

QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS DE TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

SÍLVIA E. V. ZAHAR, JOSÉ M. ALDRIGHI*, AARÃO M. PINTO NETO, DÉLIO M. CONDE, LUIZ O. ZAHAR, FÁBIO RUSSOMANO

Trabalho realizado nos departamentos de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, serviço de Saúde e Assistência ao Trabalhador do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ e departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ.

RESUMO

OBJETIVO. Comparar a qualidade de vida de mulheres após a menopausa usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal (TRH).

MÉTODOS. Realizou-se um estudo de corte transversal com mulheres na pós-menopausa, com idade entre 40 e 65 anos, menopausadas há no máximo 15 anos. Consideraram-se como usuárias de TRH aquelas que faziam uso dessa terapia há pelo menos seis meses, e não usuárias aquelas que não fizeram uso dessa terapia nos últimos seis meses. Foram incluídas no estudo 207 mulheres: 106 usuárias e 101 não usuárias de TRH. Avaliaram-se as características sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Aplicou-se o Índice de Kupperman para avaliar a intensidade dos sintomas climatéricos, e o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)* para avaliação da qualidade de vida. Na análise dos dados utilizaram-se os testes *t* de student, Qui-quadrado, exato de Fisher e Mann-Whitney.

RESULTADOS. As usuárias de TRH apresentaram média etária de $52,6 \pm 4,9$ anos e as não usuárias de $54,3 \pm 4,7$ anos ($p=0,01$). Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao estado marital ($p=0,04$). As usuárias relataram menor frequência de sintomas climatéricos de intensidade moderada e acentuada ($p=0,001$). Dos oito domínios de qualidade de vida avaliados, apenas a vitalidade apresentou escore abaixo de 50 (45) para os dois grupos. Não houve diferenças entre os grupos em relação aos componentes do SF-36.

CONCLUSÕES. As mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de TRH apresentaram boa qualidade de vida. Não houve diferenças entre usuárias e não usuárias de terapia hormonal.

*Correspondência:

Rua Lopes Neto, 34, São Paulo, SP, Cep 04533-030. aldrighi@uol.com.br

UNITERMOS: Menopausa. Qualidade de vida. Questionário SF-36. Terapia de reposição hormonal. Índice de Kupperman.

INTRODUÇÃO

O climatério caracteriza-se por mudanças endócrinas em função do declínio da atividade ovariana, mudanças biológicas através do declínio da fertilidade, em que a mulher passa do período reprodutivo para o não reprodutivo, e por mudanças clínicas conseqüentes às alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas, que caracterizam a síndrome climatérica¹. A menopausa é o ponto no tempo em que cessam permanentemente as menstruações, resultante da perda da atividade folicular ovariana². No Brasil, a menopausa ocorre em média aos 51,2 anos³. Atualmente, a expectativa de vida da mulher brasileira é de 72 anos⁴. Estima-se, assim, que as mulheres permaneçam aproximadamente um terço de suas vidas em estado de deficiência hormonal. Essas modificações, caracterizadas pela deficiência hormonal, são acompanhadas de alterações fisiológicas e comportamentais⁵. Alterações fisiológicas como ondas de calor, suores noturnos, atrofia urogenital (incontinência urinária, dispareunia), e patologias como osteoporose e doenças cardiovasculares podem interferir na qualidade de vida da mulher^{6,7}. Alterações comportamentais referem-se às mudanças de humor, depressão, irritabilidade e insônia^{8,9}.

Neste contexto, uma das opções de tratamento e prevenção dos sintomas e doenças após a menopausa é a terapia de reposição hormonal (TRH), que pode melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida da mulher^{10,11}. Está clara a importância da TRH na melhora dos sintomas climatéricos (sintomas vasomotores e atrofia urogenital)^{12,13} e no tratamento e prevenção da osteoporose e de alterações cognitivas¹⁴, contudo permanece incerto o impacto dessa terapia na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa.

Estudos que avaliaram o impacto da TRH na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa apresentaram resultados conflitantes. Alguns autores observaram melhora da qualidade de vida de mulheres usuárias de TRH^{12,15}, quando comparadas a um grupo placebo. Entretanto, outros autores não verificaram diferenças na qualidade de vida entre usuárias e não usuárias de TRH^{16,17}.

Esses estudos foram realizados em diferentes contextos socioculturais e os seus resultados não podem ser extrapolados para populações com realidades e perspectivas distintas. Dessa forma, realizou-se o presente estudo cujo objetivo foi comparar a qualidade de vida de mulheres após a menopausa usuárias e não usuárias de terapia de reposição hormonal.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres usuárias e não usuárias de TRH (n=207)

Características	Usuárias de TRH	Não usuárias de TRH	p-valor
	n=106	n=101	
Idade, anos, média (DP)*	52,6 (4,9)	54,3 (4,7)	0,01 ⁽¹⁾
Tempo de menopausa, meses, (mediana)	72	84	0,12 ⁽²⁾
Estado marital – n (%)			
Com companheiro	79 (74,5)	62 (61,4)	0,04 ⁽³⁾
Sem companheiro	27 (25,5)	39 (38,6)	
Escolaridade – n (%)			0,76 ⁽³⁾
1º grau	70 (66,0)	72 (71,0)	
2º grau	29 (27,3)	22 (21,8)	
3º grau	4 (3,7)	5 (4,9)	
Sem instrução	3 (2,8)	2 (2,0)	
Ter filhos – n (%)	86 (81,0)	78 (77,0)	0,48 ⁽³⁾
Ocupação – n (%)			0,65 ⁽³⁾
Atividade remunerada	57 (53,8)	58 (57,4)	
Sem atividade remunerada	49 (46,2)	43 (42,6)	
Renda própria (mediana) [#]	2,5	2,0	0,10 ⁽²⁾

¹Teste t de student; ²Teste de Mann-Whitney; ³Teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher

* DP: desvio padrão; [#]Expressa em n° de salários mínimos

MÉTODOS

Realizou-se um estudo analítico de corte transversal, em que participaram 207 mulheres atendidas nos Ambulatórios de Menopausa do Hospital Clementino Fraga Filho e Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio Ribeiro Netto, no período de julho de 2000 a março de 2001, no município do Rio de Janeiro. As participantes foram divididas em dois grupos: 106 usuárias de TRH (qualquer esquema) e 101 não usuárias de TRH. Os critérios de inclusão foram: mulheres com idade entre 40 e 65 anos, pós-menopausa (mínimo de 12 meses de amenorréia), menopausa há no máximo 15 anos. Consideraram-se como usuárias de TRH mulheres que faziam uso dessa terapia há pelo menos seis meses e não usuárias aquelas que não fizeram uso dessa terapia nos últimos seis meses. Foram excluídas as mulheres que fizeram uso de qualquer medicamento não hormonal para o alívio dos sintomas associados ao climatério nos últimos seis meses.

As características sociodemográficas e clínicas avaliadas foram idade, tempo de menopausa, estado marital, escolaridade, ter ou não filhos, ocupação profissional, renda própria (número de salários mínimos), comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, artralgia, osteoporose). Hipertensão arterial foi definida como pressão arterial sistólica e diastólica maiores que 140 mmHg e/ou 90 mmHg, respectivamente. O diagnóstico de diabetes baseou-se em uma glicemia de jejum superior a 126 mg/dl, de osteoporose, evidências radiológicas com alterações de radiotransparência ou de conformidade em vértebras ou densitometria óssea abaixo de -2,5 desvio-padrão para coluna e fêmur¹⁸ e artralgia, queixa diária de dor em uma ou mais articulações. As características comportamentais avaliadas foram: ingestão de álcool, tabagismo (utilização diária de cigarro nas últimas quatro semanas), uso de psicofármacos (benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos), diária ou eventualmente. Também foram estudadas as atividades

esportivas (mínimo de três vezes por semana, por 30 minutos), artística e religiosa e dificuldades interpessoais (sexuais, conjugais, familiares, sociais), categorizadas em sim ou não. Essas características foram obtidas por meio de um questionário estruturado e pré-testado, informações do prontuário e de exames complementares (radiografia, densitometria óssea e glicemia de jejum). As participantes responderam a uma entrevista em que foram avaliadas essas características, a sintomatologia associada à síndrome do climatério e à qualidade de vida. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Clementino Fraga Filho da UFRJ e UBS Antônio Ribeiro Netto, no município do Rio de Janeiro.

Foi redigido um Termo de Consentimento Informado, conforme as normas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96¹⁹. Este Termo foi lido para todas as mulheres identificadas como possíveis participantes do estudo, quando convidadas a participar do mesmo. Aquelas que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Informado.

Avaliação dos sintomas climatéricos

Os sintomas associados ao climatério foram avaliados pelo Índice Menopausal de Kupperman²⁰. Este índice avalia a intensidade dos sintomas climatéricos. São avaliados os sintomas vasomotores, parestesias, insônia, nervosismo, melancolia, vertigem, fraqueza, artralgia, cefaléia, palpitação e formigamento. A cada sintoma é atribuído um valor, que varia com a intensidade do mesmo. Posteriormente, esses valores foram somados e o índice foi categorizado em: leve, até 19 pontos; moderado, de 20 a 35 pontos, e acentuado, maior que 35 pontos.

Avaliação da qualidade de vida

Na avaliação da qualidade de vida empregou-se o questionário *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36)²¹. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida,

Tabela 2 – Distribuição percentual de mulheres usuárias e não usuárias de TRH, segundo características clínicas e comportamentais (n=207)

Características	Usuárias de TRH (n=106)		Não usuárias de TRH (n=101)		p-valor*
	n	%	n	%	
Comorbidades					
Hipertensão arterial	34	32,0	46	46,0	0,05
Diabetes	10	9,0	14	14,0	0,32
Artralgia	56	53,0	61	60,0	0,27
Osteoporose	34	32,0	35	35,0	0,69
Hábitos e uso de psicofármacos					
Ingestão de álcool	49	46,0	38	38,0	0,21
Tabagismo	16	15,0	12	12,0	0,50
Benzodiazepínicos	16	15,0	21	21,0	0,28
Antidepressivos	2	2,0	8	8,0	0,04
Neurolépticos	2	2,0	2	2,0	0,96
Atividades					
Esportivas	43	40,6	53	52,5	0,09
Artísticas	19	17,9	12	11,9	0,22
Religiosas	59	55,7	62	61,4	0,40
Dificuldades interpessoais					
Sexuais	37	34,9	45	44,5	0,16
Conjugais	29	27,4	20	19,8	0,20
Familiares	14	13,2	21	20,8	0,15
Sociais	5	4,7	12	11,9	0,06

* Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher

Tabela 3 – Distribuição percentual de mulheres usuárias e não usuárias de TRH, segundo o Índice Menopausal de Kupperman (n=207)

Índice de Kupperman	Com TRH n=106		Sem TRH n=101	
	n	%	n	%
Leve (= 19)	84	79,2	51	50,5
Moderado (20-35)	22	20,7	40	39,6
Acentuado (> 35)	0	0	10	9,9

* Teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher (p-valor=0,001)

sendo atualmente um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos na área de saúde²², já traduzido e validado no Brasil²³. É um questionário multidimensional, composto por 11 questões e 36 itens, com oito componentes ou domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens). Cada componente do SF-36 corresponde a um valor, que varia de zero a 100, onde zero corresponde ao pior e 100 ao melhor estado de saúde.

Análise estatística

As características sociodemográficas, clínicas e comportamentais e o índice de Kupperman foram expressos em média, desvio-padrão (DP), mediana e proporções. Os componentes do SF-36 foram expressos em mediana, percentil 25% e 75%. Na

comparação dessas características entre os grupos aplicou-se o teste t de Student para diferenças entre médias, teste de Mann-Whitney para comparação entre medianas e teste de Qui-quadrado ou exato de Fisher para diferenças entre proporções. As comparações foram consideradas estatisticamente significativas com $p < 0,05$.

RESULTADOS

As usuárias de TRH apresentaram média etária de $52,6 \pm 4,9$ anos e as não usuárias de $54,3 \pm 4,7$ anos ($p = 0,01$). Houve diferença estatisticamente significativa em relação ao estado marital ($p = 0,04$). As demais características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1. A frequência do uso de antidepressivos ($p = 0,04$) foi maior entre as não usuárias de TRH (Tabela 2).

Tabela 4 – Comparação dos escores do SF-36 de mulheres usuárias e não usuárias de TRH (n=207)

Componentes do SF-36	Grupo	Mediana	Percentil		p-valor*
			25%	75%	
Capacidade funcional	usuárias	80	65	90	NS#
	não usuárias	70	60	85	
Aspectos físicos	usuárias	100	50	100	NS
	não usuárias	100	0	100	
Dor	usuárias	61	51	80	NS
	não usuárias	61	51	72	
Estado geral de saúde	usuárias	62	52	77	NS
	não usuárias	62	47	72	
Vitalidade	usuárias	45	35	60	NS
	não usuárias	45	35	55	
Aspectos sociais	usuárias	87	62	100	NS
	não usuárias	87	62	100	
Aspectos emocionais	usuárias	100	33	100	NS
	não usuárias	100	0	100	
Saúde mental	usuárias	60	52	72	NS
	não usuárias	64	72	68	

* Teste de Mann-Whitney

NS: Não significativo

A sintomatologia associada ao climatério de intensidade moderada e acentuada foi significativamente mais freqüente em não usuárias de TRH ($p=0,001$) (Tabela 3). Os menores escores do SF-36 foram observados no componente vitalidade, mediana igual a 45 para usuárias e não usuárias de TRH, enquanto os maiores escores foram observados nos componentes aspectos físicos e emocionais, mediana igual a 100 para usuárias e não usuárias de TRH. Não houve diferença estatisticamente significativa nos componentes do SF-36 (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Esta pesquisa tratou-se de um estudo de corte transversal, que teve como objetivo comparar a qualidade de vida de mulheres após a menopausa usuárias e não usuárias de TRH. Não se observaram diferenças entre os grupos nos domínios avaliados. Os maiores escores foram em relação aos componentes aspectos emocionais, físicos, sociais e capacidade funcional. Os menores escores foram observados nos componentes vitalidade, saúde mental, dor e estado geral de saúde, embora apenas o componente vitalidade tenha recebido valor abaixo de 50.

É importante ressaltar que as usuárias de TRH eram mais jovens, relataram freqüência menor de sintomas climatéricos intensos (moderado e acentuado) e uma maior proporção vivia com companheiro. Essas características, principalmente a intensidade dos sintomas, têm sido relacionadas à qualidade de vida de mulheres no climatério. Wiklund et al.¹², em estudo duplo-cego, aleatorizado, controlado por placebo, utilizando esquema de TRH exclusivo com estrogênio, observaram melhora significativa dos sintomas climatéricos, da sensação de

bem-estar e da ansiedade, seguida de melhora da qualidade de vida. Da mesma forma, Gelfan et al.¹⁵ observaram melhora dos sintomas climatéricos e da qualidade de vida em usuárias de TRH, destacando a boa correlação entre o índice de Kupperman e os escores de qualidade de vida. Recentemente um estudo de coorte que avaliou o impacto da TRH na qualidade de vida de mulheres climatéricas verificou que após um ano do início dessa terapia houve melhora estatisticamente significativa das alterações do sono, capacidade funcional e dor, porém sem benefícios clínicos significativos¹⁶. Nesse mesmo estudo, após três anos de seguimento não foi observada melhora significativa em nenhum dos domínios da qualidade de vida avaliados¹⁶.

Na presente casuística observou-se que as não usuárias de TRH relataram maior freqüência de uso de antidepressivos. Estudo de inquérito populacional realizado no Brasil mostrou que os tranqüilizantes/antidepressivos foram a medicação de escolha (28,3%) para mulheres que procuraram o serviço médico por queixas climatéricas²⁴. Em geral, os tranqüilizantes são usados para alívio do nervosismo, ansiedade, irritabilidade e insônia. Próximo ao período da menopausa, essas queixas relacionadas ao humor podem estar associadas ao climatério. Isso sugere que a TRH pode aliviar as queixas relacionadas ao humor na mulher climatérica²⁵⁻²⁷. Esse efeito benéfico da TRH sobre o estado do humor parece não só ser decorrente do alívio dos sintomas vasomotores, mas também pode estar relacionado a um efeito direto dos hormônios sexuais femininos sobre o sistema nervoso central. Isso leva a crer que mulheres em uso de tranqüilizantes/antidepressivos poderiam ser beneficiadas com a TRH. Especula-se que a alta taxa de uso de tranqüilizante em mulheres que consultam um médico por queixas climatéricas possa, em alguns casos, representar um

diagnóstico errôneo em relação aos sintomas psicológicos, sem que se correlacionasse a presença desses sintomas com o estado menopausal²⁸. Isso poderia explicar o porquê dos tranquilizantes terem sido prescritos no lugar da TRH. Uma outra explicação poderia ser a falta de familiaridade, conhecimento ou insegurança por parte dos médicos a respeito da terapia de reposição hormonal e mesmo a falta de informação sobre os outros efeitos benéficos da TRH em longo prazo.

Por outro lado, a mulher menopausada que experimenta as ondas de calor e sua cascata de sintomas associados (sudorese noturna, levando à insônia e fadiga no próximo dia) pode apresentar melhora dos sintomas emocionais, se as ondas de calor forem aliviadas pela TRH, mas não melhorará se lhe são prescritos antidepressivos ou tranquilizantes. Entretanto, se a mulher não refere sintomas de deficiência estrogênica, mas apresenta sintomas emocionais ou físicos, é improvável que ela melhore com a TRH^{29,30}. Essas considerações podem, ao menos em parte, explicar a semelhança nos componentes do SF-36 nessa casuística. Como se tratou de um estudo de corte transversal, é importante lembrar que houve comparação entre dois grupos de mulheres num dado momento. O ideal seria avaliar a mesma mulher ao longo do tempo, antes e após o uso da TRH.

Outro aspecto a destacar refere-se à prescrição da TRH, pois outros autores observaram que a TRH foi mais prescrita para o tratamento da irregularidade menstrual da perimenopausa (53,2%) do que para o alívio dos sintomas climatéricos (19%)²⁴. Este fato pode ter ocorrido nessa casuística, pois a média etária das usuárias de TRH foi significativamente menor do que das não usuárias, e o início de uso da TRH pode ter sido motivado principalmente para tratamento da irregularidade menstrual. Verificou-se também nessa casuística diferença no percentual de mulheres que declararam viver com companheiro. Estudo anterior demonstrou que a presença de um companheiro associou-se à procura de serviço médico por queixas relacionadas ao climatério, mas não à autopercepção do estado de saúde. Neste mesmo estudo, os fatores associados à autopercepção do estado de saúde foram escolaridade, classe social e intensidade dos sintomas vasomotores e psicológicos³¹.

Na presente casuística, as participantes eram freqüentadoras de serviços públicos de saúde e, portanto, pertencentes a estratos sociais menos favorecidos e de baixa escolaridade. Apesar disso, podemos considerar de uma maneira geral que a qualidade de vida dessas mulheres foi boa, independentemente do uso ou não da terapia hormonal, uma vez que dos oito componentes avaliados, sete apresentaram valores acima de 50. O fato dessas mulheres terem acesso a serviços de saúde especializados no atendimento e, sobretudo, no entendimento da mulher climatérica pode ter minimizado os efeitos da terapia hormonal sobre a qualidade de vida. A consulta com profissionais especializados pode ter exercido um efeito positivo na percepção da qualidade de vida. Outro ponto que merece atenção foi a prevalência de comorbidades, sobretudo em não usuárias de TRH, que provavelmente associou-se à prescrição de alguma medicação, que pode ter exercido algum efeito placebo nesse grupo. Estudos aleatorizados observaram efeito placebo substancial, sendo que 25% das mulheres referiram melhora na qualidade de vida³².

Os escores máximos foram observados nos componentes aspectos físicos e emocionais. O componente aspectos físicos avalia a interferência dos problemas de saúde na realização do trabalho e das atividades diárias, e a maioria dessas mulheres, em ambos os grupos, exercia atividades profissionais. Talvez não lhes seja possível apresentar limitações nesse componente. No componente emocional, que avalia a interferência de problemas emocionais nas atividades sociais, também se observou escore máximo. Esse fato pode significar que a menopausa não interferiu negativamente na integração social dessas mulheres. O menor escore foi observado no componente vitalidade (45) para ambos os grupos. Esse resultado pode ser explicado em razão dessa casuística ser formada em sua maioria por mulheres com filhos e que exercem atividade fora do lar. É possível que a sobrecarga causada pela dupla jornada de trabalho seja responsável pelo comprometimento da vitalidade. Outros autores, aplicando o SF-36 em mulheres no climatério, também verificaram baixos escores no componente vitalidade^{17,33}.

Consideramos que este estudo sugere perspectivas no campo da pesquisa de qualidade de vida em mulheres brasileiras no climatério. Os próximos trabalhos deverão considerar a avaliação de variáveis como sintomas clínicos e mentais, fatores sociodemográficos, comorbidades físicas, dificuldades interpessoais, uso ou não de TRH e uso de psicotrópicos. Estudos longitudinais poderão mostrar a mudança do escore de qualidade de vida a partir da prescrição da TRH, enriquecendo as informações existentes até o momento e ampliando a compreensão dos fatores associados à qualidade de vida dessas mulheres. A utilização de uma amostra populacional permitiria inferências relativas às mulheres climatéricas de forma mais ampla e não apenas relativas àquelas de ambulatórios especializados.

Ressaltamos a necessidade de que a interpretação dos dados aqui apresentados, bem como as comparações com outros estudos, sejam realizadas com cautela, uma vez que se aplicaram diferentes instrumentos a diferentes populações e em uso de diferentes esquemas de terapia hormonal.

CONCLUSÕES

As mulheres na pós-menopausa usuárias e não usuárias de TRH apresentaram boa qualidade de vida. Não houve diferenças entre usuárias e não usuárias de terapia hormonal nos domínios avaliados através do SF-36.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN USERS AND NON-USERS OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY

OBJECTIVE. To compare the quality of life in postmenopausal women who were users and non-users of hormone replacement therapy (HRT).

METHODS. A cross-sectional study was conducted on postmenopausal women aged between 40 and 65 years, who had been menopausal for up to 15 years. Women considered HRT users were those who had undergone this type of treatment for at least six months.

Non-users of HRT were those who had not received this type of treatment during the last six months. Two hundred and seven women were included in the study: 106 users and 101 non-users of HRT. Sociodemographic, clinical and behavioral characteristics were assessed. The Kupperman Menopausal Index was applied to rate the intensity of climacteric symptoms and the Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) was applied to assess women's quality of life. For data analysis, a Student's *t* test, a chi-square analysis, a Fisher's exact test and a Mann-Whitney test were used.

RESULTS. The mean age of HRT users was 52.6 ± 4.9 years and the mean age of non-users of HRT was 54.3 ± 4.7 years ($p=0.01$). There was a statistically significant difference regarding marital status ($p=0.04$). HRT users reported a lower frequency of moderate and severe climacteric symptoms ($p=0.001$). Of the eight quality of life domains evaluated, only vitality scored below 50 (45) in both groups. There were no differences between groups regarding the SF-36 components.

CONCLUSIONS. Postmenopausal women who were users and non-users of HRT presented a good quality of life. There were no differences between users and non-users of hormone therapy. [Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3): 133-8]

KEY WORDS: Menopause. Quality of life. SF-36 questionnaire. Hormone replacement therapy. Kupperman Index.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Research on the menopause. Geneve, WHO Technical Report Series, 1981.
- World Health Organization. Research on the menopause in the 1990s. Report of a WHO Scientific group. WHO Technical Report Series nº 866, 1996.3.
- Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, Osis MJ, Hardy E. Idade de ocorrência da menopausa natural em mulheres brasileiras: resultados de um inquérito populacional domiciliar. Cad Saúde Pública 2003; 19: 17-25.
- Datasus: banco de dados. [on line] 2003. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Dennerstein L. Depression in the menopause. Obstet and Gynaecol Clin N Am 1987; 4:33-49.
- Aldrighi JM, Bueno JGR. Climatério: manifestações clínicas. Ars Cvrandi 1995; 1 (Especial): 22-4.
- Genazzani AR. Controversial issues in climacteric medicine: cardiovascular disease and hormone replacement therapy. Maturitas 2001;38:263-71.
- Dennerstein L, Smith A, Morse C, Burger H, Green A, Hopper J, Ryan M. Menopausal symptoms in Australian women. Med J Austral 1993;159:232-236.
- McKinlay S, Jefferys M. The menopausal syndrome. Brit J Prevent Soc Med 1974; 28:108-115.
- Speroff L, Glass RH, Kase NG. Menopause and postmenopausal hormone therapy. In Clinical Gynecologic endocrinology and Infertility. 5 ed Baltimore, Williams & Wilkins, 1994. p.583-649.
- The North American Menopause Society (NAMS). Achieving long-term of menopausal ERT/HRT: consensus opinion of the North American Menopause Society. Menopause 1998;2:69-76.
- Wiklund I, Karlberg J, Mattsson LA. Quality of life of postmenopausal women on a regimen of transdermal estradiol therapy: a double-blind placebo-controlled study. Am J Obstet Gynecol 1993;168:824-30.
- Hilditch JR, Lewis J, Ross AH, Peter A, van Maris B, Franssen E, et al. A comparison of the effects of oral conjugated equine estrogen and transdermal estradiol-17 beta combined with and oral progestin on quality of life in postmenopausal women. Maturitas 1996; 24:177-84.
- Paganini-Hill A, Henderson V. Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. Am J Epidemiol 1994;140:256-61.
- Gelfand MM, Moreau M, Ayotte NJ, Hilditch JR, Wong BA, Lau CY. Clinical assessment and quality of life of postmenopausal women treated with a new intermittent progestogen combination hormone replacement therapy: a placebo-controlled study. Menopause 2003; 10:29-36.
- Hays J, Ockene JK, Brunner RL, Kotchen JM, Manson JE, Patterson RE, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. N Engl J Med 2003; 348:1839-54.
- Wilson DH, Taylor AW, MacLennan AH. Health status of hormone replacement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality of life dimension. Climacteric 1998;1:50-4.
- World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneve, WHO, Technical Reports Series nº 843, 1994.
- Conselho Nacional de Saúde, 1996. Resolução nº 196/96. Informe Epidemiológico do SUS, nº 2, Brasília.
- Kupperman HS, Blatt MHG, Wiesbader H, Filler W. Comparative clinical evidence of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. J Clin Endocrinol 1953;13:688-703.
- Ware, JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992;30:473-83.
- Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. J Clin Epidemiol 1999;52:355-63.
- Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)" [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1997.
- Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva L, Osis MJ, Hardy E. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. Rev Saúde Pública 2002; 36:484-90.
- Dennerstein L, Burrows GD, Hyman GJ, Sharpe K. Hormone Therapy and affect. Maturitas 1979;1:247-59.
- Ditkoff EC, Cray WG, Cristo M, Lobo RA. Estrogen improves psychological function in asymptomatic postmenopausal women. Obstet Gynecol 1991;78:991-5.
- Sherwin BB. The impact of different doses of estrogen and progestin on mood and sexual behavior in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1991;72:336-43.
- Marsh MS, Whitehead ML. Management of the menopause. Br Med Bull 1992; 48:426-57.
- Abraham S, Llewellyn-Jones D, Perz J. Changes in Australian women's perception of the menopause and menopausal symptoms before and after the climacteric. Maturitas 1995;20:121-8.
- Polo-Kantola P, Erkkola R, Helenius H. When does estrogen replacement therapy improve sleep quality? Am J Obstet Gynecol 1998;5:1002-9.
- Pedro AO. Inquérito populacional domiciliar sobre o climatério e a menopausa em mulheres do município de Campinas [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1999.
- Girdler SS, O'Brian C, Steege J, Grewen K, Light KC. A comparison of the effect of estrogen with or without progesterone on mood and physical symptoms in postmenopausal women. J Womens Health Gen Based Med 1999;8:637-46.
- O'dea I, Hunter MS, Anjos S. Life satisfaction and health-related quality of life (SF-36) of middle-aged men and women. Climacteric 1999;2:131-40.

Artigo recebido: 13/04/04

Aceito para publicação: 12/05/04