, os dados deste teste nos mostram que a TH não influenciou nos resultados.

No grupo sem a TH, as participantes de número 11, 12, 14 e 15, mantiveram os resultados. As participantes de número 9 e 13 melhoraram a rapidez, porém não a qualidade, a participante de número 16 manteve a rapidez e piorou a qualidade, e a participante de número

10 piorou a rapidez e manteve a qualidade. Ou seja, neste grupo os resultados do teste também não mudaram em um intervalo de seis meses.

3.2 Inventário de Beck

Tabela 3: Escores BDI (1) Início e (2) Final do Estudo.

Grupos	Pacientes															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Com TH																
BDI (1)	3	1	1	1	1	3	1	1								
BDI (2)	2	1	1	1	1	1	1	1								
Sem TH																
BDI (1)									3	1	1	3	2	1	2	2
BDI (2)									3	1	1	3	3	2	3	1

Categorias: 1 – Humor positivo
2 – Humor deprimido
3 – Possibilidade de depressão

Conforme tabela 3, as participantes de número 1 e 6, apresentaram uma melhora do humor, saindo de um humor sugestivo de depressão para uma categoria de humor deprimido, tristeza, e positivo, respectivamente. As participantes de número 2, 3, 4, 5, 7 e 8, mantiveram as mesmas categorias para humor positivo. A melhora na categoria das participantes de número 1 e 6, provavelmente se deve à melhora dos sintomas climatéricos referidos na entrevista e possivelmente ao aumento acentuado dos níveis hormonais de estradiol para a participante de número 6 conforme mostra tabela 4.

No grupo de participantes que não recebeu a TH, houve uma piora do humor nas pacientes de número 13, 14 e 15, com uma melhora na participante de número 16 e a manutenção do humor nas participantes de número 9, 10, 11 e 12.

3.3 Dosagem hormonal

Tabela 4: Dosagem Hormonal.

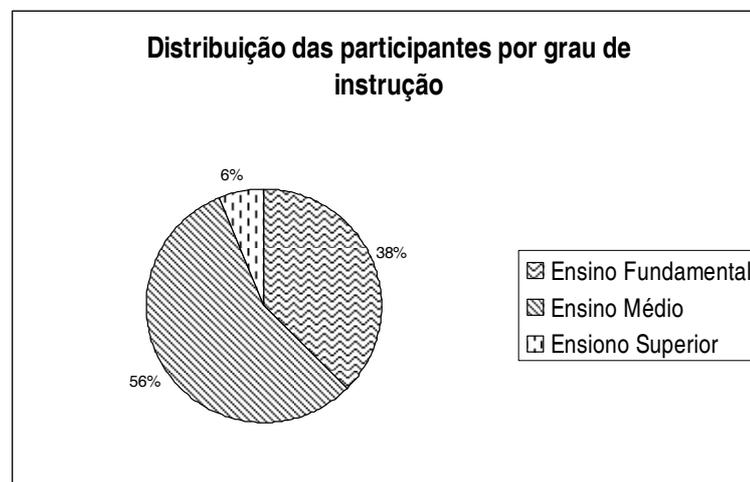
Intervenção hormonal	Participante	Dosagem estradiol Início	Dosagem estradiol Final
Com	3	12.35	98.95
	4	41.56	115.98
	6	39.21	175.17
	8	45.70	199.87
Sem	9	31.79	50.88
	10	45.45	32.93
	13	53.53	43.45
	16	13.42	62.43

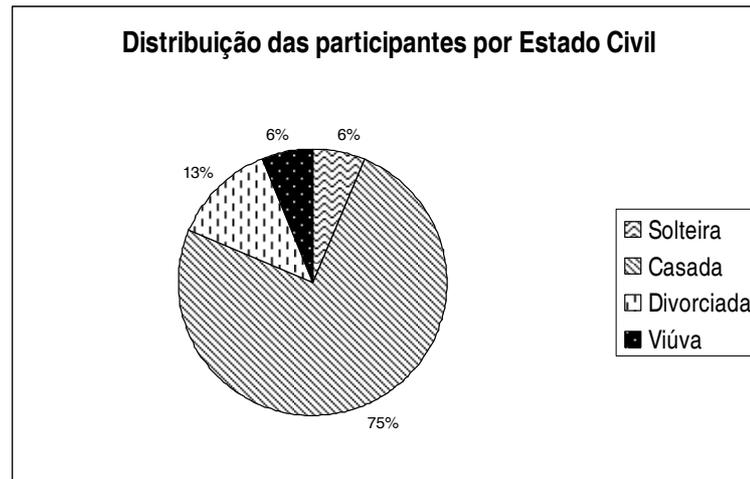
Valores de referência do estradiol, com a metodologia usada, para menopausa não tratada: < que 37 mg/ml.

As participantes que usaram a medicação e tiveram os níveis plasmáticos monitorados apresentaram um aumento dos níveis de estradiol compatíveis com a reposição hormonal, demonstrando que seguiram as recomendações quanto ao uso da medicação.

As participantes que não usaram o hormônio e tiveram os níveis de estradiol monitorados, apresentaram níveis plasmáticos compatíveis com a ausência de ingestão do medicamento, apesar de a participante de número 16 apresentar uma diferença entre as duas dosagens, possivelmente devido à produção endógena, fato que pode estar relacionado com a melhora do humor desta participante e também com a melhora na qualidade de vida relatado na entrevista (Tabela 4).

3.4 Dados das entrevistas





3.4.1 Grupo com terapêutica hormonal

- Participante de número 1 – casada, cursou o ensino médio, atualmente está cursando pedagogia, trabalha como auxiliar administrativo, não faz atividade física regularmente devido à escassez do tempo, tem um bom relacionamento familiar e no trabalho, frequenta a igreja aos domingos. Refere que após a TH, diminuíram as ondas de calor e se sente mais disposta e alegre.
- Participante de número 2 – casada, cursou o ensino médio, faz curso de computação e trabalha na junta médica do município. Tem atividade voluntária em igreja, faz caminhada, refere bom relacionamento familiar, sendo ótimo com o parceiro. Refere melhora das ondas de calor após a TH.
- Participante de número 3 – casada, cursou o ensino médio e trabalha na cantina da escola. Faz caminhada, refere ótimo relacionamento com os filhos e bom relacionamento com o parceiro e colegas de trabalho. Refere melhora das ondas de calor, do sono e maior disposição geral e sexual após a TH.
- Participante de número 4 – casada, cursou o ensino fundamental, tem atividades domésticas, faz caminhada e dança. Refere um relacionamento de amizade com os filhos e uma vida regular com o parceiro. Refere melhora das dores no corpo e melhor disposição sexual após a TH.
- Participante de número 5 – casada, cursou o ensino fundamental, é funcionária pública e faz caminhadas. Não tem filhos e refere bom relacionamento com o parceiro e colegas. Apesar dos problemas, se sente feliz. Refere melhora das

ondas de calor, se sente mais disposta e com melhora acentuada do desempenho sexual após a TH.

- Participante de número 6 – casada, cursou o ensino fundamental, trabalha no lar, é sedentária e tem um bom relacionamento com os filhos e parceiro. Participa de atividades em igrejas. Refere melhora do calor, da angústia e da tristeza após a TH. Gostou muito do uso do medicamento e quer continuar o uso mesmo após o término do estudo.
- Participante de número 7 – solteira, cursou o ensino médio, trabalha em uma clínica infantil, faz atividade física esporádica. Refere bom relacionamento com os colegas e melhora das ondas de calor após a TH.
- Participante de número 8 - divorciada, cursou o ensino médio, trabalha no lar, faz atividade física e cuida de um neto. Refere um bom relacionamento com vizinhos e amigos, refere também melhora das ondas de calor após TH. Sente-se em paz, tranqüila consigo mesma.

3.4.2 Grupo sem terapêutica hormonal

- Participante de número 9 – divorciada, cursou o ensino superior, é aposentada, não pratica atividade física. Refere ótimo relacionamento familiar e bom relacionamento com o parceiro e pessoas do convívio diário. Ajuda a cuidar dos netos.
- Participante de número 10 – viúva, cursou o ensino médio na área do magistério, faz curso de informática, é aposentada e trabalha em casa e junto a uma assistente social, pois gosta de ajudar os outros. Faz outras atividades voluntárias em igrejas. Refere ótimo relacionamento com os filhos. É uma pessoa acolhedora, recebe muitas pessoas em casa. Refere diminuição da memória após a menopausa.
- Participante de número 11 – casada, cursou o ensino médio, tem atividades no lar, faz caminhada e ajuda a cuidar dos netos. Refere bom relacionamento com os filhos e parceiro.
- Participante de número 12 – casada, cursou o ensino fundamental, trabalha em uma clínica e ajuda a cuidar dos netos, Refere bom relacionamento com os filhos e colegas de trabalho. Participa de atividades em igreja.

- Participante de número 13 – casada, cursou o ensino fundamental, tem atividades no lar, faz caminhada e ajuda a cuidar de um neto. Tem um bom relacionamento com filhos e parceiro. Refere diminuição do desejo sexual.
- Participante de número 14 – casada, cursou o ensino médio e trabalha em uma escola. Faz atividade física, refere ótimo relacionamento com os filhos e pessoas do convívio diário. Relacionamento com o parceiro em declínio.
- Participante de número 15 – casada, cursou o ensino fundamental é sedentária e tem atividades no lar. Refere bom relacionamento familiar e frequenta igreja.
- Participante de número 16 – casada, cursou o ensino médio, faz curso de informática e trabalha como auxiliar de secretária. Faz caminhada e atividade voluntária como assistente social. Refere bom relacionamento com os filhos e colegas de trabalho e ótimo relacionamento com o marido. Refere que atualmente a sua vida está melhor que antes em todos os aspectos

3.4.3 Índice de massa corpórea

O índice de massa corpórea das participantes ficou em 21 kg/m^2 , caracterizando peso normal, atendendo aos critérios de inclusão das participantes.

4. DISCUSSÃO

Participantes com TH

Todas as pacientes que fizeram a terapêutica hormonal referiram melhora dos sintomas climatéricos, principalmente os vasomotores. Outros sintomas como o humor, o desempenho sexual e a disposição também foram relatados como melhorados pelas participantes de números 1, 3, 4, 5 e 6.

As participantes de números 1 e 6 apresentaram mudança na medição do humor (Tabela 3). Ambas não melhoraram em termos de atenção concentrada, (Tabela 2). São lentas para realizar os testes, porém a paciente número 1 apresenta uma categoria melhor para a qualidade, o que representa um maior número de acertos. Esta parece ser uma característica da paciente que tem uma atividade intelectual e não um efeito da TH, uma vez que os testes permaneceram iguais antes após a TH. Referiram uma melhora dos sintomas do climatério relacionados ao humor, ondas de calor e disposição. A melhora do humor pode ser pela melhora dos sintomas do climatério e ou pela própria ação hormonal no sistema nervoso central.

Segundo Gennazani et al. (1999), os efeitos positivos do estrogênio estão provavelmente relacionados à estimulação do tônus de substâncias químicas no cérebro. Os sintomas vasomotores, por exemplo, estão relacionados com a diminuição do tônus dopaminérgico e aumento do tônus noradrenérgico no centro termoregulador no hipotálamo. No humor, o estrogênio tem efeito positivo atuando no tônus serotoninérgico, aumentando a síntese de serotonina e diminuindo a atividade da enzima de degradação desta substância. O estrogênio pode influenciar funções cognitivas através de diversas ações biológicas, inclusive aumentando o fluxo sanguíneo cerebral.

Schneider et al. (1997), estudaram um grupo de vinte mulheres climatéricas subdivididas em grupo com e sem depressão, através da aplicação do Inventário de Beck. As pacientes fizeram reposição hormonal com estrogênio conjugado equino por quatro semanas, tendo a aplicação do Inventário no início e final do estudo. Neste estudo, as pacientes deprimidas pioraram os escores, e as não deprimidas melhoraram os escores do Inventário, o que levou a concluir que o estrogênio usado e o tempo em que foi prescrito, não foram suficientes para melhorar os sintomas do humor.

Schleifer et al. (2002), em estudo com vinte mulheres em uso de TH transdérmica em cinco sessões de concentrações crescentes de estradiol transdérmico, com intervalo de seis dias, monitorando os níveis plasmáticos, e correlacionando com o humor, concluiu que a mudança no humor não está relacionado, ao aumento agudo dos níveis de estradiol. As doze pacientes que concluíram o estudo, não apresentaram melhora do humor, demonstrando que a mudança no humor não esteve relacionado ao aumento agudo, por trinta dias, dos níveis de estradiol, mas provavelmente ao uso crônico.

No presente estudo, as pacientes 1 e 6 que tinham humor deprimido melhoraram e as que tinham humor positivo 2, 3, 4, 5, 7 e 8, permaneceram com os mesmos escores (Tabela 3). Não há como relacionar os dois estudos uma vez que os medicamentos são diferentes, tempo de uso é diferente e o contexto sócio-cultural das pacientes é diferente.

Montgomery et al. (1987) em estudo avaliando distúrbios somáticos e depressão no climatério durante quatro meses de implante de estrogênio, concluíram que a depressão no climatério está mais relacionada à flutuação hormonal neste período assim como acontece nos ciclos menstruais onde se tem uma flutuação do humor entre os períodos pré e pós-ovulatório, do que a diminuição dos níveis de estrogênio puramente. Ressaltaram que a depressão poderia ser causada também pela percepção incômoda dos sintomas desta fase e que as alterações do humor neste tipo particular de terapêutica hormonal necessita de avaliações posteriores.

Ditkoff et al. (1991), em estudo duplo-cego com 36 mulheres menopausadas, histerectomizadas, em TH com 0.625 mg de estrogênio conjugado por três meses consecutivos, encontraram uma melhora significativa no escores dos Inventários de Beck aplicados após o uso do medicamento, inclusive nas pacientes assintomáticas. Este estudo sugere que o estrogênio pode melhorar a qualidade de vida mesmo em mulheres assintomáticas.

Genazzani et al. (2002), em avaliação da qualidade de vida das mulheres menopausadas em uso de TH, concluíram que existe uma melhora na qualidade de vida das pacientes usuárias da TH. Fato constatado no presente estudo pela melhora no humor das pacientes com humor deprimido, e também pelos relatos nas entrevistas onde todas as participantes que fizeram TH referiram melhora dos sintomas vasomotores, além da melhora na sexualidade e do bem estar geral referido pelas participantes 1, 3, 4, 5, 6. Todos estes dados são importantes para a avaliação da qualidade de vida e autonomia das participantes, uma vez que a ausência de sintomas e o desempenho de atividades rotineiras faz com que as mulheres tenham uma melhor auto-estima e se sintam incluídas na vida em que estão habituadas. Por outro lado, Stephens & Ross (2002), em estudo com mulheres menopausadas

na Nova Zelândia, através de questionários de qualidade de vida em usuárias e não usuárias de TH, observaram que as diferenças entre os relatos das pacientes estão mais relacionados às condições sócio-econômicas, culturais e na escolaridade do que com a TH.

Cohen et al. (2003), em estudo com 20 mulheres climatéricas em uso de 17 β estradiol por quatro semanas, observaram a remissão da depressão, mediante a aplicação do Inventário de Beck antes e após o uso da medicação, em oito mulheres que terminaram o estudo sendo duas menopausadas e seis pré-menopausadas, concluindo que algumas mulheres climatéricas podem se beneficiar com uso do estrogênio a curto-prazo.

As participantes: 2, 3, 4, 5, 7 e 8, não apresentaram alterações positivas na avaliação da atenção concentrada, mantendo os escores para o humor (Tabelas 2 e 3 respectivamente). O que leva a crer que a TH prescrita, e pelo tempo em que foi prescrita, pode contribuir para a manutenção do humor melhorando os sintomas do climatério, porém não influencia a atenção concentrada.

As participantes que não fizeram a terapêutica hormonal não apresentaram melhora nos testes de atenção concentrada. Já nos testes de humor, as participantes de número 13, 14 e 15 tiveram uma piora, as participantes de número 9, 10, 11 e 12 mantiveram os escores e a participante de número 16 melhorou o escore. A participante de número 16 que teve uma melhora dos níveis hormonais, possivelmente por produção endógena, concomitante à melhora do humor.

Os estudos WHI e HERS (2003), referem uma melhora discreta da qualidade de vida das mulheres menopausada em TH. O estudo HERS relata que a melhora da qualidade de vida está relacionada à sintomatologia, refere inclusive, uma piora da qualidade de vida das pacientes assintomáticas. No presente estudo, podemos constatar pelas entrevistas e testes para avaliação do humor, que houve uma melhora da qualidade de vida das usuárias do hormônio, inclusive das participantes assintomáticas, paralela a uma piora do humor nas participantes de números 13, 14 e 15 com a manutenção do humor deprimido nas participantes de números 9 e 12. Cabe ressaltar, entretanto que o presente estudo usou hormônios diferentes dos estudos WHI e HERS.

5. CONCLUSÃO

A terapêutica hormonal prescrita não produziu uma resposta positiva na avaliação da atenção concentrada, com o teste proposto, porém melhorou a qualidade de vida das usuárias em aspectos como as alterações vasomotoras, estado de ânimo e libido, parecendo proteger também contra a deterioração do humor. Estes dados são compatíveis com dados da literatura como, por exemplo, Genazzani et al. (2002), Ditkoff et al. (1991), porém são opostos à conclusão dos estudos WHI e HERS (2003), Schleifer (2002), e Schneider et al. (1977). A dificuldade de comparação entre estes estudos reside principalmente na metodologia empregada, pois os medicamentos não são os mesmos, as vias de administração não são as mesmas, os critérios de inclusão e exclusão não são uniformes, entre outros bias que envolve cada estudo.

Outra constatação deste estudo, baseado nas entrevistas, é de que a manutenção das atividades sociais, principalmente o trabalho, seja ele remunerado ou não, são importantes para a manutenção da qualidade de vida uma vez que asseguram a inclusão social, a auto-estima e a capacidade do indivíduo se produzir e se renovar a cada instante como medida adaptativa às mudanças do meio em que vive.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELMAN, M.; SILVESTRIN, C. B. *Gênero plural*. Paraná: Ed. UFPR, 2002.

ALMEIDA, O. P. Sex playing with the mind. Effects of oestrogen and testosterone on mood and cognition. *Arq. Neuropsiquiatry*. 57(3A):701-705, 1999.

AMARAL, L. Menopausa: uma crise de produção? In: _____. *Gênero plural*. Universidade Federal do Paraná: Ed. UFPR, 2002. cap. 3, p. 139-148.

APPOLINÁRIO, J. C. B. A psiconeuroendocrinologia do climatério. In: _____. *Perimenopausa Climatério e Senectude*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter Ltda, 1999. cap. 8, p. 53-57.

APPOLINÁRIO, J. C.; BUENO, J. R.; MEIRELLES, R. *A terapia de reposição hormonal (TRHM) e o sistema nervoso central: ação sobre o humor e a cognição*. Arquivo Brasileiro de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal, p. 17-21, 2001.

ARNAU, R. C.; MEAGHER, M. W.; NORRIS, M. P.; BRAMSON, R. Psychometric Evaluation of the Beck Depression Inventory-II With Primary Care Medical Patients. *Health Psychology*. 20(2): 112-119, 2001.

BECK, A. T.; GUTH, D.; STEER, R. A. BALL, R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the beck depression inventory for primary care. *Behav Res. Ther.* 35(8):785-791, 1997.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*. 4:561-571, 1961.

BRYSENKO, J. *A mulher de 0 a 90 (e além)*. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.

COHEN, L. S.; SOARES, C. N.; POITRAS, J. R.; PROUTY, J.; ALEXANDER, A. B.; SHIFREN, J. L. Short-term use of Estradiol of depression in perimenopausal and postmenopausal women: a preliminary report. *Am J Psychiatry*. 160(8):1519-1521, 2003.

COSTEIRA, O. *Climatério, o Renascimento da Mulher Moderna*. Caderno de Terapêutica FQM, Rio de Janeiro, 2002.

CUTTER, W. J.; NORBURY, R.; MURPHY, D. G. M. Oestrogen, brain function, and neuropsychiatric disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 74:837-840, 2003.

DITKOFF, E. C.; CRARY, W. G.; CRISTO, M. LOBO, R. A. Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. *Obstetrics and Gynecology*. 78:991-995, 1991.

FERNANDES, C. E.; MELO, N. R.; LIMA, G. R.; BRACAT, E. C. *Menopausa Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Ed. Segmento, 2003.

FREITAS, FERNANDO; WENDER, M. C. O.; CASTRO, J. A. S.; MATTIELO, S. Climatério. In: _____. *Rotinas em Ginecologia*. São Paulo: Artmed Ltda, 2002. cap. 43, 443-461.

GENAZZANI, A. R.; NICOLUCCI, A.; CAMPAGNOLI, C.; CROSIGNANI, P.; NAPPI, C.; SERRA, G. B.; BOTTIGLIONI, E.; CIANCI, A.; ALOYSIO, D.; SARTI, C. D.; GAMBACCIANI, M.; MONTELEONE, P.; GENAZZANI, A. D.; GUASCHINO, S.; PALUMBO, G.; PETRAGLIA, F.; SCHNAUER, S.; VOLPE, A.; PAOLANTONIO, D. T.; NAGNI, M.; TEMPESTA, A.; CORONEL, G. A. Assessment of the QoL in Italian menopausal women: comparison between HRT users and non-users. *Maturitas*. 42:267-280, 2002.

GENAZZANI, A. R.; SPINETTI, A.; GALLO, R.; BERNARDI, F. Menopause and the central nervous system: intervention options. *Maturitas*,. 31:103-110, 1999.

HALBE, H. W. *Tratado de Ginecologia*. v. 2. São Paulo: Ed. Roca Ltda, 1987.

HAYS, J.; OCKENE, J. K.; BRUNNER, R. L.; KOTCHEN, J. M.; MANSON, J. E.; PATTERSON, R. E.; ARAGAKI, A. K.; SHUMAKER, S. A.; BRZYSKI, R. G.; LACROIX, A. Z.; GRANEK, I. A.; VALANIA, B. Effects of Estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med.* 348(9):1839-1854, 2003.

HOGERVORST, E.; BOSUISEN, M.; RIEDEL, W.; WILLCKEN, C.; JOLLES, J. The effect of hormone replacement therapy on cognitive function in elderly women. *Psychoneuroendocrinology.* 24:43-68, 1999.

IBGE, 2000 Apud PINTO-NETO, A. M.; PAIVA, L. H. S. C.; FONSECHI, G. A. Climatério: epidemiologia. In: _____. *Menopausa. Diagnóstico e Tratamento.* São Paulo: Editora Segmento, 2003. cap. 2, p. 21-35.

JOFFE, H.; COHEN, L. S. Estrogen, Serotonin, and Mood Disturbance: where is the Therapeutic Bridge? *Biol Psychiatry.* 44:798-811, 1998.

KLATKY, M. A.; BOOTHROYD, D.; VITTINGHOFF, E.; SHARP, P.; WHOOLEY, M. A. Quality-of-life and depressive symptoms in postmenopausal women after receiving hormone therapy: results from the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) trial. *Jama: Journal of the American Medical Association.* 287(5):591-597, 2002.

KOJIMA, M.; FURUKAWA, T. A.; TAKAHASHI, H.; KAWAI, M.; NAGAYA, T.; TOKUDOME, S. Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research.* 110:291-299, 2002.

KUGAYA, A.; EPPERSON, C. N.; ZOGHBI, S.; VAN DYCK, C. H.; HOU, Y.; FUJITA, M.; STALEY, J. K.; GARG, P. K.; SEIBYL, J. P.; INNIS, R. B. Increase in prefrontal cortex serotonin 2A receptors following estrogen treatment in postmenopausal women. *Am J Psychiatry.* 160(8):1522-1524. 2003.

LEMGRUBER, L. M. O. C. Climatério aspectos psicológicos. In: _____. *Perimenopausa Climatério e Senectude.* Rio de Janeiro: Ed. Revinter Ltda, 1999. cap. 7, p. 42-52.

MAARTENS, L. W.; LEUSINK, G. L.; KNOTTHERUS, J. A.; POP, V. J. Hormonal substitution during menopause: what are we treating? *Maturitas*. 34:113-118, 2000.

MACHADO, L. V. *Endocrinologia ginecológica*. Medsi Editora Médica e Científica Ltda, 2000. cap. 9, p. 103.

MATURANA, H. R. *Biologia do fenômeno social*. Tradução de Mirian Graciano. 2. ed. São Paulo, 1985 p. 196-209.

MCEWEN, B. S.; K. BULLOCH, S. E. A.; WEILAND, N. G. Clinically relevant basic science studies of gender differences and sex hormone effects. *Psychopharmacology Bulletin*. 34(3):251-259, 1998.

MONTGOMERY, J. C.; APPLEBY, L.; BRINCAT, M.; VERSI, E.; TAPP, A.; FENWICK, P. B. C. Effect of oestrogen and testosterone implants on psychological disorders in the climacteric. *The Lancet*, p. 297-299, 1987.

PALACIOS, S.; CIFUENTES, I.; MENENDEZ, C.; HELDE, S. V. The Central Nervous System and HRT. *Int. F. Fertil*, 45(1):13-21, 2000.

PETRACCO, A.; MARCOS, F. S. S. Endocrinologia no climatério. In: _____. *Reprodução e Climatério*. Ribeirão Preto: Ed. Faculdade de Medicina, 2001. cap. 6, p.5-10.

POVOA, L. C.; LEMGUBER, J.; CARNEIRO, R. A. O climatério no próximo milênio. In: _____. *Perimenopausa climatério senectude*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda, 1999. p. 306-307.

RAINHO, O. *Testes de Aptidões Específicas*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada Ltda, 1994. p. 1-59.

REXRODE, K.; MANSON, J. E. Postmenopausal hormone therapy and quality of life: no cause for celebration. *Jama*. 287(5):641-642, 2003.

RICE, M. M.; GRAVES, A. B.; MCCURRY, S. M. LARSON, E. B. Estrogen Replacement Therapy and Cognitive Function in Postmenopausal Women Without Dementia. *By Excerpta Medica, Inc. Am J Med.* 103(3A):26S-35S, 1997.

SCHLEIFER, L. A.; JUSTICE, A. J. H.; WIT, H. Lack of effects of acute estradiol on mood in postmenopausal women. *Science Direct – Pharmacology Biochemistry and Behavior: Lack of effects of acute es...* p.1-10, 2002.

SCHNEIDER, M. A.; BROTHERTON, P. L.; HAILES, J. The effect of exogenous oestrogens on depression in menopausal women. *The Medical Journal of Austrália.* 2:162-163, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro: 20(2)580-588, mar-abr, 2004.

SHERWIN, B. B. Menopause: Myths and Realities. In Stewart DE, Stotland NL. Psychological Aspects of Women's Health Care. The Interface between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology. *Washington DC.: American Psychiatric Press.* 1993.

SILVA, M. A. *Normas para Elaboração e Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na UCG.* 5 reimpressão. Goiânia: Ed. UCG, 2004.

STEER, R. A.; CAVALIERI, T. A.; LEONARD, D. M.; BECK, A. T. Use of the Beck Depression Inventory for Primary Care to Screen for Major Depression Disorders. *General Hospital Psychiatry.* 21:106-111, 1999.

STEPHENS, C.; ROSS, N. The relationship between hormone replacement therapy use and psychological symptoms: no effects found in a new Zealand sample. *Health Care for Women International.* 23:408-414, 2002.

STEWART, R. B.; BLASHFIELD, R.; HALE, W. E.; MOORE, M. T.; MAY, F. E.; MARKS, R. G. Correlates of Beck Depressions Inventory Scores ion an Ambulatory Elderly Population: Symptoms, Diseases, Laboratory Values, and Medications. *The Journal of Family Praticce.* 32(5):497-502, 1991.

TURCHI, C.; FRANZESE, A.; LEARD, G.; GENTILI, P. Relazioni tra eventi stressanti, meccanismi di difesa e decadimento intellettivo in un gruppo di soggetti anziani. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*. 50(1):131-140, 1989.

WOLF, Oliver T. KUDIENKA, B. M.; HELLHAMMER, D. H.; TÖRBER, S.; MCEWEN, B. S.; KIRSCHBAUN, C. Two weeks of transdermal estradiol treatment in postmenopausal elderly women and its effect on memory and mood: verbal memory changes are associated with the treatment induced estradiol levels. *Psychoneuroendocrinology*. 24:727-741, 1999.

YAFFE, K.; SAWAYA, G.; LIEBERBURG, I.; GRADY, D. Estrogen Therapy in Postmenopausal Women. Effects on Cognitive Function and Dementia. *Jama*. 279(9):688-695. 1998.

ZAITZ, C.; SOUZA, V. M. de; MASADA, A. S. *Menopausa Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Ed. Segmento, 2003.

ZWEIFEL, J. E.; O'BRIEN, W. H. A meta-analysis of the effect of hormone replacement therapy upon depressed mood. *Psychoneuroendocrinology*. 22(3):189-212, 1997.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética



PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
Av. Universitária, 1069 • Setor Universitário
Caixa Postal 86 • CEP 74605-010
Goiânia • Goiás • Brasil
Fone: (62) 227.1071 • Fax: (62) 227.1073
www.ucg.br • heck@ucg.br

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto: **A mulher climatérica: uma visão biopsicossocial**, coordenado por, **Valdeilma Maria Moraes** foi cadastrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás (COEP/UCG) sob o número: **COEP/UCG N. 102/2004 na data de: 04/08/2004.**

Situação atual do projeto em questão, conforme regimento do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Goiás:

- (x) Aprovado e arquivado no COEP/UCG
- () Aprovado com recomendações
- () Pendência
- () Retirado
- () Não aprovado
- () Aprovado e encaminhado para apreciação da CONEP


Prof. Dr. Nivaldo dos Santos
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa/UCG
Goiânia, 26 de agosto de 2004.

ANEXO C

Inventário de Beck

Nome: _____ Data: ____/____/____

Neste questionário estão grupos de afirmações. Por favor, leia cada grupo de afirmações com cuidado. Então escolha a única afirmação em cada grupo que melhor descreve o modo como você esteve se sentindo na SEMANA PASSADA, INCLUSIVE HOJE! Circule o número do lado da afirmação que você escolheu. Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma. Certifique-se de ler todas as afirmações em cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- 1) 0 Eu não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Eu me sinto triste o tempo todo e não consigo sair disso.
 3 Eu me sinto tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

- 2) 0 Eu não estou particularmente desencorajado em relação ao futuro.
 1 Eu me sinto desencorajado em relação ao futuro.
 2 Eu sinto que não tenho nada porque esperar.
 3 Eu sinto que o futuro não tem esperança e que as coisas não podem melhorar.

- 3) 0 Eu não me sinto um fracasso.
 1 Eu sinto que falhei mais do que a média das pessoas .
 2 Quando olho para trás em minha vida, tudo o que consigo ver é um monte de fracassos.
 3 Eu sinto que sou um fracasso completo como pessoa.

- 4) 0 Eu obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava ter.
 1 Eu não gosto das coisas do modo como costumava gostar.
 2 Eu não obtenho satisfação real de mais nada.
 3 Eu estou insatisfeito ou entediado com tudo.

- 5) 0 Eu não me sinto particularmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado durante uma boa parte do tempo.
 2 Eu me sinto bastante culpado durante a maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto culpado o tempo todo.

- 6) 0 Eu não sinto que estou sendo punido.
1 Eu sinto que posso ser punido.
2 Eu espero ser punido.
3 Eu sinto que estou sendo punido.
- 7) 0 Eu não me sinto decepcionado comigo.
1 Eu estou decepcionado comigo.
2 Eu estou aborrecido comigo.
3 Eu me odeio.
- 8) 0 Eu não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
1 Eu me crítico pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me incrimino o tempo todo pelas minhas falhas.
3 Eu me incrimino por tudo de ruim que acontece.
- 9) 0 Eu não tenho nenhum pensamento de me matar.
1 Eu tenho pensamento de me matar, mas não os colocaria em prática.
2 Eu gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse uma oportunidade.
- 10) 0 Eu não choro mais do que o habitual.
1 Eu choro mais agora do que costumava chorar.
2 Eu choro o tempo inteiro agora.
3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar mesmo que queria.
- 11) 0 Eu não estou mais irritado agora do que sempre estou.
1 Eu fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Eu me sinto irritado o tempo inteiro agora.
3 Eu não fico nem um pouco irritado por coisas que costumavam me irritar.
- 12) 0 Eu não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Eu estou menos interessado nas outras pessoas do que costumava estar.
2 Eu perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Eu perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.

- 13) 0 Eu tenho decisões ou menos tão bem quanto e sempre consegui.
1 Eu adio tomar decisões mais do que costumava adiar.
2 Eu tenho maior dificuldade para tomar decisões do que antes.
3 Eu não consigo mais tomar decisão alguma.
- 14) 0 Eu não sinto que minha aparência esteja pior do que era.
1 Eu estou preocupado que esteja parecendo velho ou não atraente.
2 Eu sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer atraente.
3 Eu acredito que pareço feio.
- 15) 0 Eu consigo trabalhar aproximadamente tão bem quanto antes.
1 É necessário um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Eu tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Eu não consigo mais fazer trabalho algum.
- 16) 0 Eu consigo dormir tão bem quanto o habitual.
1 Eu não durmo tão bem quanto costumava dormir.
2 Eu acordo 1 a 2 horas mais cedo do que o habitual e acho difícil voltar a dormir.
3 Eu acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17) 0 Eu não fico mais cansado que o habitual.
1 Eu fico cansado mais facilmente do que costumava ficar.
2 Eu fico cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Eu estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18) 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
- 19) 0 Eu perdi pouco ou nenhum peso ultimamente.
1 Eu perdi mais de 2,5 kg. Eu estou propositalmente tentando perder peso, comendo .
2 Eu perdi mais de 5 kg. Menos. Sim ____ Não ____.
3 Eu perdi mais de 7,5 kg.

- 20) 0 Eu não estou mais preocupado sobre a minha saúde do que o habitual.
1 Eu estou preocupado com problemas físicos como mal-estares e dores; ou desconforto estomacal; ou constipação.
2 Eu estou muito preocupado com meus problemas físicos e é difícil pensar em outras coisas.
3 Eu estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em mais nada.
- 21) 0 Eu não percebi nenhuma mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Eu estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
2 Eu estou muito menos interessado em sexo agora.
3 Eu perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D

Entrevista com Temas Livres

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

INICIAIS DO NOME: _____ DATA: ____/____/____

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ ESCOLARIDADE: _____

ESTADO CIVIL: _____

1. ESTÁ FAZENDO ALGUM CURSO ATUALMENTE? QUAL?
2. APOSENTADA SIM () NÃO ()
3. QUAL O TRABALHO QUE DESEMPENHA?
4. FAZ ALGUMA ATIVIDADE VOLUNTÁRIA?
5. FAZ ALGUMA ATIVIDADE FÍSICA?
6. O QUE ACHA DO CONVÍVIO FAMILIAR? BOM () REGULAR () ÓTIMO ()
7. QUE OUTRAS PESSOAS SÃO IMPORTANTES EM SUA VIDA E O QUE ACHA DO CONVÍVIO COM ELAS?
8. EM QUE TIPO DE AMBIENTE ENCONTRA MAIS PESSOAS?
9. FAZ ALGUMA ATIVIDADE VOLUNTÁRIA?
10. O QUE MELHOROU EM SUA VIDA APÓS A REPOSIÇÃO HORMONAL? RESPONDA SOMENTE SE TIVER FEITO O USO DE REPOSIÇÃO HORMONAL PARA A MENOPAUSA.
11. HÁ UM ANO, QUE ATIVIDADES ERAM IMPORTANTES EM SUA VIDA?
12. HÁ ALGO QUE GOSTARIA DE MENCIONAR À RESPEITO DE SUA VIDA E QUE NÃO FOI PERGUNTADO?

ANEXO E

Bula da técnica de Quimioluminescência

ANEXO F

Bula do medicamento prescrito na Terapêutica Hormonal.

