1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 CLIMATÉRIO

Climatério, termo de origem grega que significa “período de crise ou mudança” (Klimacton = “crise”). O ciclo vital da mulher é constituído por três períodos críticos de transição: a adolescência, a gravidez e o climatério. São períodos biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas e estados temporários de equilíbrio instável (MALDONADO, 1984).

O climatério pode ser definido como o período de transição entre a fase reprodutiva ou *menacme* e a senectude (senescência ou senilidade). Neste período ocorre um conjunto de alterações devidas inicialmente à falha e a seguir ao déficit na produção de hormônios esteróides ovarianos (HALBE, 1987; FERREIRA, 1999).

Considera-se que o climatério inicie por volta dos 40 anos e termine na senescência, ou seja, 65 anos (LIMA, GIRÃO, 2003).

O climatério é classificado segundo a Sociedade Internacional de Menopausa (1999), em:

- ⇒ Pré-menopausa – inicia-se aos 40 anos em mulheres com ciclos menstruais normais ou com o mesmo padrão que sempre tiveram durante sua vida reprodutiva, há diminuição da fertilidade.
- ⇒ Perimenopausa – ou transição menopausal, antes da última menstruação e persiste até um ano após. As mulheres apresentam ciclos menstruais irregulares, alterações clínicas e endócrinas (hormonais).
- ⇒ Pós-menopausa – inicia um ano após o último período menstrual. É considerada precoce (até 5 anos da última menstruação) e tardia (após 5 anos da última menstruação).

A Sociedade Norte Americana de Menopausa (NAMS) e outras entidades ligadas à saúde patrocinaram um grupo de estudo denominado “Stages of Reproductive Aging Workshop” (STRAW) para que normalizasse a nomenclatura dos estágios deste período da vida das mulheres. NAMS divide o climatério em transição menopausal e pós-menopausa (SHERMAN, 2005).

A menopausa é a última menstruação sendo diagnosticada quando ocorrem 12 meses de ausência do fluxo menstrual, portanto, um diagnóstico retrospectivo (BOSSEMEYER, 1999; FREITAS et al. 2001).

A faixa etária média de ocorrência da menopausa é de 50 anos. Fala-se em menopausa precoce quando ela se instala antes dos 40 anos e em menopausa tardia quando ocorre após os 52 anos ou 55 anos para outros autores (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

A idade da menopausa varia conforme se pode notar: Grã-Bretanha, 50,2 anos; Holanda, 51,5anos; África do Sul, 46,7 anos; Gana, 48 anos; Tailândia 45 anos, Emirados Árabes, 47,3 anos e no Brasil 47,5. Acredita-se que estas diferenças se devem a fatores como paridade, nutrição, raça e tabagismo, podendo ser antecipada em até três anos (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

Falência ovariana prematura (FOP) é o quadro de insuficiência ovariana seguida de amenorréia em mulheres com menos de quarenta anos, pode ser transitória (excesso de exercício físico, erros alimentares, altos níveis de stress) ou permanente (doença auto-imune ou anomalias genéticas). A falência ovariana prematura permanente também é chamada de menopausa precoce (NAMS, 2004).

Menopausa induzida ocorre quando a amenorréia é devida à cirurgia (ooforectomia bilateral com ou sem histerectomia), quimioterapia ou radioterapia pélvica (NAMS, 2004).

A causa da menopausa natural é a depleção dos folículos ovarianos. O esgotamento da população folicular se deve ao consumo devido à ovulação ou a atresia (SPEROFF et al., 1995).

No período do climatério o primeiro mecanismo a se alterar é o que envolve a produção de inibina (polipeptídeo sintetizado pelas células da granulosa sob estímulo do FSH e do estradiol). Ocorre diminuição progressiva deste peptídeo na fase folicular com o conseqüente aumento sérico gradual do Hormônio Folículo Estimulante (FSH). Somando-se, a isto, os folículos remanescentes são mais resistentes à ação desta gonadotrofina (SPEROFF et al., 1995).

O aumento do FSH leva à maturação mais rápida do folículo, causando ciclos mais curtos e maior consumo de folículos. A diminuição do número de folículos e o encurtamento da primeira fase do ciclo levam a baixos níveis de estrogênios com conseqüente redução de receptores de Hormônio Luteinizante (LH) na teça e na granulosa acarretando o encurtamento da fase lútea e insuficiente produção de progesterona (SPEROFF et al., 1995).

O comprometimento da produção hormonal ovariana continua até que na pós-menopausa o ovário passa a produzir praticamente androgênios, graças à presença de receptores de LH no estroma ovariano. Estes androgênios são aromatizados e convertidos em estrona nos tecidos periféricos (pele, músculo, gordura e fígado). (SPEROFF et al., 1995).

O FSH permanecerá aumentado por 5 a 10 anos após a menopausa, sempre mais alto que o também aumentado LH, e mesmo após este período os níveis destas gonadotrofinas serão maiores do que os do menacme. A relação entre estradiol e estrona também se modifica, passando a serem maiores os níveis de estrona, e o pouco estradiol circulante tem origem na conversão periférica da estrona (SPEROFF et al., 1995).

As manifestações do climatério são, principalmente, as irregularidades menstruais, os sintomas neurovegetativos ou vasomotores, os neuropsíquicos, os fenômenos atróficos urogenitais e a osteoporose que interferem na qualidade de vida da climatérica (FERREIRA, WEHBA, FERNANDES, 1997; FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

A sintomatologia climatérica atinge 85% das mulheres (MCKINLAY apud WOODS, MITCHELL, 2005). No Brasil sintomatologia climatérica tem alta prevalência, cerca de

96,9% das mulheres experimentam no mínimo um dos sintomas climatéricos (PEDRO, et al, 2003).

No período de transição menopausal, devido às alterações hormonais, ocorrem irregularidades menstruais. Os ciclos menstruais sofrem alterações variáveis tanto em regularidade quanto em quantidade de fluxo. No começo os níveis aumentados de FSH, no início do ciclo, causam hiperestímulo folicular com maturação acelerada e ovulação precoce, levando a ciclos com intervalos menores por encurtamento da fase folicular (FERREIRA, 1999).

Os ciclos anovulatórios, mais prevalentes com a aproximação da menopausa, costumam-se traduzir por hipermenorragia (aumento da quantidade e da duração do fluxo) ou hipermenorréia (aumento da duração do fluxo). Os ciclos hipoestrogênicos iniciais caracterizam-se por serem oligohipomenorréicos (redução da duração fluxo e de quantidade) e quando por fim o hipoestrogenismo é marcante ocorre à amenorréia (LIMA, GIRÃO, 2003).

Os sintomas neurovegetativos ou vasomotores são as palpitações, parestesias, sudorese, cefaléia vasomotora e ondas de calor. O fogacho (“ondas de calor”), sinal clássico da falência ovariana, já foi considerado um sintoma psicológico da mulher, sendo somente a partir de 1975, constatada, objetivamente, a sua existência através da medida de alterações fisiológicas durante a crise (FERREIRA, WEHBA, FERNANDES, 1997).

As ondas de calor são sensações súbitas e transitórias de calor, sentidas principalmente na metade superior do tórax, pescoço e face (mas podem atingir todo o corpo), acompanhadas de rubor, sudorese e seguidas de calafrios, palpitações e sensação de

ansiedade. Os fogachos são mais frequentes à noite, quando interrompem o sono, piorando o bem-estar e causando problemas profissionais e sociais. Os sintomas vasomotores atingem cerca de 75% das climatéricas, aparecem na peri-menopausa e podem persistir até por 15 anos (FERREIRA, WEHBA, FERNANDES, 1997; WENDER, 2003).

A onda de calor tem origem hipotalâmica, com mediação do sistema adrenérgico e sistema opióide endógeno, sendo relacionada ao possível transtorno neuro-endócrino causado pela queda dos níveis de estrogênio no sistema nervoso central. Transtorno este também chamado de “síndrome de privação”, termo utilizado para descrever alguns casos de privação narcótica, de clínica semelhante ao climatério (SOUSA et al., 2003).

Os sintomas neuropsíquicos são algumas vezes considerados não como de origem hormonal, ou seja, por hipoestrogenismo, mas sim como de causa psicológica, oriundos de conflitos emocionais. São descritos: fadiga, labilidade emocional, nervosismo, irritabilidade, agressividade, ansiedade, tristeza, melancolia, crises de choro, solidão, depressão, diminuição da libido (queda de androgênio), falta de concentração e perda da memória, perda de confiança e dificuldade de tomar decisões (ALMEIDA, ALMEIDA, 1996).

Estudos neurofisiológicos mostram áreas cerebrais onde os estrogênios controlam funções de emoções e sexualidade. Investigações neuroquímicas demonstram que os estrogênios podem afetar a concentração de enzimas que sintetizam e catabolizam neurotransmissores cerebrais, regulam assim a produção de adrenalina, noradrenalina, serotonina, prostaglandinas, e sua deficiência pode gerar os sintomas neuropsíquicos observados no climatério (FERREIRA, WEHBA, FERNANDES, 1997).

As alterações no trato urinário no climatério devem-se ao fato de que a mucosa da uretra, do trígono vesical e o tecido conjuntivo que envolve a uretra apresentam receptores de estrogênios, e na falta deste hormônio podem ocorrer incontinência urinária de esforço, infecção urinária, síndrome uretral (disúria, polaciúria, urgência miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, etc.), carúncula uretral e divertículos (GIRÃO, SARTORI, RIBEIRO, BARACAT, LIMA, 1999).

No aparelho genital as alterações climatéricas incluem atrofia do epitélio do intróito vaginal e vulvar. A mucosa torna-se fina e com perda da rugosidade, a vagina encurta-se e fica menos elástica, há redução do glicogênio e, conseqüentemente, diminuição do ácido láctico e aumento do pH vaginal com maior risco de infecções vaginais, e secura vaginal. A vulva perde a gordura no tecido subcutâneo e o epitélio torna-se mais delgado o que causa prurido, estenose, dispareunia e vaginite (MELO et al., 2004).

A relação sexual genital no climatério é afetada pela queda dos níveis hormonais de testosterona e estrogênio tanto centralmente (declínio da libido), quanto localmente (atrofia e diminuição da lubrificação vulvo-vaginal) (PELLEGRINI JUNIOR, 2003).

Na mulher, desde a puberdade, o estrogênio é importante para o pico e manutenção da massa óssea. Na menopausa a perda da massa óssea deve-se principalmente à queda de estrogênio. A idade da menarca, a regularidade dos ciclos menstruais e a idade da menopausa são fatores que influenciam na densidade óssea feminina (WENDER, TOURINHO, 2004).

A osteoporose, estrogênio dependente, é causada por um aumento no processo de remodelação óssea, que ocorre normalmente, mas com um aumento maior na reabsorção do

que na formação óssea. A conseqüência é a perda de massa óssea principalmente a trabecular, com fraturas mais freqüentes na porção distal do rádio e na coluna vertebral. Os estrogênios reduzem a taxa de remodelação óssea (FERNANDES, MELO, WEHBA, MACHADO, 1999).

Os estrogênios podem agir diretamente, já que existem receptores nos osteoblastos, mas também por outros mecanismos, como aumento da eficácia da absorção do cálcio e alterações em citoquinas, vitamina D, paratormônio, calcitonina e fatores de crescimento (MARINHO, 2001).

As doenças cardiovasculares (DCV) têm início 7 a 10 anos mais tarde nas mulheres do que nos homens. Em mulheres na mesma idade em grupos de pré e pós-menopausa verifica-se ao menos o dobro da incidência de DCV no grupo pós-menopausa, o que se atribui ao fator protetor do estrogênio. A carência estrogênica leva ao aumento do colesterol total, da lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol) e manutenção da lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol), elevando o risco aterogênico. O estrogênio aumenta o fluxo sanguíneo e diminui a resistência das artérias, levando a vasodilatação pela liberação de substâncias como óxido nítrico, prostaciclina e peptídeo similar a calcitonina; tem ainda função bloqueadora nos canais de cálcio, diminuindo a possibilidade de hipertensão arterial. O estrogênio diminui a resistência à insulina (MELO, FERNANDES, WEBHA e POMPEI, 1999).

Ao hipoestrogenismo estão sendo associadas outras doenças, como diabete, doença de Parkinson, Alzheimer, câncer de cólon e doença periodontal (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

A visão da mulher climatérica em seu contexto permite perceber a influência dos fatores socioculturais e psíquicos nesta fase de suas vidas.

1.1.1 Terapia Hormonal (TH)

Na mulher, durante a fase reprodutiva, o estradiol (E_2) produzido pelo ovário é o principal estrogênio circulante. Deste estradiol, 20% é convertido em estrona (E_1), considerado um estrogênio menos potente; e a relação E_2/E_1 é maior do que 1. Na pós-menopausa a produção de estradiol se dá principalmente a partir da estrona, proveniente da androstenediona produzida pelas adrenais e pelo ovário, e a relação E_2/E_1 torna-se inferior a 1, causando os sintomas de carência estrogênica (FONSECA et al., 1999).

A história da TH no climatério começa em 1942, com a liberação pelo Food and Drug Administration (FDA) do estrogênio conjugado equino para o alívio das ondas de calor. Deste período até os dias de hoje, foram realizados vários tipos de tratamento hormonal e com várias indicações (FERREIRA et al. 2004).

Vários hormônios são utilizados na TH. Entre os mais usados, isoladamente ou em associação, estão os estrogênios e os progestogênios.

Os estrogênios exógenos podem ser divididos em função de sua estrutura e forma de obtenção em naturais (livres, conjugados e esterificados) e sintéticos. Os estrogênios naturais livres são o estradiol, o estriol, a estrona. Os estrogênios conjugados equinos (ECE) compreendem os glicuronidatos e os sulfatos. Os ECE sulfoconjugados ou estrogênios

conjugados contêm sais sódicos dos ésteres sulfatados hidrossolúveis de estrona, equilina e 17 alfa-diidroequinelina. Os estrogênios esterificados são o valerato e o hexaidrobenzoato ou benzoato de estradiol (FRITSCH, MURDOCH, 1991).

Os estrogênios sintéticos podem ser classificados em esteroidianos e não esteroidianos. Os esteroidianos são etinilestradiol e o promestrieno. Dentre os não esteroidianos pode-se citar: dietiestilbestrol, clorotanisene (TACE), o ciclofenil (TEIXEIRA, 1995).

Os moduladores seletivos dos receptores dos estrogênios, SERMS (specific estrogen receptor modulators), exercem efeitos agonistas ou antagonistas em diferentes órgãos, os disponíveis atualmente são o clomifeno, raloxifeno e o tamoxifeno. A indicação do raloxifeno deve-se à sua ação no metabolismo ósseo e na prevenção do câncer de mama. O tamoxifeno, usado como adjuvante no tratamento do câncer de mama, tem efeito benéfico no osso e no perfil lipídico, mas aumenta o risco de fenômenos tromboembólicos e de hiperplasia e carcinoma de endométrio (FERNANDES, 2004).

Uma outra classe de estrogênios são os xenoestrogênios. Os xenoestrogênios são classificados em fitoestrogênios e contaminantes ambientais de origem industrial. Os principais fitoestrogênios são as isoflavonas, as lignanas e os corimestranos. As isoflavonas estão presentes em leguminosas, principalmente na soja (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

O estrogênio pode ser administrado por via oral, nasal, vaginal, transdérmica (adesivos ou gel) e através de implantes subcutâneos. A via oral é a mais utilizada, os estrogênios

administrados por esta via são absorvidos pela mucosa intestinal e levados ao fígado pelo sistema porta-hepático; este fenômeno é chamado de “primeira passagem hepática” (MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004).

Tabela 1 – Estrogênios: doses e vias de administração

<i>Estrogênios / doses e vias</i>	
Via oral / dose	Estrogênios conjugados (EC) 0,5 - 0,45 - 0,625 - 1,25mg/dia 17-β-estradiol micronizado (E ₂) 1 - 2 mg/dia Hemisuccinato de estradiol (HE) 1,5 mg/dia
Via transdérmica	Estradiol transdérmico (E ₂) 25 -50 - 100
Via nasal	Estradiol gel (E ₂) 0,5 - 1 - 3 mg/dia Estradiol intranasal (E ₂) 150 300 mcg/dia
Via subcutânea	Estradiol implante (E ₂) 25 mg cada 6 meses

FONTE: Adaptado de MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004.

Os progestogênios podem também ser divididos em naturais e sintéticos. A progesterona é o único progestogênio natural, se administrada por via oral tem mínima absorção intestinal, mas tem valor se usada pelas vias transdérmica, vaginal ou oral sob a forma micronizada. Os progestogênios sintéticos são divididos quanto à forma de origem em: a) derivados da progesterona ou pregnanos (C21); b) derivados da 19-nortestosterona: os estranos (C18) e os gonanos (C17); c) derivados da 19-norprogesterona ou nor-pregnanos (WILLIAMS, STANCEL, 1996; BOSSEMEYER, 2004).

O uso do progestogênio na TH é justificado na paciente que tem útero para a proteção da hiperplasia e do câncer de endométrio. Eles suprimem a síntese de DNA e a formação dos receptores nucleares de estradiol, e induzem a formação das enzimas 17- β -desidrogenase e isocitrato de desidrogenase, que diminuem a estrogénicidade tecidual e propiciam efeito secretor ao endométrio (MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004; SITRUK, 2004).

Os progestogênios agem em receptores específicos, como também nos de estrogênios, androgênios, glicocorticóides e mineralocorticóides. A adição de progestogênio à TH pode influenciar negativamente no metabolismo dos carboidratos, no perfil lipídico e lipoprotéico, nos mecanismos de resistência vascular, na predisposição à depressão, no aparecimento de sintomas que simulam síndrome pré-menstrual e parecem aumentar o risco de câncer de mama (MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004; SITRUK, 2004).

Uma nova geração de progestogênios vem sendo desenvolvida visando diminuir os efeitos negativos a eles associados. São os considerados progestogênios de 4ª geração, como: dienogest, drospirona, nestorona, nomegestrol, trimegestona, além da progesterona micronizada e da didrogestrona (SITRUK, 2004; CONSENSO DA SOBRAC, 2004).

Tabela 2 – Classificação dos progestogênios

TESTOSTERONA		PROGESTERONA	
19 – Nortestoterona		17 - Hidroxiprogesterona	
Estranos (C18)	Gonanos (C17)	Pregnanos (C21)	
Noretildronel	Levonergestrel	Acetilados	Não Acetilados
G1	G2	Medroxiprogesterona	Didrogesterona
Norestiterona	Desogestrel		
(Norestiterona)	(Etonogestrel)	Ciproterona	
G2	Gestodeno	Megestrol	
Dienogeste	Norgestimato	Clormadinona	
(Híbrido) ¹	(Norelgestromina)	Espironolactona	
	G3	Drospirenona	
	19 - Norprogesterona	1 Grupo 17a etinil	
	Nor-pregnanos ²	substituído por 17 ^a	
	Nomegestrol	cianometil	
	Nestorona	2 Progestágenos “puros”	
	Trimegestona		

FONTE: Adaptado por Bossemeyer, R. (2004)

Tabela 3 – Progestogênios: doses e vias de administração

Progestogênios	
Via oral	
Acetato de medroxiprogesterona (AMP)	1,5 – 2,5 – 10 mg/dia
Acetato de ciproterona (AC)	0,35 mg/dia
Acetato de noretisterona (NETA)	0,35 – 0,5 – 0,7 – 1 mg/dia
Acetato de nomegestrel (ANG)	2,5 – 5 mg/dia
Didrogesterona	2mg/dia
Dienogeste	90 mcg 3/3 dias
Norgestimato	100 – 200 – 300 mg/dia
Progesterona micronizada	0,125 – 0,25 mg/dia
Trimegestona	
Via transdérmica	
Acetato de noretisterona (NETA)	140 – 170 – 250 mcg/dia

FONTE: Adaptado de MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004.

Outros hormônios utilizados em TH são a tibolona e os androgênios. A tibolona é um derivado do progestogênio noretinodrel, que usada por via oral forma três metabólitos com funções estrogênica, progestacional e androgênica, apresentando ações seletivas em diferentes tecidos. Os androgênios podem ser usados associados à terapêutica estrogênica (TE) ou estroprogestogênica (TEP) principalmente nas ooforectomizadas e nas que apresentam indícios clínicos de deficiência androgênica (fadiga, diminuição da libido...) (MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004; TEIXEIRA, 1995).

Tabela 4 – Androgênios: doses e vias de administração.

<i>Androgênios</i>	
Via oral	
Metil testosterona	1,25 – 2,5 – 5 mg/dia
Undecanoato de testosterona	40 mg/dia
Via transdérmica	
Propionato de testosterona 2%	2mg/dia
Parenteral	
Cipionato de testosterona	50 - 100mg/dia
Enantato de testosterona	50 – 100mg/dia
Implante de testosterona	25mg 6/6 meses
Estrogênio / androgênio	
Benzoato / Fenilpropionato de	5mg/mês
estradiol	100mg/mês
Benzoato / Fenilpropionato /	
Isocaproato	
	de
testosterona	

FONTE: Adaptado de MELO, POMPEI, MACHADO, FERNANDES, 2004.

Os androgênios são usados topicamente para o tratamento da distrofia vulvar. O líquen escleroso e o atrófico respondem bem ao tratamento com androgênio, como há absorção sistêmica do hormônio a paciente em tratamento prolongado deve ser observada quanto aos efeitos colaterais (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

O tratamento com androgênio traz benefícios como: aumento do desejo sexual, da excitação, da frequência de fantasias sexuais, da energia, da memória além de diminuir a depressão e tornar o humor mais estável e manter a massa óssea (FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004).

Terminologia dos tratamentos relacionados ao climatério, segundo NAMS (2003):

Sigla descrição:

TH Tratamento hormonal (engloba TE e TEP)

TE Tratamento estrogênico

TEP Tratamento combinado estro-progestogênico

TEPcc Tratamento estro-progestogênico combinado contínuo (administração diária de estrogênio e progestogênio).

TEPcs Tratamento estro-progestogênico combinado seqüencial (estrogênio diário mais progestogênio de modo seqüencial)

TE/TEP Preparados de estrogênios ou estro-progestogênicos sistêmico, com efeito sistêmico, inclusive vaginal

TE local Preparados estrogênicos que apresentam efeito mais vaginal e não sistêmico.

TE é administrada a pacientes histerectomizadas, quando não se faz mais necessária à proteção endometrial. TEPcs consiste no uso de estrogênios 21 ou 25 dias por mês, ou contínuo, associado a progestogênio por 12 a 14 dias por mês. Este esquema é geralmente prescrito antes da menopausa ou nos primeiros anos após, quando existe maior chance de ocorrerem menstruações. TEPcc é utilizada em pacientes que não desejam sangrar ou quando já se passaram alguns anos da menopausa; e TE local, vaginal, quando as queixas climatéricas forem genitais (HALBE, RAMOS, FONSECA, SAKAMOTO, 1999).

1.1.2 Grandes estudos sobre os efeitos da TH no Climatério

Na tentativa de confirmar os efeitos da cardioproteção primária oferecida pelos estrogênios e o risco de câncer de mama com o uso de TH, o National Institutes of Health (NIH) iniciou nos Estados Unidos, em 1993, o estudo denominado Women's Health Initiative (WHI). Os objetivos secundários eram verificar a ação da TH sobre as fraturas, o câncer colorretal, o câncer de endométrio, o acidente vascular cerebral, a embolia pulmonar e a qualidade de vida (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Este estudo, duplo cego randomizado, foi constituído de dois braços: em um deles mulheres pós-menopausadas com útero intacto foram randomizadas para receber 0,625 mg de estrogênio conjugado eqüino com 2,5 mg de acetato de medroxiprogesterona em esquema combinado contínuo (n=8506) ou placebo (n=8102). No outro mulheres histerectomizadas (n=10739) receberam 0,625 mg de estrogênio conjugado eqüino ou placebo (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

O estudo projetado para durar oito anos foi interrompido no braço das mulheres com útero intacto, com 5,2 anos, devido ao fato das mulheres que usaram medicação hormonal terem apresentado um leve, mas significativo aumento na incidência de câncer de mama e de DCV. Este estudo mostrou diminuição de fraturas osteoporóticas e de câncer de cólon (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Tabela 5 – Dados das pacientes do WHY, braço da TEPcc (em percentuais)

<i>WHI - TEPcc</i>	<i>TH</i> <i>n= 8506</i>	<i>Placebo</i> <i>n= 8102</i>
Idade na seleção	63,2	63,3
Uso prévio de hormônio	26,1	25,6
IMC	28,5	28,5
Tabagistas ou ex-tabagistas	50,4	50
Diabete	4,4	4,4
Hipertensão	37,5	36,4
Uso de Estatinas	6,9	6,8
Antecedentes familiares de Câncer de mama	16	15,3
Antecedentes de infarto do miocárdio	1,6	1,9
Antecedentes pessoais de Revascularização/ angioplastia	1,1	1,5

FONTE: WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002.

WHI – Women's Health Initiative Study; TEPcc – terapia estroprogestogênica combinada contínua;
IMC –infarto agudo do miocárdio.

Tabela 6 – RR, número e diferença de eventos clínicos entre os grupos do WHI, braço TEPcc.

<i>Eventos Clínicos</i>	<i>Risco Relativo</i>	<i>Grupo Placebo</i> <i>n° de casos para 10 mil mulheres/ano</i>	<i>Grupo TH</i> <i>n° de casos para 10 mil mulheres/ano</i>	<i>Diferença no n° de eventos para 10 mil mulheres/ano</i>
Ataques Cardíacos	1,29	30	37	7
Acidente Vascular Cerebral	1,49	21	29	8
Câncer de Mama	1,26	30	38	8
Trombo Embolismo Venoso	2,11	16	34	18
Câncer de reto e cólon	0,63	16	10	-5
Fraturas de Bacia	0,66	15	10	-6

FONTE: WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002

No grupo de mulheres histerectomizadas o estudo deveria permanecer até 2005, mas foi interrompido em fevereiro de 2004 sob a alegação de que a análise dos dados obtidos com o uso de estrogênio isolado não pareceu alterar o risco de doenças cardíacas, aumentou o risco de acidente vascular cerebral (AVC), diminuiu o risco de fraturas e manteve inalterado o risco de câncer de mama (THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE STEERING COMMITTEE, 2004).

Tabela 7 – Nº de eventos clínicos, no braço TE, do WHI

	<i>TE</i> <i>Nº (%)</i>	<i>Placebo</i> <i>Nº</i> <i>(%)</i>	<i>Risco</i> <i>Relativo</i>	<i>IC – 95%</i>
Doença cardio- circulatória	177 (0,49)	199 (0,54)	0,91	0,75-1,12
Câncer de mama	94 (0,26)	124 (0,33)	0,77	0,59-1,01

FONTE: THE WHI STEERING COMMITTEE. JAMA. 2004, 291: 1701-1712

O Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) – duplo cego controlado, com 2.763 mulheres (média etária 66,7 anos) acompanhadas por um período médio de 4,1 anos, teve por objetivo verificar a eficácia do uso da combinação ECE 0,625 mg + AM 2,5mg/dia na prevenção de novos eventos cardiovasculares em mulheres com doença coronariana prévia. O HERS mostrou no primeiro ano de seguimento maior incidência de novos eventos cardiovasculares no grupo de TH. Nos anos seguintes do ensaio não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos (HULLEY, GRADY, BUSH, FURBERG, HERRINGTON, RIGGS, VITTINGHOFF, 1998).

No HERS II, uma continuação do HERS, não mais duplo cego (identificados os grupos de pacientes teste e placebo), foram acrescentados mais 2,7 anos ao estudo e as conclusões não mostraram diferenças entre usuárias ou não de TH na prevenção de eventos coronarianos (GRADY, HERRINGTON, BITTNER, et al., 2002).

O Million Women Study (MWS) um estudo inglês, observacional, prospectivo, realizado entre 1996 e 2001, teve por objetivo avaliar os efeitos de diferentes tipos de TH sobre a incidência de câncer de mama fatal. Participaram deste estudo 1.084.110 mulheres entre 50 e 64 anos. O estudo se baseou em informações obtidas de questionários preenchidos em um programa de acompanhamento mamográfico. No MWS após 2,6 anos o risco relativo (RR) de câncer de mama para as não usuárias foi de 1 (Intervalo de Confiança, IC 95%=0.96/1.04); nas usuárias de estrogênio foi de 1.30 (1.22/1.38), nas usuárias da associação estrogênio/progestogênio foi de 2.00 (1.91/2.09) e nas de tibolona de 1.45 (1.25/1.67) (MILLION WOMEN STUDY COLLABORATORS, 2003).

1.1.3 Posicionamentos sobre os grandes estudos

Serão considerados os posicionamentos da Sociedade Internacional de Menopausa (Declaração do Comitê Executivo, 2004) e da Sociedade Brasileira de Climatério (Consenso, 2004).

1.1.3.1 Comitê Executivo da Sociedade Internacional de Menopausa
(DECLARAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO DA SOCIEDADE
INTERNACIONAL DE MENOPAUSA, (2004 e 2006))

Considerando as aparentes discrepâncias entre os resultados positivos dos estudos observacionais e os achados negativos dos estudos clínicos aleatórios, o Comitê Executivo identificou que nos estudos observacionais os hormônios eram prescritos a mulheres na transição menopáusicas, a maioria delas sintomáticas, e geralmente com 55 anos de idade, ou menos, no começo do tratamento.

A idade média das mulheres nos estudos WHI e HERS foi de 63.3 e 67 anos respectivamente. As mulheres nos estudos observacionais em geral buscavam ajuda por serem sintomáticas (deficiência hormonal), enquanto as mulheres dos estudos aleatórios foram recrutadas muito tempo após serem sintomáticas.

A idade e a condição dos sujeitos (mulheres com doença subclínica vascular e cardiovascular) não apóia os argumentos que o WHI é um estudo de prevenção primária cardiovascular. O WHI é um estudo de um regime particular combinado de estrogênio e progestogênio, e como todos os estudos clínicos aleatórios seus resultados não devem ser generalizados a populações que não estavam desenhadas no estudo.

Sobre o MWS, estudo observacional, o Comitê declarou que o aparecimento de riscos significativos durante o primeiro ano sugere um desvio observacional e não uso de hormônios.

O Comitê se posiciona sobre uma análise recente do estudo observacional Nurses' Health Study (GRODSTEIN, MANSON, STAMPFER, 2006) dizendo que o uso de TH em

mulheres idosas com aterosclerose não produz neuro ou cardioproteção mas em mulheres mais jovens com o endotélio arterial intacto o uso de TH leva a cardioproteção.

1.1.3.2 Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC)

A SOBRAC, através do seu Consenso 2004, salienta que no estudo HERS as pacientes tinham idade avançada e usaram somente um esquema medicamentoso.

Quanto ao WHI, reconhecido como o mais importante estudo controlado sobre terapêutica hormonal, o Consenso salienta que embora não apresente defeito metodológico (a randomização obedeceu a critérios rigorosos), não está isento de críticas, como: a) a não individualização da terapêutica hormonal; b) a idade média das mulheres acima da observada em pacientes habitualmente submetidas à TH; c) o grande número de efeitos colaterais; d) o abandono do tratamento durante o período de referência. O abandono foi creditado à falta de motivação das participantes para alcançar resultados, pois a maioria era assintomática, ou “adaptadas” ao novo padrão hormonal.

Observa, ainda este Consenso, que seria temerário extrapolar os resultados do WHI para outras vias de administração, outros hormônios, outras doses e mulheres mais jovens (50-55 anos).

No MWS, o Consenso, salienta que o aumento de câncer de mama com a tibolona pode ter sido devido à preferência dos médicos de prescrever esta droga as pacientes de alto risco ou com mamas densas.

Não há consenso sobre o impacto da TH na qualidade de vida, graças à dificuldade em avaliar este dado. A melhora da qualidade de vida com TH é creditada ao alívio dos sintomas climatéricos.

1.1.4 Prescrevendo TH hoje

Baseada no Consenso da SOBRAC, 2004.

- ⇒ A TH tem indicação em mulheres que apresentam sintomas climatéricos, tais como, fogachos, alterações menstruais e problemas derivados da atrofia vaginal;
- ⇒ São consideradas contra-indicações à TH: doença tromboembólica aguda e recorrente, doença hepática grave, câncer de endométrio recente, câncer de mama, sangramento vaginal não diagnosticado e porfiria;
- ⇒ Baixas doses, estrogênios naturais e progestogênios com estrutura próxima a da progesterona natural são preferidos;
- ⇒ A via de administração é individualizada segundo a paciente;
- ⇒ O esquema terapêutico empregado: monoterapia com estrogênios isolado (TE) em paciente sem útero, e esquemas combinados estroprogestativos (TEP) para pacientes com útero. O esquema combinado pode ser seqüencial (TEPsc) produzindo sangramento cíclico ou combinado contínuo (TEPcc) sem sangramento cíclico;
- ⇒ A administração da TH, embora haja a necessidade de comprovação por estudos prospectivos randomizados, deverá iniciar tão logo se dê a insuficiência estrogênica (“janela de oportunidades”). Estudos em animais mostram que quando

a TH começa assim que se instala o déficit estrogênico melhor é a evolução das placas ateroscleróticas, refletindo proteção cardiovascular;

- ⇒ A continuação ou interrupção da TH depende da manutenção dos benefícios para os quais ela foi iniciada, do aparecimento de efeitos adversos, do risco/benefício durante o tratamento, da melhora da qualidade de vida, da vontade ou não da mulher em prosseguir a TH e da consciência e experiência clínica de cada médico.

1.1.5 Investigação preliminar à TH e investigação intra-tratamento

Baseado em FERNANDES, BARACAT, LIMA, 2004, toda mulher candidata ao uso ou usuária de TH deverá ser avaliada antes e durante o tratamento.

- ⇒ Avaliação preliminar a TH:
- a) História clínica (antecedentes pessoais e hereditários)
 - b) Peso e pressão arterial
 - c) Exame ginecológico e de mamas
 - d) Perfil lipídico e lipoprotéico
 - e) Glicemia
 - f) Mamografia
 - g) Colpocitologia oncológica cervicovaginal
 - h) Ultra-sonografia transvaginal
 - i) Densitometria óssea
- ⇒ Avaliação intratratamento:

- a) Mamografia anual
- b) Perfis lipídico e lipoprotéicos semestrais quando alterados
- c) Biópsia de endométrio quando necessário

1.2 QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida e a busca pela melhoria desta qualidade de vida são uma procura incessante do ser humano. Esta é uma das características fundamentais da nossa espécie, a eterna necessidade de querer viver bem, de vislumbrar constantemente meios de melhorar o cotidiano, de tentar superar condições adversas por outras melhores (MOREIRA, 2000).

O termo “qualidade de vida” surgiu antes de Aristóteles, associado a palavras como “felicidade e virtude”, as quais quando alcançadas, proporcionariam ao indivíduo “boa vida” (BECK, 1999).

Nos Estados Unidos da América começou a se falar em qualidade de vida no pós-guerra, para descrever o efeito do poder aquisitivo sobre a vida das pessoas, e subsequente foi ampliado para incluir educação, saúde, crescimento econômico e industrial (ORTIZ e PUEYRREDÓN, 2000).

Qualidade de vida é um conceito usado em diversas áreas do conhecimento, tais como Sociologia, Economia, Psicologia, Saúde, Política, Educação e outros. Em cada um destes campos o conceito assume uma dimensão específica (GAÍVA, 1998).

De acordo com MINAYO, 2000, é uma noção humana e contempla vários significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Estes significados dizem do momento histórico, da classe social e da cultura destes indivíduos.

Segundo DINIZ E SCHOR, 2006, no domínio da produção técnica destacam-se 03 âmbitos complementares que são essenciais para a análise da Qualidade de Vida:

- ⇒ distinção entre aspectos materiais (necessidades humanas básicas como, habitação, abastecimento de água, sistema de saúde ou seja aspectos de natureza física e infra-estrutural) e imateriais (ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural);
- ⇒ distinção entre os aspectos individuais (condição econômica pessoal e familiar) e coletivos (serviços básicos e públicos);
- ⇒ distinção entre os aspectos objetivos (indicadores sociais) e subjetivos (percepção subjetiva que o indivíduo tem sobre Qualidade de Vida).

A OMS (1994) define “qualidade de vida” como: “A percepção que uma pessoa tem de sua vida, no contexto do sistema de valores e da cultura em que vive em relação as suas metas, expectativas, padrões e interesses”.

1.2.1 Desenvolvimento, Qualidade de Vida e Políticas de Saúde da Mulher

A discussão sobre os conceitos de crescimento econômico e desenvolvimento deve-se à que alguns autores consideram que crescimento econômico, aumento da renda, é sinônimo

de desenvolvimento. Os economistas que pertencem a esta corrente são os de tradição clássica ou neoclássica (SOUZA, 1993 apud OLIVEIRA, 2002).

Uma outra corrente, onde se encontram os economistas de orientação crítica, defende ser o crescimento econômico uma simples variação quantitativa do produto, enquanto desenvolvimento é o produto do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida (SOUZA, 1993 apud OLIVEIRA, 2002).

Oliveira, 2002, p. 40:

Desenvolvimento nada mais é que o crescimento – incrementos positivos no produto e na renda – transformado para satisfazer as mais diversificadas necessidades do ser humano, tais como: saúde, educação, habitação, transporte, alimentação, lazer, dentre outras.

Mundialmente os debates sobre desenvolvimento foram acirrados principalmente após a 2ª Guerra Mundial, pela necessidade de progresso e melhoria das condições de vida, gerando a primeira Declaração Interaliada de 1941, a Carta do Atlântico, a Carta das Nações Unidas (1945), e a criação oficial da ONU em 1945 (OLIVEIRA, 2002).

A ONU inicialmente composta por 51 países tinha por finalidade contribuir para aumentar os níveis de qualidade de vida e nela intensificaram-se os debates sobre o conceito e os meios para se chegar ao desenvolvimento. Foram então criados programas e organismos para este fim, tais como: Fundo Monetário Internacional, Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento, o acordo Geral de Tarifa e Comércio, o Programa das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, o Programa para a Educação, Ciência e

Cultura, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho (OLIVEIRA, 2002).

Embora o crescimento econômico seja condição necessária para ao desenvolvimento ele não é o objeto último do processo e também não assegura, por si, a melhoria na qualidade de vida da população (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD), 1996).

Considerando que as pessoas e a qualidade de vida são o propósito do desenvolvimento, o desenvolvimento humano é assunto de debate, o que facilmente pode-se observar quando da repercussão do Relatório Mundial de Desenvolvimento Humano publicado, a partir de 1990, pelo PNUD.

O PNUD inova no conceito de desenvolvimento. Os estudos sobre desenvolvimento voltaram-se muito mais para o grau com que as pessoas têm acesso e utilizam os produtos e serviços gerados pelo crescimento econômico (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), OMS, 2004).

Tornou-se mais importante avaliar qualidade de vida e desenvolvimento humano, mas para que isto aconteça é necessário um amplo quadro de indicadores (OLIVEIRA, 2002).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o nível de desenvolvimento dos países utilizando como critérios indicadores de educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (Produto Interno Bruto per capita (PIB per

capita) - somatório de todos os bens e serviços produzidos em uma economia em um determinado período de tempo dividido pela população) (OPAS, OMS, 2004).

O IDH é uma maneira mais humana, social e sustentável de medir o desenvolvimento do que fazê-lo somente pelos indicadores de renda como o PIB ou o PIB per capita (OPAS, OMS, 2004).

É necessário pensar uma economia social que contemple ao conjunto da população em favor da melhoria dos indicadores de qualidade de vida. A sociedade pode, e deve, se organizar para que a distribuição dos recursos gere maiores e melhores benefícios para todos (OLIVEIRA, 2002).

No setor da saúde, *a política pública de saúde* é uma manifestação de negociações entre o governo, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e associações da sociedade civil em busca da *melhora da qualidade de vida* da população (SILVA, 2000).

Segundo Paim, 2001, p.5:

Política de Saúde é a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

O Brasil, na época da escravidão não possuía qualquer política de saúde, quer preventiva ou curativa. A mortalidade nas senzalas era altíssima. No começo do século XX, com o início da industrialização, ocorreram mudanças importantes nas relações sociais de

produção. Jornadas de trabalho extensas, ambientes inadequados (hipoventilados, mal iluminados...), má remuneração levando aos operários a se concentrarem em favelas e cortiços favoreciam as doenças de massa, como tuberculose, varíola, etc. As ações de saúde eram, então, destinadas ao combate de epidemias (NASCIMENTO, 1992).

Reivindicações de operários foram responsáveis pela criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, estatizadas pela Lei Elói Chaves de 1921. As mulheres passaram a ter amparo (assistência), ou como familiar, ou como componente da força de trabalho. A participação da mulher no mercado de trabalho era muito pequena conseqüentemente seu poder de barganha para criação de programas ou ações de saúde era praticamente nulo (NASCIMENTO, 1992).

Os programas de atenção à saúde das mulheres criados nas décadas de 30, 50 e 70 eram programas materno-infantis que consideravam a saúde da mulher somente no ciclo grávidico-puerperal. Assim aconteceu com o Programa Nacional de Assistência Materno-Infantil (PMI) criado na 5ª Conferência Mundial de Saúde (05 a 08/08/1975) em Brasília. No PMI a mulher era considerada unicamente como um instrumento para manter a espécie. O objetivo do programa era a formação de indivíduos sãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, na década de 1980, observa-se um crescente sentimento de democratização com a organização de movimentos sociais. No processo de abertura política, grupos de mulheres, acadêmicos, feministas e profissionais da saúde iniciaram uma parceria com o Ministério da Saúde para elaboração de propostas de atendimento à mulher que garantissem o respeito aos seus direitos de cidadã, resultando em uma proposta concreta do Estado como resposta às reivindicações: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O movimento de reforma sanitária deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Este movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado (OSIS, 1998).

As fontes inspiradoras do PAISM foram o movimento da reforma sanitária, o movimento feminista e a necessidade do governo de uma política de planejamento familiar (COSTA, 2004).

A proposta do PAISM foi apresentada no Senado em 1983, e em 1984 o programa foi divulgado oficialmente (OSIS, 1998).

No final da década de setenta, final dos tempos da ditadura militar, a situação da saúde no Brasil sofria um agravamento insustentável devido a um modelo que dissociou a atenção preventiva, delegada ao Ministério da Saúde, da atenção curativa de responsabilidade do sistema médico previdenciário. Este modelo excluía os indivíduos que estavam fora do mercado formal de trabalho. Só os contribuintes do Sistema Previdenciário tinham acesso aos cuidados clínicos. Surge neste cenário o movimento da reforma sanitária, responsável pela inclusão da saúde na Constituição Brasileira, no Sistema de Seguridade Social, criando o SUS (Sistema Único de Saúde) (COSTA, 2004).

O Brasil até o PAISM não dispunha de política séria de planejamento familiar. Era uma necessidade instituir um programa que respondesse a anseios tanto internacionais quanto nacionais (COSTA, 2004).

No cenário internacional os países do Primeiro Mundo defendiam que o alto crescimento populacional seria um entrave ao desenvolvimento e condicionavam sua ajuda financeira a programas que defendessem posições neo-malthusianas. Thomas Malthus, 1766-1834, economista e pastor anglicano, dizia que a população crescia mais que os meios de subsistência, então desenvolvimento e progresso seriam utópicos para a maioria da população. Aceitava como os únicos métodos de controle da natalidade o aumento da idade ao casar e a abstinência sexual. Os neo-malthusianos aceitam e receitam métodos contraceptivos para o controle da fecundidade (CORRÊA, JANNUZZI, ALVES, 2003).

No Brasil, as elites dominantes e setores do governo alimentavam o argumento antinatalista. Os intelectuais e setores de esquerda diziam ser o controle da natalidade uma ingerência dos países ricos sobre a soberania dos países pobres. A classe média e o movimento feminista defendiam a liberdade pessoal na decisão sobre o número de filhos e a classe pobre considerava o tamanho da prole como uma imposição a sua sobrevivência (COSTA, 2004).

Assim o programa garante: “(...) o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou com casais...” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984, p. 15).

O PAISM, 1984, p. 5, tem como documento base o texto: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, onde se vislumbra nitidamente a intenção de redirecionar a política de saúde da mulher centrada até então na mulher como reprodutora:

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem se limitado quase que exclusivamente ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente.

Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegados a plano secundário.

A noção de integralidade de PAISM aparece indistintamente associada à assistência integral e à saúde integral (COSTA, 2004).

É o PAISM o primeiro programa de política pública do Brasil que pensa a mulher de uma maneira global. No que se refere à assistência integral incorpora à tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e a atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher, o cuidado à saúde da mulher trabalhadora e a patologias clínicas mais comuns (OLIVEIRA, 1996).

Quanto à saúde integral considera que a saúde não se restringe à oferta de assistência médica, mas abrange a ação de outras políticas sociais, como emprego, habitação, educação, etc. e prega a integralidade destas políticas. A atenção oferecida deve reconhecer a mulher como sujeito social, em que o bem estar e o adoecer estão vinculados a aspectos biológicos, condições sociais, econômicas, culturais e subjetivas que influenciam sua vida cotidiana (COSTA, 2004).

O PAISM possui três atividades nucleares: a assistência clínica ginecológica, a assistência pré-natal e a assistência ao parto e ao puerpério imediato. Para o desenvolvimento destas atividades estão previstas ações clínicas, educativas e de controle de riscos ou detecção precoce de doenças.

A ação educativa do PAISM, colocada em prática desde 1983, com a publicação de folhetos informativos, cartilhas, manuais de coordenadores de grupo de pré-natal e planejamento familiar, cartazes e slides não significa apenas prescrições normativas sobre o uso correto dos serviços de saúde e do cuidado do corpo, mas procura também promover a troca de informações e experiências baseadas na vivência cotidiana das mulheres (OLIVEIRA,1999).

Em 1993, o Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) à assistência ao climatério. Indica basicamente uma propedêutica médica, orientação para programas dietéticos e de atividades físicas. Atividades educativas deverão ser desenvolvidas procurando oferecer entendimento sobre as modificações biológicas, os aspectos psicológicos e sexuais deste período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Estudos para avaliar a implementação do PAISM demonstram a existência de dificuldades, embora não se disponha de um panorama abrangente da situação pode-se afirmar que a maioria dos municípios ainda enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Com a análise dos aspectos socioeconômicos e demográficos do Brasil, é possível afirmar que o Estado brasileiro está frente a um grande desafio. Devido às desigualdades entre

as regiões brasileiras, as políticas de saúde devem combater tanto as doenças do *atraso* como as doenças do *desenvolvimento*. O atual quadro demográfico brasileiro é resultado de várias transformações, tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população, o que leva a considerar o climatério um importante tema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

1.2.2 Gênero, Climatério e Qualidade de Vida

É importante distinguir a diferença entre sexo e gênero. Os seres humanos nascem, salvo algumas anomalias, com um sexo geneticamente definido, baseado na combinação de cromossomos sexuais (XX= feminino e XY = masculino), o gênero se refere à construção social do sexo. Sexo designa, segundo a análise sociológica, a caracterização anatômica e fisiológica dos seres humanos.. O conceito de gênero distingue a dimensão biológica da social. O conceito de gênero foi incorporado pelo feminismo e pela produção acadêmica sobre mulheres na segunda metade do século passado. (HEILBORN, 1992)

A divisão do mundo social nas categorias *masculino* e *feminino* significa que meninos e meninas são socializados de modos diferentes. São educados para terem expectativas diferentes em relação à vida, para desenvolverem emoções e intelecto de formas distintas, para terem diferentes normas de vestuário e de comportamento (HELMAN, 2003).

Contribuindo a biologia para o comportamento humano, não importando o quanto, é evidente que a cultura contribui com um conjunto de diretrizes que são adquiridas e ditam ao

indivíduo como ele deve perceber, pensar, sentir e agir enquanto membro feminino ou masculino de uma sociedade (HELMAN, 2003).

A historiadora Joan Scott, 1986, propõe gênero como categoria de análise histórica. Segundo ela, o gênero é composto de quatro elementos que funcionam de maneira articulada, mas não obrigatoriamente ao mesmo tempo, e que são:

- ⇒ os símbolos – culturalmente disponíveis; de representações múltiplas, por vezes contraditórias. Exemplos: Maria, símbolo da pureza, que engravidou e pariu sem perder a virgindade e Maria Madalena e Eva, pecadoras, imagens da sedução e do pecado;
- ⇒ os conceitos normativos – que são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas, jurídicas, e colocam em evidência as interpretações limitantes dos símbolos e suas contradições,
- ⇒ as instituições e organizações sociais – família, mercado de trabalho, sistema político, sistema educacional, sistema de saúde, que divulgam, reafirmam os conceitos e organizam-se sobre esta base;
- ⇒ a identidade subjetiva – vinculada ao indivíduo, a construção do sujeito, que define sua forma de reagir ao que lhe é apresentado como destino e sobre estas possibilidades pouco se pode dizer.

Estes conjuntos de diretrizes podem ser descritos como culturas de gênero de uma sociedade. Os papéis de gênero determinados por uma cultura de gênero podem atuar tanto como protetores da saúde como patogênicos, dependendo do contexto (MACEDO, KUBLIKOWSKI, 2000).

Um breve apanhado histórico, segundo MACEDO e KUBLIKOWSKI, 2000, nos mostrará como as mulheres percebem seus corpos:

- ⇒ Aristóteles considerava escravos e mulheres como seres inferiores, menos racionais que os homens, mais propensas à melancolia, mais destituídas de vergonha, sendo vistas como homens mutilados;
- ⇒ em Alexandria, I d.C., Filon considerava a mulher constitucionalmente inferior e em aliança com o diabo, simbolizando os sentidos enquanto o homem simbolizava a mente;
- ⇒ nos séculos XIII e XIV, mente e corpo passaram a ser domínio do clero, e loucura e doença conceituadas em termos do bem e do mal, tratados com exorcismo, rituais mágicos e punições. Ocorre o controle da sexualidade feminina, o exercício da autoridade cabia ao homem, no controle da mulher pecadora cujo corpo era sede da luta entre Deus e o Diabo, a única salvação era a maternidade;
- ⇒ o século XX marca a passagem para o controle social através do discurso científico. Os sinais de envelhecimento se tornam estigmatizantes e se transformam em um problema moral, pois resultantes de um estilo de vida inadequado.

Estas construções são as responsáveis pela percepção que as mulheres têm de seus corpos na meia-idade. A imagem do ser feminina, construída a partir de valores sedimentados na beleza, na juventude, na fertilidade, atinge a identidade da mulher (MENDONÇA, 2004).

Para WERTHEIN et al. (1999), apud MENDONÇA (2004), antes mesmo que as mudanças corporais venham produzir impactos psicológicos, são os discursos vigentes e o imaginário social que denigrem e desvalorizam nosso corpo, que segregam nossos desejos.

O envelhecimento, que coincide com o climatério, é visto pelas mulheres como um período de perdas (da beleza, da atratividade, da função reprodutiva etc.). Soma-se a isso a saída dos filhos de casa, a divisão sexual do trabalho (dupla jornada de trabalho), menores salários (FAVARATO, 1999).

A par do que foi exposto fica a convicção que na atenção da mulher climatérica é necessário ter em mente a construção social de gênero como contribuinte da relação saúde-doença e saber que se a meia-idade significa crise representa contudo a oportunidade de renovação, de novos projetos e de busca de *novos significados para velhas verdades* (MACEDO, KUBLIKOWSKI, 2000).

1.2.3 Qualidade de Vida Ligada à Saúde, Estilo de Vida e Climatério

Duas tendências quanto à conceituação do termo qualidade de vida na área da saúde são identificadas: qualidade de vida como um conceito mais genérico, e a expressão Qualidade de Vida Ligada a Saúde (QVLS), tradução da expressão inglesa Health-Related Quality of Life (HRQoL) (SEIDL e ZANNON, 2004).

No primeiro caso, qualidade de vida apresenta uma aceção mais ampla, sem fazer referências a disfunções ou agravos. É o que se nota na conceituação da OMS (SEIDL e ZANNON, 2004).

No segundo caso o termo qualidade de vida ligada à saúde tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, no entanto parece implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, como sugerem as definições abaixo:

GUI TERAS e BAYES (1993 *apud* Seidl e Zannon, 2004, p.583), “É a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”.

CLEARY et al. (1995 *apud* Seidl e Zannon, 2004, p.583), “Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”.

AUQUIER et al. (1997 *apud* Minayo, 2000, p.8), “Valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorizações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos, e a organização política e econômica do sistema assistencial”.

Ghianchello (1996 *apud* Minayo, 2000, p. 12):

É o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Para estes autores o conceito de QVLS ou HRQoL seria a percepção da saúde, das funções sociais, psicológicas e físicas bem como os danos a elas relacionados.

A partir destes conceitos de qualidade de vida consolidam-se três aspectos relevantes sobre qualidade de vida: multidimensionalidade, subjetividade e presença de valores, positivos (mobilidade) e negativos (dor) (World Health Organization Quality of Life) (WHOQOL,1995).

O conceito de QVLS abrange quatro dimensões: a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive (WHOQOL, 1995).

No que diz respeito à subjetividade considera-se a *percepção da pessoa* sobre o seu estado de saúde e sobre aspectos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, como *o indivíduo avalia* a sua situação em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida (SEIDL e ZANNON, 2004).

A ampliação do conceito de saúde pela OMS em 1958, quando este se deslocou da ausência de doenças e enfermidades para “um estado de completo bem-estar físico mental e social”, fez com que ao interesse nas taxas de mortalidade e de morbidade fosse acrescido o interesse nas questões relativas à qualidade de vida (UCHOA et al. 2002).

O interesse em avaliar qualidade de vida deve-se em parte aos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, envolvendo aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida. Devido a esta mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL e ZANNON, 2004).

Estilo de vida é o modo individual de enfrentar os problemas do dia-a-dia. Há dois componentes no estilo de vida: atitude, que é a predisposição para agir em resposta aos estímulos internos e externos; e comportamento que é a atividade observável em resposta aos estímulos internos e externos. É consenso que a saúde influencia o estilo de vida e vice-versa, e que o estilo de vida é saudável na medida em que melhora a qualidade de vida (HALBE, 1999).

Os fatores determinantes do estilo de vida, segundo Halbe et al. (1999):

- ⇒ Inatos – idade, raça, hereditariedade;
- ⇒ Hábitos (fatores pessoais adquiridos) – fumo, álcool, abuso de drogas, dieta, atividade física, higiene pessoal, aquiescência às normas de segurança;
- ⇒ Sociais – dinâmica psicológica, cultura, estado marital, local de residência, educação, profissão, renda mensal;
- ⇒ Ambientais – estado socioeconômico da comunidade, qualidade do ar, água e dos alimentos, região geográfica e condições climáticas, exposição a agentes patogênicos, disponibilidade de cuidados de saúde.

Os sintomas do climatério variam de acordo com os determinantes do estilo de vida.

A origem étnica influi na sintomatologia do climatério. Muitas culturas orientais consideram que a mulher se iguala socialmente ao homem ao chegar nesta fase da vida. Os islâmicos aceitam que a climatérica abandone o véu e participe da vida pública. A japonesa vive o climatério como uma etapa a mais de sua vida e o envelhecimento como um fato positivo, mediante o qual ganha prestígio e auto-estima. Mulheres indianas da casta dos Rajputs vivem praticamente confinadas até a chegada do climatério, quando então lhes é permitido relacionar-se com os homens (VINIEGRAS, 2003).

Nas culturas ocidentais existe uma tendência a considerar o climatério como uma etapa de perdas. A parada da menstruação, com a conseqüente perda da fecundidade em uma cultura que supervaloriza a maternidade, leva a pensamentos de perda da feminilidade. O envelhecimento em uma sociedade em que juventude e beleza estão relacionadas ao sucesso pode trazer a sensação de que tudo acabou (VINIEGRAS, 2003).

A história se encarrega de contar porque esta imagem negativa é tão marcante. Talvez a primeira citação sobre o climatério seja bíblica, e se refere à parada da menstruação de Sarah. Esta passagem mostra a relação do fluxo menstrual com o papel da mulher na sociedade (de procriação, educação, etc.) (MASTROROCCO, 2001).

A menstruação também representa em algumas culturas a purgação de elementos tóxicos. Plínio, escritor latino, nascido na Itália, em 23 d.C. escreveu na obra “História Naturalis”: “O toque de uma mulher menstruada transforma o vinho em vinagre, empesteia a colheita, mata os arbustos, destrói jardins, embaça espelhos, cega às lâminas, enferruja o ferro e o bronze, mata as abelhas, torna azeda a cerveja” (PLINIO, 23 d.C., apud MASTROROCCO, 2001).

Na Antigüidade Hipócrates e outros autores relacionavam o sangramento pós-menopausa a morte. No século XVIII a idéia dominante era que as toxinas não eliminadas, através do fluxo menstrual, provocariam a destruição do corpo por dentro e as abordagens terapêuticas consistiam na ingestão de drogas que provocassem sangramento, sangria em veias da vulva ou aplicação de sanguessugas na genitália. (MASTROROCCO, 2001).

A palavra menopausa começou a ser usada no final do século XIX, para definir a “idade crítica”, época em que a alta taxa de mortalidade (expectativa de vida de 50 anos no início do século XX) talvez tenha reforçado a idéia de catástrofe ao climatério (LANDERDAHL, 1997).

No mundo ocidental, em todos os tempos e em todas as sociedades, a velhice não é algo almejado. O individuo convive com a velhice, a sociedade suporta a velhice, porque não existe alternativa de escolha já que ela faz parte do processo natural de desenvolvimento humano. Independente do contexto, ela sempre lembra a degradação biológica, impotência, doença, feiúra e morte (BEAUVOIR, 1970, apud. LANDERDAHL, 1997).

O trabalho americano “Study of Women’s Health Across the Nation” (SWAN), investiga a relação entre estilo de vida e suas influências sobre o climatério e a saúde da mulher em longo prazo. Neste estudo foram incluídas 13.874 mulheres americanas, com idade entre 40 e 55 anos. O SWAN se diferencia de outros estudos porque as mulheres pertencem a várias etnias. São africanas, caucasianas, hispânicas e asiáticas (AVIS, ASSMANN, KRAVITZ, GANZ, ORY, 2004).

O SWAN demonstrou que japonesas e chinesas relataram menos sintomas gerais de menopausa, com exceção do esquecimento. Afro-americanas referiram mais ondas de calor e suores noturnos. Hispânicas afirmaram apresentar mais perda urinária, secura vaginal, palpitação e esquecimento (AVIS, ASSMANN, KRAVITZ, GANZ, ORY, 2004).

Outras diferenças foram relacionadas ao estilo de vida e a fatores socioeconômicos: mulheres de menor escolaridade, menor estabilidade financeira, fumantes, sedentárias e com

maior índice de massa corpórea relataram mais sintomas climatéricos (AVIS, ASSMANN, KRAVITZ, GANZ, ORY, 2004).

A etapa do ciclo vital familiar mais freqüentemente observada na época do climatério é a da separação. Os filhos partem às vezes fisicamente e outras economicamente do núcleo familiar. Esta situação familiar associada a um sentimento de inutilidade e de finitude constitui a “síndrome do ninho vazio”. Esta síndrome é mais facilmente encontrada em mulheres que não trabalham fora de casa, cujos interesses giram somente ao redor dos filhos, (VINIEGRAS, 2003).

Hábitos saudáveis como exercício físico e dieta influenciam positivamente no climatério. O exercício físico, segundo Halbe et al. 1999, pode beneficiar a climatérica de diferentes maneiras:

- ⇒ proporciona a liberação de catecolaminas, serotonina, opióides e outros neuromediadores melhoram o humor, a disposição e o bem-estar emocional;
- ⇒ confere musculatura mais rígida, redução de peso, proporcionando um corpo mais agradável, melhorando o psiquismo e a sexualidade que sofre uma grande influencia do aspecto físico;
- ⇒ atua favoravelmente no perfil lipídico, na glicemia, na insulinemia, nos níveis pressóricos diminuindo os riscos cardiovasculares;
- ⇒ previne a osteoporose.

A nutrição no climatério, de acordo com Fernandes et al. 2004, visa principalmente à prevenção da DCV, da osteoporose, da obesidade e da hipertensão. De acordo com estes autores:

- ⇒ Dados epidemiológicos sustentam a relação entre os níveis de lipoproteínas e lipídeos e a incidência de DCV, portanto, estimular uma dieta pobre em gorduras;
- ⇒ Osteoporose pós-menopausal deve-se tanto ao desequilíbrio entre a formação e a reabsorção óssea causada pelo déficit estrogênico quanto pela diminuição da absorção intestinal de cálcio e níveis séricos inadequados de calcitriol. A necessidade diária de cálcio pós-menopausa é de 1500 mg. A ingestão média diária de cálcio de mulheres climatéricas é de 450-550mg, havendo então a necessidade de aumento da ingesta. A paciente que não se expõe ao sol deverá usar vitamina D;
- ⇒ No climatério existe tendência ao ganho de peso. As necessidades calóricas diminuem cerca de 2% a cada década enquanto o gasto diário com atividade física diminui cerca de 200 cal no climatério havendo, portanto, a necessidade de diminuir a ingesta calórica;
- ⇒ A restrição de sal e a ingestão de cálcio são fatores favoráveis no controle da hipertensão arterial. O cálcio está envolvido no mecanismo de reatividade vascular, a ingestão de 1 g de cálcio diária parece ser capaz de reduzir a pressão diastólica.

O conceito de qualidade de vida trouxe uma nova dimensão aos serviços médicos, fazendo com que, na definição das medidas terapêuticas, fossem avaliadas as seguintes questões: 1) qual o tratamento mais apropriado em relação à preservação do nível funcional dos pacientes; 2) qual o tratamento que trará menos efeitos negativos sobre a capacidade do paciente exercer seus papéis sociais (ZAHAR et al., 2001).

No Brasil, o tema qualidade de vida passou a ter maior relevância na última década do século passado, particularmente a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes em relação ao período de 1982 a 1991. O Brasil tem acompanhado a tendência mundial que, segundo dados de busca no MEDLINE, mostrou entre 1966 e 1974 quarenta referências relacionadas à qualidade de vida, enquanto no período de 1986 a 1994 elas ultrapassavam a dez mil referências (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003).

1.2.4 Avaliação da Qualidade de Vida no Climatério

A avaliação da qualidade de vida é uma importante medida de impacto em doenças crônicas. É uma oportunidade de conhecer as necessidades da população, uma maneira de avaliar os serviços sanitários e otimizar recurso e oferecer ao cliente a possibilidade de reforçar seu papel na relação médico-cliente. Além disso pode ser usada como medida de desfecho em ensaios clínicos e como um dos componentes da análise de custo/utilidade (medidas de utility são derivadas de teorias econômicas e de análise de decisão, refletem a preferência dos pacientes por determinado estado de saúde, tratamento ou intervenção) (RODRIGUES NETO e FERREIRA, 2003).

Da mesma maneira que é difícil conceituar qualidade de vida, é também difícil medir qualidade de vida, já que ela pode sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, bem como de valores e percepções pessoais. Qualidade de vida da população pode ser medida sob o âmbito individual e coletivo. Na avaliação do aspecto individual são usadas medidas que priorizem a subjetividade, já que o estado de satisfação ou insatisfação é uma experiência pessoal (GAÍVA, 1998).

A necessidade de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. Vários centros com culturas diversas participaram simultaneamente da criação do WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é constituído por cem perguntas referentes a seis domínios divididos em vinte e quatro facetas específicas, correspondendo quatro perguntas a cada faceta. Além das vinte e quatro facetas específicas existe uma 25ª composta de perguntas gerais sobre qualidade de vida (FLECK, 2000).

Os instrumentos utilizados na medida de qualidade de vida devem, segundo RODRIGUES NETO e FERREIRA, 2000, apresentar características básicas de reprodutibilidade, validade e sensibilidade a mudanças:

- ⇒ Reprodutibilidade é a medida de consistência dos resultados quando o questionário é repetido em tempos diferentes ou por observadores diferentes, levando a resultados similares.
- ⇒ Validade de um instrumento é a propriedade do mesmo de medir o que realmente se pretende medir.
- ⇒ Sensibilidade a mudanças é definida como a habilidade da escala de registrar alterações devido a tratamento ou mudanças associadas à história natural da doença.

1.2.5 Instrumentos para avaliar qualidade de vida no climatério

Diversos instrumentos têm sido propostos para avaliar a qualidade de vida. Estes instrumentos podem ser classificados em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são úteis para refletir o impacto de uma doença em amplas variedades de populações, mas têm o risco de serem pouco sensíveis às trocas clínicas. Os instrumentos específicos são capazes de avaliar determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo, são particularmente úteis em ensaios clínicos (JURADO e FIGUEROA, 2002).

Os principais instrumentos de avaliação de qualidade de vida da mulher climatérica usados em trabalhos científicos, segundo ZÖLLNER, ACQUADRO E SCHAEFER, 2005, são:

- ⇒ Greene Climacteric Scale (GCS) – desenvolvido em 1976 por J.G. Greene, avalia três domínios: psicológico (11 questões), somático (8 questões) e vasomotor (2 questões). Apresenta 1 pergunta sobre disfunção sexual.
- ⇒ Qualifemme – desenvolvido por Floch, em 1994, na França, inicialmente com 32 itens, atualmente com 15 itens. Domínios abrangidos: climatério (2 questões), psico-social (5 questões), (somático questões), urogenital (4 questões).
- ⇒ Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQOL) – questionário desenvolvido no Canadá em 1996, com 30 itens divididos em quatro domínios: vasomotor, físico, psico-social, sexual e mais uma questão de qualidade de vida geral, não incluída na análise geral.
- ⇒ Menopausal Rating Scale (MRS) - desenvolvida por Schneider em 1996. Contempla 03 domínios (psicológico, somático, urogenital) em um total de 11 questões.
- ⇒ Menopausal Symptoms List (MSL) – desenvolvida em 1997, 25 questões, três domínios (psicológico, vasomotor e sintomas gerais), ela é mais um inventário de sintomas.
- ⇒ Menopausal Quality of Life Scale (MQOL) – desenvolvida por Jacobs et al. Em 2000, avalia 7 domínios (energia, sono, apetite, cognição, sentimentos, interações, impacto dos sintomas) em 34 questões.
- ⇒ Utian Menopause Quality of Life Scale (UQOL) – é uma modificação do questionário original de 1970. Avalia 4 domínios (ocupação, saúde, emocional e sexual) em 23 questões. Deve ser aplicado com outro instrumento de avaliação de qualidade de vida no climatério, pois é um instrumento não específico.

Women's Health Questionnaire (WHQ) – é um questionário específico para avaliação de qualidade de vida no climatério. Desenvolvido na Inglaterra em 1986 por Hunter e validado no Brasil em 1998 por Rodrigues da Silva Dias onde recebeu o nome de Questionário da Saúde da Mulher (QSM). Consta de 37 questões, 36 com quatro alternativas de resposta, e uma questão descritiva.