

4. DISCUSSÃO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a influência da TH na qualidade de vida das mulheres climatéricas.

O climatério é o período na vida das mulheres entre a fase reprodutiva (menacme) e a senescência, onde ocorre a falência ovariana (geneticamente determinada) a qual ocasiona mudanças endócrinas, biológicas, clínicas e psicológicas que caracterizam a Síndrome Climatérica (FERREIRA, 1999). Estes sintomas influem negativamente na qualidade de vida destas mulheres (BLÜMEL, 1998).

A avaliação da Qualidade de Vida Ligada a Saúde (QVLS) é uma medida de desfecho clínico, onde o próprio paciente, no caso, as climatéricas avaliaram os efeitos que o climatério e a TH exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar. Esta avaliação juntamente com outras avaliações clínicas e laboratoriais permitem a implementação de atividades que terão um impacto mais positivo na vida das pessoas (DUARTE e CICONELLI, 2006).

A idade média das mulheres que constituíram a amostra foi de 50,4 (\pm 6,5) anos. Nestas mulheres a idade média da ocorrência da menopausa foi de 46,4 \pm 5,1 o que está de

acordo com estudos realizados com população hospitalar onde a média etária da menopausa é de 45,1 a 48,5 anos (ALDRIGHI, ALECRIN, OLIVEIRA et al., 2005; DE LORENZI, DANELON, SACIOTO et al., 2005). Um estudo, tipo inquérito populacional, realizado no Brasil, por Pedro, Pinto Neto, Paiva et al. 2003, sobre a idade de ocorrência da menopausa natural mostrou 51,2 anos como a idade média deste evento.

Quando são incluídas nos estudos pacientes com menopausa cirúrgica (não natural), o que normalmente ocorre com maior frequência em amostras hospitalares à idade média da menopausa é menor. Neste trabalho 6,5% das mulheres teve menopausa cirúrgica, com idade média da menopausa de $36,3 \pm 3,0$ anos.

Destas 229 mulheres 26,6% eram usuárias de TH e 73,4% não. A idade média das usuárias de TH ($49,2 \pm 5,2$ anos) foi menor que a encontrada para as não usuárias de TH ($50,9 \pm 6,8$ anos) ($p = 0,04$). Assim como também foi menor a idade média da menopausa entre as usuárias de TH ($44,5 \pm 5,2$ anos) e as não usuárias de TH ($47,11 \pm 4,8$ anos) ($p = 0,02$). Zahar, Aldrighi, Pinto Neto et al., 2005, Aranha, Faerstein, Azevedo, 2004, e Chiechi et al, 1999, também encontraram estes resultados, que se devem ao fato da procura de TH se dar devido principalmente à precocidade dos sintomas da fase inicial da menopausa.

A amostra revelou que 67,2% das mulheres usuárias de TH que participaram do estudo estão na perimenopausa (26,2 %) e na pós-menopausa precoce (41,0%). Estes dados confirmam os de Chiechi et Al, 1999, Ortiz et Al, 2001, e Blumel et al., 1998 que verificaram ser a terapia hormonal mais utilizada na perimenopausa principalmente para o tratamento das irregularidades menstruais e na pós-menopausa precoce onde os sintomas climatéricos são mais intensos.

No grupo das usuárias de TH somente 4,91% da amostra se encontra na faixa etária entre 60 e 65 anos. Estes dados estão de acordo com os dados nacionais sobre o uso de TH do Índice Nacional de Terapêutica e Enfermidades (INTE), Auditoria da Indústria Farmacêutica 2003, os quais demonstram que no Brasil a TH é prescrita principalmente para mulheres mais jovens ao contrário do WHI em que a média etária foi de 63 anos (CONSENSO DA SOBRAC, 2004).

A maior proporção de mulheres com companheiro fazendo uso de TH verificada nesta amostra também foi encontrada em estudos anteriores (PEDRO, 1999). Neste trabalho, no entanto, esta diferença não foi grande o suficiente para demonstrar uma associação estatística. Entre as climatéricas sintomáticas, segundo Hagestad e Janson Apud Sakamoto e Halbe, 1995, 72% são casadas. Scowitz, Santos e Silveira, 2005, relatam que mulheres sem cônjuge têm proteção de 20% na ocorrência de fogachos.

O grupo de usuárias de TH apresentou proporcionalmente maior escolaridade do que o das não usuárias de TH o que está de acordo com dados da literatura, contudo nesta amostra não houve significância estatística entre estas diferenças. Pinto Neto, Pedro, Hardy et al., 2002, e Aranha, Faerstein, Azevedo et al. 2004 encontraram que a maior escolaridade aumenta a chance do uso desta terapia. Keating et al., 1999, verificaram que o uso da TH é mais comum entre as mulheres de maior escolaridade e acreditam que isto se deva ao fato das mulheres de maior escolaridade buscarem mais conhecimento sobre saúde, possibilitando melhor avaliação sobre os riscos e benefícios da TH.

Os dados confirmam os achados de outros autores quando demonstram que as mulheres usuárias de TH desempenham em maior proporção atividade remunerada do que as não usuárias (CHIECHI et al, 1999), nesta amostra a diferença não foi o bastante para demonstrar associação estatística .

As climatéricas usuárias de TH realizaram mais cesarianas do que as não usuárias ($p<0,001$) e houve aumento do uso de TH com o aumento da renda ($p<0,05$). Estes dados são coincidentes com os da literatura que mostra as maiores taxas de cesarianas entre as pacientes de maior renda (FAUNDES, CECATTI, 1991, GENTILE, NORONHA FILHO, CUNHA, 1997). Segundo o MS e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, 79,7% dos nascimentos ocorridos em 2004 atendidos no setor de saúde suplementar ocorreram por cesariana.

A amostra apresentou aumento de uso de TH com o aumento da renda (significância estatística, $p<0,05$). Em relação à renda os dados foram concordantes com outros estudos. A variável renda influi na compra do hormônio que tem um custo relativamente alto, impossibilitando muitas vezes o tratamento para o estrato de menor poder aquisitivo da população (PINTO NETO, PEDRO, HARDY et al., 2002, ARANHA, FAERSTEIN, AZEVEDO et al. 2004).

Os dados obtidos pela aplicação do Questionário da Saúde da Mulher, referentes aos 09 domínios pesquisados antes e após o estudo de interação com a variável renda revelaram que as usuárias de TH apresentam melhores escores de Qualidade de Vida que as não usuárias em 06 destes domínios.

As mulheres usuárias de TH desta amostra apresentaram no domínio sintomas depressivos melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, o que está de acordo com outros dados da literatura.

O risco de desenvolver depressão é duas vezes maior para as mulheres do que para os homens, sugerindo que as flutuações cíclicas dos hormônios gonodais contribuam para este problema. A depressão tem sido associada à deficiência funcional de neurotransmissores cerebrais, como norepinefrina, serotonina e dopamina. O estrogênio pode funcionar como um antidepressivo induzindo mudanças nos receptores do sistema nervoso central para estes neurotransmissores. Depressão e baixos níveis de estrogênio circulante produzem eletroencefalogramas semelhantes (SALETU, BRANDSTATTER, METKA, et al apud WHOOLEY et al.2000).

Whooley et al, 2000, estudaram TH e sintomas depressivos em um grupo de 6.602 mulheres, com mais de 65 anos, e concluíram que as usuárias de estrogênio apresentavam um risco menor sintomas depressivos. Em um estudo randomizado duplo-cego, com mulheres na perimenopausa foi observado que a TH tratou os sintomas de depressão independente da presença ou não de fogachos (SCHMIDT, NIEMAN, DANACEAU et al., 2000).

A avaliação do domínio depressão no HERS, estudo duplo-cego, com 2.763 mulheres, com idade média de 67 anos e portadoras de doença coronariana mostrou que não houve diferença entre usuárias de TH e não usuárias, quanto aos sintomas de depressão. Contudo, considerando somente as pacientes que no início do estudo apresentavam fogachos as usuárias de TH mostraram menos sintomas depressivos que o grupo placebo (HLATKY, BOOTHROYD, VITTINGHOFF, SHARP, WHOOLEY, 2002).

Em um ensaio clínico, com 32 mulheres na peri e pós-menopausa, foi avaliada a resposta aos sintomas depressivos após a administração durante 04 semanas de 17β -estradiol transdérmico. Os pesquisadores encontraram um significativo efeito antidepressivo com o uso do estradiol e acreditam que a rapidez da resposta se deva a mecanismos diferentes aos propostos aos antidepressivos convencionais (COHEN et al., 2003).

Os efeitos da TH sobre a cognição e os sintomas depressivos foram avaliados em estudo transversal, com 31 pós-menopausadas que usaram estrogênio, 16 mulheres que nunca usaram estrogênio e um grupo controle de 49 homens. As idades dos participantes variaram entre 57 e 75 anos. O estudo mostrou que as mulheres usuárias de TH e os homens apresentaram os mais baixos escores para os sintomas depressivos, nas mulheres com TH foi verificada menor tendência para sentir fome, melhor fluência verbal e memória (MILLER et al., 2002).

A avaliação do domínio sintomas somáticos neste trabalho mostrou que as usuárias de TH apresentam melhores escores para qualidade de vida que as não usuárias, estes dados coincidem com dados da literatura.

Os sintomas somáticos que atingem as climatéricas são principalmente decorrentes da carência estrogênica sobre o sistema vascular, o trato urogenital e o osso. A cefaléia, do tipo enxaqueca, é uma enfermidade tipicamente feminina. A variação nos níveis de estradiol, em pacientes sensíveis, produz a liberação de neurotransmissores que dilatam os vasos intracranianos extracerebrais, o que estimula os neurônios perivasculares que enviam mensagens ao núcleo de origem do trigêmeo, principal responsável pela cefaléia (DE PIANO, 2004). O estrogênio age sobre o sistema urogenital inferior, e a sua carência leva a sintomas

como: secura vaginal, dispareunia, sangramento durante o coito, prurido vulvar, polaciúria, noctúria, etc., que comprometem a qualidade de vida (FERNANDES, BARACAT E LIMA, 2005). O estrogênio age sobre o osso prevenindo a osteoporose (WENDER, TOURINHO, 2004).

Através do uso transdérmico de um composto de estrogênio/progestogênio foi realizado um estudo com 136 mulheres (110 mulheres completaram o estudo). Este trabalho teve a duração de um ano. A qualidade de vida foi avaliada por 03 instrumentos: Psychological General Well-Being (PGWB), QSM, e The Sleep Dysfunction Scale. Houve melhora dos sintomas somáticos após a administração da TH (WIKLUND, BERG, HAMMAR, KALBERG, LINGGREN e SANDIN, 1992).

O QSM foi utilizado para avaliar a qualidade de vida no climatério em um estudo randomizado, aberto, com 182 mulheres não hysterectomizadas entre 45-65 anos. Todas as mulheres receberam 0,625 mg de EC / dia durante 25 dias em 30 dias, 89 mulheres usaram 200 mg de progesterona micronizada do 12º ao 25º dia, e 93 mulheres usaram 5 mg de acetato de medroxiprogesterona do 12º ao 25º dia. O Objetivo dos autores foi comparar a qualidade de vida e o custo associado ao uso da progesterona micronizada ao estrogênio na TH. A TH teve um efeito benéfico sobre os sintomas somáticos nestas mulheres (RYAN e ROSNER, 2001).

A Tibolona foi usada em um estudo com mulheres chinesas com o objetivo de avaliar o seu efeito sobre os sintomas do climatério, bem-estar psicológico e o relacionamento conjugal. Foi um estudo randomizado, duplo-cego, cruzado, placebo e tibolona (2,5 mg /dia), com 100 pacientes durante 06 meses. O instrumento específico para avaliação da qualidade de

vida utilizado foi a GCS, o qual demonstrou que a tibolona melhorou os sintomas somáticos associados ao climatério destas pacientes e não teve efeito sobre bem-estar psicológico e sobre o relacionamento conjugal (LAM, CHEUNG, SHEK, LEE, HAINES e CHUNG, 2004).

Os dados referentes ao domínio sintomas vasomotores de trabalho mostram que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, resultado semelhante foi encontrado em outros estudos.

Os sintomas vasomotores, representados principalmente pelos fogachos (ondas de calor), talvez sejam os que maior alteração do bem-estar causem as mulheres. Os fogachos são uma sensação súbita e transitória de calor moderado ou intenso, que acomete o tórax, pescoço e face, na maioria das vezes são noturnos, acompanhados ou não de sudorese e palpitações. Durante a onda de calor há elevação da temperatura corporal (SCLOWITZ, SANTOS, SILVEIRA, 2005).

Em um estudo randomizado, duplo-cego, controle com placebo, foi avaliado através do Índice de Kupperman (redução dos sintomas menopausais) e do MENQOL (qualidade de vida) os efeitos de um regime de estrogênio contínuo e progestogênio intermitente. Participaram 119 mulheres (45-60 anos). O grupo da TH foi constituído por 59 mulheres e o do placebo por 60. A medicação foi usada por 90 dias. A melhora na qualidade de vida foi favorável no grupo da TH. A grande diferença foi no domínio vasomotor ($p < 0,001$) (GELFAND, MOREAU, AYOTTE et al., 2003).

Shulman, Ynakov e Uhl, 2002, avaliaram os efeitos de um sistema transdérmico contendo 17- β estradiol / levonogestrel sobre os sintomas vasomotores e o endométrio. A resposta se traduziu por melhores escores no domínio vasomotor do QSM.

O WHI quando avalia mulheres entre 50-54 anos com fogachos (moderados a severos) no início do estudo mostra melhora dos sintomas vasomotores nas usuárias de TH (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Os efeitos do uso de baixas doses de estrogênio sobre a qualidade de vida foram avaliados em um estudo, randomizado, duplo-cego, placebo. Houve melhora dos sintomas vasomotores tanto quando a qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento GCS quanto pelo Quality of Life Menopause Scale (REBAR, TRABAL e MORTOLA, 2000).

A avaliação do domínio ansiedade/temores neste estudo mostrou que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, estes resultados são relatados também por outros autores.

A ansiedade é um estado de inquietude ou instabilidade da pessoa, um estado de ânimo desagradável, desgosto persistente e irritabilidade, acompanhado de sintomas somáticos, que não permite sossego a quem a padece. A ansiedade neste período está associada a mudanças neurobiológicas e psicossociais (BLUMEL et al. 2004). A elevada prescrição de ansiolíticos e antidepressivos que se observa em climatéricas pode em alguns casos significar a falta de valorização do estado de deficiência estrogênica ou a falta de

conhecimento e / ou insegurança do profissional assistente sobre TH (ZAHAR, ALDRIGHI e PINTO NETO, 2005).

Gambaccini et al., 2003; Limouzin-Lamothe, Mairon, Joyce e Le Gal 1994, Mameri Filho, Haidar e Soares Júnior et al., 2005, usando o QSM também verificaram melhora dos escores no domínio ansiedade/temores com a TH.

A avaliação do domínio comportamento sexual neste trabalho mostrou que as usuárias de TH apresentaram melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, o que coincide com dados de outros trabalhos.

O climatério é associado a mudanças biológicas, físicas e psicológicas que influenciam a sexualidade. A deficiência hormonal ovariana acarreta inicialmente a alterações menstruais, sintomas vasomotores, problemas com o sono, alterações do humor, mudanças na forma do corpo e na função sexual. A queda do nível de estrogênio leva ao adelgaçamento da mucosa vaginal, atrofia da musculatura lisa da parede vaginal, aumento do pH e diminuição da lubrificação vaginal o que ocasiona: infecções vaginais e do trato urinário, incontinência urinária, dispareunia e sangramento pós-coital. Ocorrem mudanças na função sexual como diminuição da resposta sexual, da frequência sexual, da libido (decréscimo da produção androgênica), aumento da dispareunia vaginal e problemas com o parceiro. Entre os fatores não hormonais que afetam a sexualidade da climatérica estão o estado de saúde, o uso de medicamentos, o relacionamento com o companheiro e os filhos, o status social, a cultura e a atitude ante ao envelhecimento (BECHMANN, LEIBLUM, 2004).

As mulheres submetidas à ooforectomia bilateral antes da menopausa experimentam um decréscimo de 50% da testosterona sérica (perda da produção androgênica pelo ovário), o que contribui para o declínio do interesse sexual. Warnock et al., 2005, realizaram um estudo randomizado, duplo cego com o objetivo de comparar o efeito de estrogênio + metiltestosterona (E+MT) e somente estrogênio (E) sobre o interesse sexual em 102 mulheres com menopausa cirúrgica, a medicação foi usada durante 8 semanas. Os autores concluíram que houve significativa melhora da função sexual no grupo E+MT em relação ao grupo E isolado.

A associação de androgênio ao estrogênio também foi utilizada por Mameri Filho, Haidar e Soares Júnior et al., 2005, em um estudo duplo-cego randomizado. Os autores avaliaram os efeitos desta associação sobre a qualidade de vida e a sexualidade de mulheres durante o climatério. As mulheres foram aleatoriamente divididas em três grupos de tratamento com 33 pacientes em cada grupo, e receberam placebo (P), estrogênio conjugado eqüino (ECE) ou associação de estrogênio conjugado eqüino e metiltestosterona (ECE+MT). Os autores verificaram melhora significativa da função sexual, principalmente com a associação ECE+MT.

Dobs, Nguyen, Pace e Roberts, 2002, realizaram um estudo randomizado, duplo cego, com o objetivo principal de comparar a ação entre o uso de estrogênio + metiltestosterona (E+MT) e o uso de estrogênio (E) somente sobre a composição corporal de um grupo de 40 mulheres por 16 semanas. Como objetivo secundário avaliaram a função sexual das participantes. Concluíram que a associação E+MT aumentou a massa magra, reduziu a gordura corporal e melhorou todos os parâmetros da função sexual.

Os dados referentes à avaliação do domínio problemas de sono deste estudo mostraram que não houve significância estatística entre usuárias de TH e não usuárias, estes resultados são relatados por outros autores.

Em geral mulheres referem mais problemas com o sono (1,3 vez mais) que os homens, e o envelhecimento influencia em ambos os sexos a quantidade e qualidade do sono. As alterações do sono podem causar perda na qualidade de vida. Existe uma estreita relação entre estado menopausal e distúrbios do sono (ROSENTHAL, 2003).

A relação entre o uso de TH e qualidade do sono foi avaliada por Souza, Aldrighi e Lorenzi Filho, 2005, em estudo com 271 mulheres climatéricas através de um questionário contendo informações pessoais, hábitos de saúde, sexualidade e sono. Não ocorreu associação estatisticamente significativa entre qualidade do sono e o uso ou não de TH.

Polo-Kantola et al., 2003, realizaram um estudo randomizado, duplo-cego, cruzado, com placebo e estrogênio. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos diferentes tipos anormalidades da respiração durante o sono na pós-menopausa e o efeito da terapia estrogênica. Participaram 62 mulheres. Os autores concluíram: a obstrução aérea superior parcial é a mais comum forma de desordem respiratória do sono, sendo 10 vezes mais freqüente do que a apnéia do sono na pós-menopausada; o uso do estrogênio isolado teve somente um pequeno efeito sobre a apnéia do sono e nenhum na obstrução aérea parcial.

Hachul et al, 2001, refere em 61%, a incidência de insônia como queixa subjetiva, em 83% pela polissonografia, e em 44% a incidência clinica e polissonográfica. Este fato segundo a autora se deve a que muitas vezes a paciente não considera a insônia como doença.

Após avaliar 33 mulheres que usaram na primeira fase do estudo: grupo 1- estrogênio, grupo 2 – placebo; na segunda fase: grupo 1 – estrogênio + progesterona; grupo 2 – placebo + progesterona, concluiu que a progesterona diminuiu o movimento das pernas durante o sono e o bruxismo. A pesquisadora atribui estes achados ao efeito relaxante da progesterona e acredita que novos estudos sejam necessários para demonstrar esta hipótese.

O WHI ao avaliar mulheres com sintomas vasomotores, entre 50-54 anos, mostra um pequeno benefício nos distúrbios do sono (WRITING GROUP FOR THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE INVESTIGATORS, 2002).

Os dados referentes à avaliação do domínio sintomas menstruais deste estudo mostraram que não houve significância estatística entre usuárias de TH e não usuárias.

Estudos relevantes que avaliem o sangramento uterino no período do climatério não são encontrados, possivelmente, por ser historicamente aceito que este período cursa com irregularidades menstruais (HANEY, 2005). Durante o climatério 70% das mulheres apresentam ciclos irregulares e 20% hemorragia (POMA, 2000).

A amostra detectou que 11,3% das mulheres na pós-menopausa usuárias de TH apresentavam queixa de sangramento, este efeito adverso da TH, que influi negativamente na avaliação da paciente, é encontrado por outros autores (FERNANDES et al., 2003; SANTOS et al., 2000).

O QSM foi usado em um estudo randomizado, com placebo e THEPcc de baixa dosagem, em grupo de 50 mulheres com o objetivo de avaliar os efeitos desta combinação

sobre a qualidade de vida. O questionário foi aplicado no início do estudo, 06 e 12 semanas após. Não houve melhora na qualidade de vida no domínio sintomas menstruais (GAMBACCIANI et al., 2003).

Os dados referentes à avaliação do domínio atratividade deste estudo mostraram que não houve diferença estatística neste domínio entre usuárias de TH e não usuárias, o que coincide com os achados de outros autores.

A maneira como a mulher encara o processo do envelhecer traduz a sociedade onde ela envelhece. Em nossa sociedade a dificuldade da mulher em enfrentar essa fase da vida foi gerada por um padrão cultural de beleza cruel, em que beleza e atratividade estão associadas à juventude (TEIXEIRA, 2000). Estudos atestam para uma propensão ao ganho de peso durante a menopausa e alterações na pele (aspecto envelhecido, sem elasticidade, ressecada), no cabelo, etc. (CONSENSO SOBRAC, 2004). Keating et. al., 1999, em um estudo para avaliar fatores associados ao uso de TH refere que mulheres mais preocupadas com a perda da atratividade causada pela idade são mais propensas ao uso de TH.

A ação do estrogênio sobre a qualidade de vida foi verificada através de um estudo randomizado com 499 mulheres na pós-menopausa. Destas, 250 usaram estradiol transdérmico mais progestogênio e 249 usaram veraliprida (neuroléptico, agonista da dopamina). As pacientes foram avaliadas antes do tratamento e 6 meses após. Ao final do estudo a incidência de fogachos foi menor no grupo da TH ($p < 0,001$). Houve melhora da qualidade de vida, segundo o QSM, no domínio vasomotor, em ambos os grupos, e não houve melhora em nenhum dos grupos no domínio atratividade (LIMOUZIN-LAMOTHE, MAIRON, JOYCE e LE GAL, 1994).

O QSM foi usado por Kaari, 2003, em um estudo randomizado, duplo-cego, prospectivo, com 68 mulheres. Destas, 33 usaram isoflavonas, e 35 usaram 0,625mg de ECE, durante 06 meses. O objetivo foi avaliar os efeitos das isoflavonas nos sintomas climatéricos, na qualidade de vida, no trato genital e nas mamas. Conclui usando o QSM que houve melhora tanto com a isoflavona quanto com o ECE em alguns domínios avaliados, mas o domínio atratividade não apresentou melhora.

Este trabalho mostrou no domínio memória e concentração as usuárias de TH com melhores escores para Qualidade de Vida do que as não usuárias, em concordância com dados de outros estudos.

O envelhecimento da população é um fato incontestável. Os dados da literatura são escassos, em relação aos efeitos do envelhecimento e do climatério sobre a cognição. Cognição é um termo empregado para determinar uma série de funções intelectuais, como: atenção, concentração, percepção, linguagem, memória visual e verbal e raciocínio abstrato. A acetilcolina é o mais importante neurotransmissor associado à memória e a função cognitiva. Os estrogênios “in vitro” têm ação neurotrófica, neuroreparadora, antioxidante cerebral, promovem a quebra da proteína β amilóide, aumentam o catabolismo e a redução dos níveis plasmáticos da ApoE, elevam a atividade da colinacetiltransferase e reduzem a ação da acetilcolinesterase. “In vivo” os estrogênios têm efeito benéfico sobre a memória, comunicação, independência, atenção, orientação, humor, fluxo cerebral e utilização de glicose. Entre as doenças que acometem a cognição está a doença de Alzheimer (FERNANDES, BARACAT e LIMA, 2004).

As climatéricas comumente apresentam um declínio da função cognitiva com a idade, e o uso de TH esta associada à melhora desta função. Resultados de estudos envolvendo TH, função cognitiva e demência são controversos (HUMPHRIES, GILL, 2003).

The Cashe County Study, é um estudo prospectivo que avaliou a incidência de demência entre 1.357 homens (73,2 anos) e 1.889 mulheres (74,5 anos). Dos homens 35 (2,6%) e das mulheres 88 (4,7%) desenvolveram doença de Alzheimer entre a 1ª e a 2ª entrevista (seguimento de 03 anos). A incidência entre mulheres aumentou após 80 anos e o risco excedeu o masculino com idade similar. As usuárias de TH tiveram um risco reduzido de Alzheimer (26 casos em 1.066 mulheres) comparado com não usuárias de TH (58 casos em 800 mulheres) (ZANDI, CARLSON, PLASSMAN, WELSH- BOHMER, MAYER e STEFFENS, 2002).

Uma meta-análise realizada com 10 estudos sobre a proteção da função cognitiva produzida por a TH mostrou que as usuárias têm 29% menos de chance de desenvolver demência. Mas os autores chamam atenção para possíveis bias nestes estudos como as pacientes usuárias de TH terem maior escolaridade e melhor saúde o que por si diminuiria o risco de demência (YALFE, SAWAYA, LIEBERBURG, GRADY, 1998).

Este trabalho mostrou uma tendência ao aumento do uso de TH com o aumento da renda. Não houve interação entre renda e TH em nenhum domínio avaliado, mas nos domínios vasomotor, sintomas depressivos, comportamento sexual, ansiedade/temores, problemas do sono e memória e concentração as mulheres com mais de 5 salários, independente do uso ou não de TH, apresentaram melhor qualidade de vida.

No SWAN, foi avaliada a qualidade de vida considerando a influência da menopausa, do estado de saúde, de fatores psicossociais e demográficos em um grupo de 13.874 mulheres de diferentes etnias. Os autores encontraram que as mulheres com menor renda, menor grau de educação apresentavam mais sintomas referindo pior qualidade de vida (AVIS, ASSMANN, KRAVITZ, GANZ e ORY, 2004).

A relação entre renda e sintomas climatéricos também foi detectada em um estudo transversal envolvendo 254 pós-menopausadas entre 45 e 60 anos. Foi constatado que mulheres com menor renda familiar apresentaram sintomatologia climatérica mais intensa (DE LORENZI, DANELON, SACIOTO et al., 2005).

Sclowitz, Santos e Silveira, 2005, em um estudo transversal com 879 climatéricas verificaram que mulheres com menor o status sócio econômico têm maior o risco de a mulher apresentar fogachos.

Este é um estudo sobre Qualidade de Vida e Terapia Hormonal que apresenta limitações como as próprias de um estudo transversal. As mulheres foram avaliadas em um único momento, o ideal seria um estudo longitudinal que avaliasse a qualidade de vida antes do início da TH, e após o uso TH. Contudo, este trabalho sugere a relação entre o uso de TH e melhora da Qualidade de Vida como também entre Renda e Qualidade de Vida no Climatério. O tema Qualidade de Vida e Climatério, pela importância, merece que mais trabalhos sejam realizados.

O aumento da expectativa de vida das mulheres gera novos e diferentes desafios. A maneira de enfrentar esta nova realidade envolve a promoção de políticas públicas para mulheres, políticas estas, que procuram relações mais igualitárias entre os sexos e entre as

próprias mulheres, bem como, o investimento na formação de profissionais capacitados e o incentivo à pesquisa.